



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNÉE 20

N°

**LA MÉLANCOLIE ET L'ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENTE : QUELS
LIENS ? RÉFLEXION CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE.**

THÈSE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement

le mercredi 18 novembre 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par **Marie BENHAMOU**

Né(e) le 13 août 1991

À Mâcon (France)

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNÉE 20

N°

**LA MÉLANCOLIE ET L'ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENTE : QUELS
LIENS ? RÉFLEXION CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE.**

THÈSE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement

le mercredi 18 novembre 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par **Marie BENHAMOU**

Né(e) le 13 août 1991

À Mâcon (France)

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie

M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Pascal	CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur CHAUVET-GÉLINIER Jean-Christophe

Membres :

Monsieur le Professeur BONIN Bernard

Monsieur le Professeur TROJAK Benoit

Monsieur le Docteur BESSE Pierre

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur BESSE Pierre

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Christophe CHAUVET-GÉLINIER

Qui nous a fait l'honneur de présider notre jury et de juger notre travail. Nous vous remercions de l'attention que vous avez portée sur ce travail, et nous vous assurons de notre gratitude et de notre respect.

À Monsieur le Professeur Bernard BONIN

Qui nous a fait l'honneur de participer à notre jury. Merci pour l'enseignement que vous nous avez offert tout au long de notre parcours d'interne et pour votre capacité à transmettre votre riche expérience. Soyez assuré de notre sincère considération.

À Monsieur le Professeur Benoit TROJAK

Qui nous a fait l'honneur de participer à notre jury. Merci pour votre attention et votre bienveillance dans l'accompagnement des internes que vous encadrez. Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Pierre BESSE

Qui m'a fait l'honneur de diriger cette thèse. Un grand merci pour votre soutien indéfectible, votre disponibilité, vos nombreux conseils de lecture et vos relectures dans l'écriture de ce travail. Merci aussi pour votre mansuétude, votre sens de l'humour, et votre culture du récit. J'ai conscience de la chance que j'ai eue d'apprendre à vos côtés.

À toutes les équipes soignantes avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler, particulièrement l'équipe d'Adosoins-Adolits, celle de nuit de la POP et celles d'Auxerre, mes premiers stages d'interne. Vous avez été les fondations de mon apprentissage. Merci pour vos échanges, votre aide, votre indulgence (et vos gâteaux !).

Aux médecins psychiatres qui m'ont permis d'être témoin de leur travail. Merci de m'avoir partagé vos expériences et enseigné le difficile exercice de la consultation. Je pense surtout à Dr Ary, Dr Belzeaux, Dr Chouly, Dr Delahousse, Dr Pingaud, Dr Pommier, Dr Popescu, Dr Sautereau.

Aux patients rencontrés, qui chaque jour nourrissent et enrichissent mon travail. Merci de m'avoir fait confiance y compris dans mes moments de doutes.

À mon parrain, qui le premier a éveillé chez moi l'intérêt de la psychiatrie.

À mes amis, qui m'ont accompagnée ces dix dernières années dans les moments les plus agréables comme les plus douloureux. Les liens tissés avec vous sont probablement mes plus belles constructions.

À mes parents, qui ont traversé avec moi parfois sans limites chaque étape de ce long parcours. Merci pour votre constance, votre soutien permanent, et surtout votre amour. Merci aussi pour tous les efforts que vous avez faits pour me faciliter la vie depuis le début. J'espère pouvoir le reproduire à mon tour un jour.

À Edouard et Camille, qui ont veillé avec tendresse et amour sur leur petite sœur. Merci d'avoir respecté mes années d'étude et ce qu'elles impliquaient. Merci de m'avoir offert, avec Veda et Sylvain, mes quatre amours de neveux et nièces. Un grand merci Camille pour la complète relecture de ce travail.

À Jeanne, ma grande petite sœur, qui me connaît mieux que moi-même. Merci pour ton soutien continu et obstiné, ton amour immuable, la simplicité parfois de ton regard sur le monde qui me fascine et dont j'essaie de m'inspirer.

À Rayan, qui embellit et adoucit chacune de mes journées par un amour sans retenue, confiant, patient, sincère, solide. Nous avons, je l'espère, de belles et longues années devant nous...

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	13
1 Introduction.....	14
2 La mélancolie et l'anorexie mentale à l'adolescence : rappels fondamentaux.....	15
2.1 Le processus adolescent.....	15
2.1.1 Grandir est une « seconde naissance »	15
2.1.2 Grandir est un acte agressif	16
2.1.2.1 La puberté.....	16
2.1.2.2 Le pubertaire.....	17
2.1.2.3 Déception.....	18
2.1.2.4 Le corps : réceptacle des angoisses	18
2.1.3 Grandir, c'est pouvoir se séparer.....	19
2.1.3.1 Le deuil.....	20
2.1.3.2 Aménagements de la dépendance ou séparation ?.....	20
2.1.3.3 Problématique narcissico-objectale	21
2.1.4 Grandir, c'est s'ouvrir à soi et au monde	23
2.1.4.1 S'identifier à l'autre (identifications) pour exister (identité).....	23
2.1.4.2 Capacité de conscience réflexive.....	24
2.1.4.3 Grandir prend du temps... ..	24
2.2 L'anorexie mentale à l'adolescence.....	25
2.2.1 Quelques mots pour commencer	25
2.2.1.1 L'anorexie est une énigme.....	25
2.2.1.2 Étymologie	26
2.2.1.3 Histoire	27
2.2.1.3.a Modèle anorecticoreligieux	27
2.2.1.3.b La phthisie nerveuse.....	27
2.2.1.3.c XIXème siècle : délire hypocondriaque.....	28
2.2.1.3.d XXème siècle : psychanalyse	29
2.2.2 Épidémiologie	30
2.2.3 Diagnostic.....	31
2.2.3.1 Diagnostic simple... pour une maladie complexe	31
2.2.3.2 Nomenclature actuelle	32
2.2.3.2.a DSM-5	32
2.2.3.2.b CIM-10.....	33
2.2.4 Facteurs de vulnérabilité	34
2.2.4.1 Génétiques	34
2.2.4.2 Biologiques et hormonaux.....	35
2.2.4.3 Environnement familial	36
2.2.4.4 Milieu professionnel	36
2.2.4.5 Facteurs socio-culturels	36
2.2.4.6 Caractéristiques psychologiques et comportementales.....	37
2.2.4.6.a Enfant « image ».....	37
2.2.4.6.b Lien à l'Autre	37
2.2.4.6.c Lien à la nourriture	38
2.2.4.6.d L'hyperactivité défensive	38
2.2.4.7 Facteurs déclencheurs.....	39
2.2.4.8 Facteurs de chronicisation	40

2.2.4.9	Complications médicales	40
2.2.4.10	Critères pronostiques	40
2.3	Les manifestations dépressives à l'adolescence.....	41
2.3.1	Histoire de la dépression et de la mélancolie	41
2.3.1.1	Hippocrate : théorie humorale	41
2.3.1.2	Aristote : « génie créateur ».....	41
2.3.1.3	Époque médiévale : coloration poétique.....	42
2.3.1.4	<i>Melencolia I</i> de Dürer.....	42
2.3.1.5	Romantisme.....	43
2.3.1.6	Pinel : délire mono idéique.....	43
2.3.1.7	Psychose maniaco-dépressive.....	43
2.3.1.8	Freud.....	44
2.3.2	Épidémiologie	44
2.3.3	Nosographie	45
2.3.3.1	Approche nosographique.....	45
2.3.3.2	Sub-dépression	45
2.3.3.3	Épisode Dépressif Majeur (EDM).....	45
2.3.3.4	Dépression mélancolique et psychotique.....	46
2.3.4	Approche psychodynamique	46
2.3.4.1	Dépressivité et menace dépressive	46
2.3.4.2	Autres types de dépression	47
2.3.5	Facteurs de risque.....	47
2.3.6	L'épisode dépressif de l'adolescent	47
2.3.6.1	Particularités de la plainte	47
2.3.6.2	Troubles internalisés.....	48
2.3.6.3	Troubles externalisés	48
2.3.6.4	Autres troubles	49
2.3.7	Comorbidités	49
2.3.8	Diagnostiques différentiels.....	49
2.3.8.1	Troubles bipolaires	49
2.3.8.2	Dysrégulation émotionnelle.....	50
2.3.8.3	Trouble dysphorique prémenstruel	50
2.3.9	Évolution	50
3	Les liens psychopathologiques entre mélancolie et anorexie	51
3.1	Le deuil, la perte :	51
3.1.1	La position dépressive	51
3.1.1.1	Ambivalence insupportable	51
3.1.1.2	Dépression comme échec de la position dépressive	52
3.1.2	Deuil identitaire de l'anorexique.....	52
3.1.2.1	Évolution identificatoire	52
3.1.2.1.a	La famille « psychosomatique »	53
3.1.2.1.b	Lien à la mère	54
3.1.2.1.c	Lien au père : structuration œdipienne	55
3.1.2.2	Évolution identitaire : l'image du corps	56
3.1.2.3	Refus du féminin et du maternel.....	57
3.1.2.3.a	Choix de l'anorexique	57
3.1.2.3.b	Refus du devenir femme.....	58
3.1.2.3.c	Refus du devenir mère.....	59
3.1.3	Deuil de l'objet perdu.....	60
3.1.3.1	Deuil de l'objet du mélancolique.....	60
3.1.3.2	Refus de séparation de l'anorexique.....	61

3.1.3.3	Identification à l'objet perdu	61
3.2	La problématique narcissico-objectale :.....	63
3.2.1	La crainte de l'effondrement (<i>breakdown</i>).....	63
3.2.2	Désir et manque.....	64
3.2.2.1	Êtres manquants, êtres de désirs	64
3.2.2.2	Désir de soi, désir du Monde	65
3.2.3	Réaménagements de la dépendance de l'anorexie	65
3.2.3.1	Séparation-individuation difficile.....	66
3.2.3.2	Toxicomanie sans drogue	67
3.2.3.3	Suppléance d'un Moi partiellement incapable.....	69
3.2.3.4	Illusion d'indépendance.....	70
3.2.4	Fantasme d'incorporation (manger le mort).....	71
3.2.4.1	Le principe de Nirvana	71
3.2.4.2	L'alexithymie : tendre vers ce <i>rien</i> émotionnel	72
3.2.4.3	Désir cannibalique	73
3.2.4.4	Antigone : figure du masochisme ?	75
3.2.4.5	Culpabilité par quête de perfection narcissique (Surmoi).....	76
3.3	A partir d'un cas prototypique : Melle M.....	77
3.3.1	Présentation clinique	78
3.3.2	Interprétation	82
4	Nier le temps, pour nier sa finitude.....	86
4.1	Le mythe de Cronos.....	86
4.2	Préambule phénoménologique	87
4.2.1	<i>Dasein</i> , manière d'être au monde.....	87
4.2.2	Existence dans le vide	87
4.2.3	La présence dans l'absence : s'inscrire en négatif	89
4.3	Temps qui ne passe pas	90
4.3.1	Temps suspendu	90
4.3.1.1	Perte de la capacité à vivre l'écoulement du temps	90
4.3.1.2	L'image statique du corps	92
4.3.1.3	Délire d'infini : le syndrome de Cotard.....	93
4.3.2	Vers un retour du temps de l' <i>infans</i> , nos paradis perdus	94
4.4	Lene Marie, Renaissance dans la mort : beauté thanatopique.....	96
5	Avant de conclure	99
5.1	La dépressivité permet la créativité.....	99
5.1.1	Dépressivité comme défense contre la dépression quand le mouvement est menace	99
5.1.2	Créativité comme axe de guérison	99
5.2	La narrativité fait liaison	101
6	Conclusions.....	103
7	Bibliographie et Filmographie	105
7.1	Bibliographie.....	105
7.2	Filmographie	113

ABRÉVIATIONS

BDNF : Brain derived neurotrophic factor

BED : Binge Eating Disorders

BN : Bulimia Nervosa

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique statistique des troubles mentaux)

EDM : Épisode Dépressif Majeur

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle (kg/m²)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

1 Introduction

L'une des croyances de l'enfance réside probablement dans la croyance de la perfection de ses figures parentales. L'adolescence consisterait à prendre conscience du contraire afin de pouvoir, au temps de l'adulte, accepter cette imperfection. En effet, l'adolescence est un moment particulier chez le sujet qui se distingue de l'enfance par la nécessité, pour accéder au monde adulte, d'une séparation de ses objets d'amour. Or, cette séparation est douloureuse puisqu'elle implique pour l'adolescent de débiter un travail de deuil.

L'échec de ce processus de séparation se retrouve dans les deux pathologies que nous avons choisi de traiter : l'anorexie mentale et la dépression. Ces deux pathologies, dont le début se situe fréquemment à l'adolescence, questionnent le clinicien par leur clinique complexe et protéiforme.

Dans ce travail de thèse, nous proposons de réfléchir à l'existence de liens entre l'anorexie mentale et la mélancolie chez l'adolescente.

Dans un premier temps, nous avons choisi d'exposer les caractéristiques du processus adolescent, de l'anorexie mentale et de la dépression en nous appuyant sur des rappels théoriques et historiques.

Dans un second temps, nous avons cherché à étudier les liens psychopathologiques qui existent entre ces deux pathologies au moment de l'adolescence. Cette partie, qui constitue le corps de notre travail est illustrée par le cas clinique de Melle M., patiente suivie pendant plusieurs mois et à l'origine de ce travail de thèse.

Enfin, dans un troisième temps, à l'aide d'une analyse psychanalytique et phénoménologique, nous avons essayé d'approfondir la question de la maîtrise du temps, à l'œuvre dans l'anorexie, et que nous retrouvons dans le processus de réification du mélancolique. Cette dernière partie nous permet d'ouvrir une réflexion sur la place de la créativité et la narrativité dans le processus soignant.

2 La mélancolie et l'anorexie mentale à l'adolescence : rappels fondamentaux

2.1 Le processus adolescent

2.1.1 Grandir est une « seconde naissance »

En latin, *adolescere* signifie grandir, pousser, se développer.

L'adolescence, période entre l'enfance et l'âge adulte, est celle du changement, car grandir, c'est changer, c'est évoluer. Elle est définie par l'irruption de la puberté et de la maturation psychique. Les changements physiques induits par la puberté, notamment l'éclosion des caractères sexuels secondaires, vont permettre à l'adolescent d'accéder à la sexualité génitale adulte et ainsi à sa capacité de procréer. À partir de ces remaniements physiques, le processus adolescent, laborieux travail psychique qui consiste en l'intégration de ces changements pubertaires, va pouvoir se mettre en place.

Pour Piera Aulagnier¹, l'adolescence, « espace d'initiation à la temporalité psychique dans l'après-coup de la latence »², est la construction d'un passé, celui de l'enfance, d'où pourront se constituer à leur tour un présent et un avenir. En effet, l'adolescence s'inscrit dans une construction avant tout : celle d'un travail psychique de transformation.

Pierre Mâle, père de la psychanalyse de l'adolescent, ajoute un point fondamental : l'adolescence est une seconde naissance qui permettrait de rattraper les ratés du développement infantile. Bien que tout se prépare et s'installe dans l'enfance, tout se joue à l'adolescence. Pour lui, l'adolescence est à considérer comme une origine, un point de départ indispensable dans la vie du sujet et non uniquement comme la marque de la fin de l'infantile.

¹ Aulagnier, P, – Se construire un passé, exposé théorique, *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 7, Le narcissisme à l'adolescence (Colloque de Monaco), Bayard, 1989, In : Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

² Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

2.1.2 Grandir est un acte agressif

2.1.2.1 La puberté

« La puberté est toujours une surprise. »¹

La puberté interrompt le cours tranquille de l'enfance en signant le début de l'adolescence. Elle est la rencontre brutale et inattendue avec un corps ingouvernable, pulsionnel, obligeant le sujet à perdre l'empire sur lui-même, et à se plier à ce corps nouveau dans la passivité. Elle est une réelle tempête intime provoquée par des flux pulsionnels internes (les remaniements physiques de la puberté) et externes (le regard, le toucher de l'Autre), bouleversant un équilibre narcissique jusque-là plutôt préservé.

La puberté marque le passage adolescent par sa violence, du fait d'une transformation corporelle rapide, subie et imposée. En effet, l'adolescent va devoir apprendre à faire le deuil de son corps d'enfant pour pouvoir s'approprier ce nouveau corps métamorphosé, sans réelle transition, car l'adolescence est déjà une transition.

Sur le plan médical, la puberté s'étend sur plusieurs années et correspond à la maturation de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique, conduisant au développement des caractères sexuels, à l'acquisition de la taille définitive, de la capacité de reproduction et ainsi de la fertilité. Chez la fille, habituellement, la puberté se manifeste d'abord entre 8 et 13 ans par un développement des glandes mammaires, puis de la pilosité de la région pubienne avant l'apparition des premières règles (ménarche) qui viennent souvent après un pic de croissance pubertaire. La puberté axillaire et l'augmentation de la vulve se révèlent dans un dernier temps. Chez le garçon, le premier signe est souvent l'augmentation de volume testiculaire vers 12-13 ans, avant le développement de la pilosité pubienne, puis axillaire. La pilosité faciale et la modification de la voix surviennent bien plus tard.²

Ainsi, le corps s'érotise, devenant progressivement objet de désir d'un autre, comme le corps de cet autre devient objet de désir pour l'adolescent.

¹ Kestemberg, E, – L'Adolescence à vif, Presses Universitaires de France, 1999, 280p

² Marcelli, D, Braconnier, A, – Adolescence et psychopathologie, 8^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013, 669p

2.1.2.2 Le pubertaire

« La puberté est au corps ce que le pubertaire est à la psyché. »¹

En 1991, Gutton théorise le pubertaire comme le travail psychique d'intégration des modifications imposées par la puberté. Celle-ci a beau s'arroger le corps, le sujet va devoir prendre le temps nécessaire pour accepter cette intrusion non souhaitée afin de retrouver un sentiment de continuité au sein de son existence. Car la sexualisation du corps adolescent va émerger avec la puberté, introduisant un nouveau rapport au jugement d'autrui, et donc directement à ses figures parentales.

L'adolescence, apparaissant plutôt après 12 ans, s'inscrit comme une crise narcissique et identificatoire, avec l'émergence d'angoisses quant à l'authenticité et l'intégrité de soi, du corps et du sexe. Elle représente la dernière tentative de réparation des échecs de la période œdipienne, avec sa réactivation ainsi que celles des problématiques prégénitales (angoisses de castration et de séparation, fixations infantiles), les objets antérieurs qui avaient fonction d'un support pare excitant devenant à présent des objets d'excitation.

Le processus pubertaire consiste à confronter les instances psychiques à la réalité biologique pubertaire : le corps, submergé par de nouvelles pulsions, se sexualise, précipitant le sujet vers « la folie incestueuse et parricide »². En effet, l'adolescent se retrouve face à la complémentarité des sexes, où la problématique œdipienne et le fantasme de la scène primitive sont réactivés maintenant que le corps est sexuellement mature. Alors qu'au cours de la latence, le fantasme d'Œdipe n'était que fantasme, à l'adolescence, il est physiquement possible. En bref, ça fait retour, alors qu'on demande à l'adolescent d'avancer...

Devant cette menace incestuelle, apparaissent divers mécanismes de défense à l'adolescence :

- L'intellectualisation : pour mieux contrôler les pulsions au niveau de la pensée (refaire le monde, revendiquer des idées politiques, philosophiques, etc).
- L'ascétisme : pour mieux contrôler les pulsions au niveau du corps. L'adolescent va refuser tout plaisir corporel (s'imposer des nuits blanches, s'interdire un type d'aliments, ne pas se vêtir chaudement l'hiver, braver les intempéries). Ce comportement défensif peut être rapproché d'un désir de contrôle des pulsions sexuelles (masturbatoires surtout).
- Le clivage, défini par une tendance à la contradiction brutale et inconsciente pour mieux supporter le conflit d'ambivalence concernant les imagos parentales (je veux être indépendant mais je ne veux pas quitter mes parents).
- La mise en acte, pour mieux se protéger du conflit intériorisé et des affects douloureux. La tentative de suicide s'inscrit dans ce mécanisme, en tentant d'éviter la fusion avec l'Autre.

¹ Gutton, P, – Le pubertaire, Presses Universitaires de France, 1991, In : Marcelli, D, Braconnier, A, – Adolescence et psychopathologie, 8^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013, 669p

² Perret-Catipovic, M, Ladame, F, – Adolescence et psychanalyse : une histoire, Delachaux et Niestlé, 1997, 253p

Néanmoins, son paradoxe réside dans la bascule vers la mort au moment même où l'on affirme une liberté (séparation).¹

2.1.2.3 Déception

L'adolescence est marquée par deux temps : celui de la déception et celui de la conquête de soi. Il existe une hypersensibilité à la déception chez les adolescents du fait d'un manque narcissique, les plongeant dans une insécurité interne. Ce sentiment émerge d'expériences douloureuses de ruptures. Il y a dans un même temps rupture du monde interne (rupture de la continuité psychique de l'adolescent, de son monde fantasmatique, de ses identifications) et rupture du monde externe (modifications corporelles, rupture au sein de ses relations familiales, appartenance nouvelle à des groupes).

Les modifications pubertaires peuvent renverser l'adolescent dans un réel effondrement psychique manifesté dans les cas les plus sévères, par une incapacité à s'ancrer dans la réalité en ne parvenant pas à habiter ce nouveau corps génital physiquement et psychiquement.

Lutter contre cette déception, c'est éviter le renoncement aux objets d'amour infantiles, ne pas se résoudre à se séparer de l'enfance. Cette prise de conscience rend compte à l'adolescent de la réalité d'un irrémédiable, d'un irréversible, le confrontant à la limite utopique de l'enfance où « tout est possible ».

2.1.2.4 Le corps : réceptacle des angoisses

« Non, vous n'avez pas à vous abîmer pour vous sentir
exister. »²

Les métamorphoses corporelles vont directement bouleverser la relation que l'adolescent entretient avec son propre corps. Ce corps devient souvent lourd, maladroit, embarrassant l'adolescent et trahissant sa gêne d'être au monde. Appel à corps perdu du corps enflammé, corps revisité, corps à habiter... Mais, de quel corps parlons-nous ?

¹ Marcelli, D, Braconnier, A, – Adolescence et psychopathologie, 8^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013, 669p

² Jeammet, P, Présentation d'un cas clinique, Séminaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, 12/02/2018

Le « corps que j'ai » (*Korper* en allemand), c'est le corps de l'anatomie, le corps machine, le corps-objet. C'est le corps silencieux, celui de nos organes, celui du cadavre, et celui qu'autrui vit de ma corporité. Silencieux jusqu'à ce que la maladie ou la vieillesse apparaissent et qu'il devienne alors corps de douleur. À l'adolescence, les changements corporels peuvent être vécus comme l'envahissement du « corps que j'ai » par un corps étranger, parfois ennemi (corps qui trahit), comme c'est le cas dans l'anorexie.

Le « corps que je suis » (*Leib* en allemand), c'est la chair, c'est le corps incarné, le corps-sujet. C'est l'existence dans son corps, et par son corps, pour l'Autre. Chez l'anorexique, il existe une distorsion majeure de l'image du corps, conduisant souvent à une dysmorphophobie.¹ Bien que celle-ci soit fréquente chez l'adolescent, le jeune pouvant passer de longues heures devant le miroir pour vérifier les détails de son corps (et aussi peut-être se rassurer quant à son intégrité corporelle ?), la dysmorphophobie peut traduire une désorganisation psychique fréquente dans les décompensations psychotiques. Chez l'anorexique, l'éclosion pubertaire est auto avortée.

Habituellement, « corps que je suis » et « corps que j'ai » ne font qu'un, et le sujet alors est dans un état d'équilibre. Quand l'image du corps est perturbée, une dualité entre ces deux notions émerge, entachant le travail de subjectivation. En effet, du fait d'un décalage entre le corps intériorisé, idéalisé, et les pulsions qui surviennent, une angoisse de transformation va apparaître, et avec elle des angoisses de séparation, de deuil, de perte. Ainsi, ce qui ne peut être contenu psychiquement, va l'être physiquement par les passages à l'acte qui viennent soulager ces angoisses de perte de la maîtrise de soi. Quand l'adolescent ne peut accéder à cette activité fantasmatique, le corps va devenir une cible privilégiée : attaquer ce corps nouveau qui se transforme et qui échappe pour... se l'approprier. « Mais qu'est-ce que ça peut vous faire ? C'est mon corps, c'est moi qui décide » disent certains adolescents qui ne comprennent pas notre inquiétude face à leurs automutilations répétées.

Lorsqu'il y a eu des violences physiques infligées dans l'enfance, particulièrement si elles ont été répétées, il prédominera souvent une recherche inconsciente de ce corps anciennement investi uniquement de manière négative. L'automutilation permettant à la fois de se réveiller d'une anesthésie affective et de libérer toute la tension intra psychique avec l'idée de se purifier, se vider.

2.1.3 Grandir, c'est pouvoir se séparer

¹ « Préoccupation exagérée de tout ou une partie du corps ». Larousse

2.1.3.1 Le deuil

L'enjeu de l'adolescence réside dans la capacité à se séparer de ses figures parentales, malgré la peur de les perdre. Pour parvenir à cette séparation sans trop de souffrance, l'adolescent va débiter un réel travail de deuil. Le deuil s'inscrit d'abord dans la perte du monde de l'enfance, et donc la perte de ses objets d'amour infantiles, entraînant ainsi des modifications irréversibles du lien à l'Autre. Car le deuil serait plus celui du lien à l'Autre que de la personne qu'est l'Autre.

Un narcissisme infantile suffisamment constitué sera garant d'une économie de la souffrance de cette perte. À l'inverse, un passé émaillé de carences ou de ruptures va venir entraver le mouvement de l'adolescence, et ainsi l'élaboration du travail de deuil.

Bien qu'il existe souvent des idées de mort à cette période, le travail de deuil va permettre à l'adolescent de sortir de sa « morosité »¹, état d'*hyperlatence* proche de l'ennui infantile, afin d'investir l'avenir et sa marche vers l'âge adulte. Ainsi, la mise à distance des imagos parentales est à la base du processus adolescent.

Le deuil s'inscrit aussi comme nous avons pu le dire précédemment, dans le deuil de la mère nourricière et du corps d'enfant qui en est le corollaire.

Morosité, spleen, temps du flottement, dépression, semblent traduire la vacuité qui fait suite à cette perte nouvelle, et ont une durée qui va dépendre de l'accession à de nouveaux investissements d'objets.

2.1.3.2 Aménagements de la dépendance ou séparation ?

« La nécessité dans laquelle se trouve l'adolescent d'assurer son autonomie nouvelle, et par là-même d'achever ses identifications et de confirmer la solidité de ses acquis internes, renforce la dépendance objectale. »²

¹ Mâle, P, –Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence (1971), La crise juvénile, Œuvres complètes, tome I, Payot, Paris, 1982, 280p

² Jeammet, P, Corcos, M, – Evolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements, Doin, 2010, 140p

Devant l'inéluctabilité de la mort des parents et du lien symbolique aux figures parentales et afin d'échapper à l'effondrement narcissique, l'adolescent va mettre en place des mécanismes de défense, que Philippe Jeammet et Maurice Corcos vont nommer les *aménagements de la séparation*.¹

Par la prise de conscience de la nécessité d'une autonomie, l'adolescent va apprendre à désidéaler ses figures parentales (« ils ne sont pas immortels, et ne pourront donc pas me protéger toute la vie »), pour pouvoir entamer un travail de séparation. L'émergence de ces aménagements défensifs a pour but de rendre supportable cette mise en place du travail de deuil ainsi que l'incertitude identificatoire qu'il va susciter, en niant la dépendance aux objets (conduites d'évitement, phobiques) ou en suppléant les défaillances internes par des contre-investissements par surinvestissement d'objets de la réalité externe (conduites de dépendance) : on parle d'*appétence objectale*. En effet, l'évitement de la confrontation de la problématique de séparation se retrouve dans certains troubles du comportement comme l'anorexie, la boulimie, la toxicomanie, l'alcoolisme, certains troubles de la personnalité, etc. Ces troubles incarnent un nouvel objet à investir, et donnent l'illusion de la réussite d'un processus de séparation. Malheureusement, le prix à payer est la dépendance à ce nouvel objet, avec lequel aucun enrichissement du lien n'est possible. Objet qui pourrait paraître sous l'emprise du sujet, mais dont celui-ci devient finalement prisonnier...

Le principe d'appétence objectale est ambivalent car, se définissant par un attrait pour l'Autre, il permet d'abord un enrichissement de soi-même. Le narcissisme qui se constitue à l'adolescence se définit par un investissement de soi, nécessaire à l'investissement de la relation à autrui (s'aimer soi-même avant d'aimer l'Autre). Cependant, cette appétence pour l'Autre peut aussi être un risque de menace narcissique, de par l'inclinaison vers un débordement et ainsi une perte d'autonomie.

2.1.3.3 Problématique narcissico-objectale

« Si le jeune enfant s'est dégagé de sa mère par internalisation, l'adolescent se dégage des objets internalisés pour aimer les objets extérieurs et extra familiaux. »²

¹ Jeammet, P, – Les vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence, Approches psychopathologiques et thérapeutiques, Exposé présenté aux Journées Annuelles de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Amiens, 14-16 mai 1993

² Marcelli, D, Braconnier, A, – Adolescence et psychopathologie, 8^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013, 669p

Comme nous avons pu l'écrire précédemment, la puberté est un facteur de réactivation des conflits infantiles et des angoisses de séparation. Pendant l'enfance, l'enfant se situe par rapport aux désirs et aux interdits parentaux. A l'adolescence, l'adolescent est emporté dans un tourbillon d'ambivalences, tiraillé par le besoin d'indépendance, de distance, de collage avec ses parents et l'envie de se débrouiller seul. Il est dans une négociation permanente entre l'union et la séparation de l'objet, vécue comme menace à son intégrité narcissique.

Pour se détacher de l'angoisse liée à la réactivation de la problématique œdipienne, l'adolescent va devoir mettre à distance ses objets d'amour infantiles, dont la présence réactive la menace d'un inceste maintenant réalisable, alors que la sexualisation des liens l'attire vers le rapprochement d'une des deux figures parentales. Ce n'est pas tant le Ça qui se modifie mais plutôt les relations que le Moi va entretenir à présent avec le Ça.

Il doit apprendre à exister en fonction de ses propres désirs, l'obligeant alors d'atteindre une autonomie psychique définie par ses propres interdits et ses propres désirs. Ce processus de subjectivation ne va pouvoir être acquis qu'en faisant l'expérience à son tour de nouvelles limites : celles du milieu externe (loi, règles) et celles du milieu interne (interdit de l'inceste, « *tu ne tueras point* »). Cet irrésistible besoin d'éprouver les limites est structurant, car il va permettre à l'adolescent de devenir enfin sujet et acteur de ses pensées.

Malheureusement, de nombreux adolescents ne vont parvenir à atteindre une telle maturité, ou à s'y maintenir sans régresser, car leur environnement offre des repères trop flous ou anormalement changeants, d'autant que la société énonce moins d'interdits et a tendance à demander plus d'autonomie et plus précocement. L'adolescence va alors venir interroger la solidité des acquis antérieurs et des failles narcissiques de l'adolescent. Celles-ci vont mobiliser une « appétence objectale », dans le but de compléter ou compenser des défauts internes, relançant ainsi le processus de dépendance à l'Autre, véritable cercle vicieux auto-entretenu. En effet, la prise de distance apparente avec l'apparition de nouveaux investissements ne signe alors pas une autonomie psychique.

À partir des travaux de Mahler explorant les relations mères-enfants, quelques psychanalystes comme Peter Blos ont comparé le processus adolescent aux séparations de l'enfant à sa mère, comme seconde phase du processus de « séparation-individuation ».¹ Selon lui, l'adolescence permettrait de reprendre un processus de subjectivation jamais vraiment terminé, en se désengageant progressivement de ses objets d'amour infantiles pour pouvoir investir d'autres objets, signe d'une autonomie psychique.

L'angoisse de séparation traduit l'échec de ce travail de séparation, expliquant le maintien de certains investissements objectaux. Elle apparaît face à la menace de perte objectale, et dénonce la fragilité narcissique du sujet, insuffisante pour permettre un sentiment de

¹ Marcelli, D, Braconnier, A, – Adolescence et psychopathologie, 8^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013, 669p

continuité psychique pérenne. Néanmoins, le travail de séparation s'effectue tout au long de la vie du sujet.

L'individuation signe un travail d'intériorisation et d'identification de qualité.

2.1.4 Grandir, c'est s'ouvrir à soi et au monde

2.1.4.1 S'identifier à l'autre (identifications) pour exister (identité)

Le défi de l'adolescence, comme nous venons de l'expliquer, c'est apprendre à se désengager progressivement de ses objets d'amour internalisés, afin de pouvoir explorer seul le monde qui l'entoure. Cela est difficile s'il est construit sur des bases narcissiques fragiles, mais possible par une ouverture large vers ses pairs, autorisant l'émergence d'une individuation.

Parfois, le narcissisme parental peut se projeter sur le narcissisme de l'enfant qui deviendrait capable de réaliser les fantasmes grandioses des parents et qui se sentirait alors dévalorisé s'il ne parvenait pas à les réaliser. Il est préférable pour lui d'arriver à ne pas être dans une mêmeté identificatoire, à travers laquelle il se sentirait dans le devoir de combler les désirs de ses parents.

L'adolescent va alors devoir chercher d'autres modèles identificatoires que ses parents. En effet, le déplacement vers de nouvelles identifications permet à l'adolescent de se détacher des investissements sans menace de perte. Pour exister, il doit s'identifier à l'Autre (« qui suis-je par rapport à l'Autre ? »). Les supports de la réalité externe constituent des appuis précieux pour une réalité interne incertaine. C'est parfois par l'intermédiaire de tenues vestimentaires atypiques (gothiques, hippie, cosplay, lolita, etc.) que ces quêtes identificatoires seront aisément reconnaissables, et souvent à l'opposé de ce qui peut être proposé par les parents.

Les identifications vont ainsi nourrir l'identité, car s'identifier, c'est rêver d'être à son tour porteur d'un projet créateur et, à plus long terme, c'est devenir parent à son tour, se décentrant ainsi de la préoccupation narcissique. Cette évolution identitaire va ouvrir sur l'apparition d'un sentiment de responsabilité pour ainsi pouvoir porter un autre que soi. Il est temps pour l'adolescent d'en finir avec l'idée que ce sont les parents ou les autres qui sont responsables de ce qui lui arrive.

2.1.4.2 Capacité de conscience réflexive

L'accès à la conscience de soi nous différencie de l'animal. À l'adolescence, la pensée peut être libidinalisée et autonome. Il y a plaisir à penser en dehors de l'avis de l'adulte pour parvenir à la constitution du Je.

Néanmoins, penser sur ses pensées, c'est aussi se confronter à son insuffisance, caractère fondamental de la pensée humaine. En effet, cette capacité de nous voir tel que nous sommes est coûteuse, puisqu'elle nous expose à la tragique réalité de la vie qui est que nous sommes incomplets et que nous allons mourir. Seul l'attachement va pouvoir nous aider à compenser ces deux réalités, et tenter de panser cette blessure narcissique. Ainsi, pour être soi, l'être humain va devoir se nourrir de l'Autre.

L'acquisition d'une « capacité de conscience réflexive » grâce au développement d'un attachement sécure, permet à l'adolescent de se représenter ses états psychiques et ceux d'autrui, constituant ainsi une formidable autonomie. Cette conscience réflexive est indispensable pour intégrer la notion de réciprocité, c'est à dire de recevoir et de donner de la sécurité. Il développe alors une capacité de soutien et d'attention à l'Autre.

La naissance du doute va menacer le narcissisme, créant un moment de flottement, d'errance, qui peut déséquilibrer l'enfant puis l'adolescent s'il n'est pas suffisamment aguerri à supporter la perte. L'émergence du doute va être décisive dans la vie psychique de l'adolescent : soit il va constituer le départ d'une activité nouvelle, enrichissante, soit il va s'ancrer comme une faille dans l'organisation psychique. Pouvoir réfléchir, c'est se laisser au doute et accepter de ne pas avoir de réponses immédiates.

2.1.4.3 Grandir prend du temps...

« Attendre en effet suppose une confiance suffisante dans les autres et en soi-même. On ne peut pas demander au funambule sur son fil d'attendre. Ces adolescents vulnérables, tel le funambule, se sentent dans un équilibre précaire et sous l'emprise d'une menace d'autant plus inquiétante qu'ils ne savent pas de quoi elle est faite... »¹

¹ Jeammet, P, – Le passage à l'acte, L'Esprit du temps, 2005/2 n°16 : 57-63

À l'adolescence, nous assistons à un déplacement du problème du temps sur l'espace : ne supportant pas d'attendre que les processus d'élaboration et d'intériorisation se réalisent, l'adolescent agit. Ces adolescents en suspens voudraient freiner le temps, pour éviter le douloureux travail de séparation qui les oblige à supporter le manque, la passivité, résultantes de la maturation psychique. Pourtant, la latence imposée par l'adolescence n'est pas inutile. Elle pourrait s'assimiler à un processus de digestion psychique.

L'intérêt des psychiatres et des psychanalystes à travailler sur le processus adolescent et à l'intégrer comme un mouvement bien différencié de l'enfance et de l'adulte, a également dû prendre du temps... En effet, il faudra attendre les années 1950 pour que, Laufer en Angleterre et Blos aux États-Unis s'intéressent à la pratique psychanalytique pour adolescents.

Aujourd'hui, à une époque où tout va vite, où le temps de la réflexivité n'est plus de mode, les adolescents sont d'autant plus pressés à cause de l'immédiateté de la nouveauté de la pulsion. Ce sont aux adultes de leur parler de sentiments amoureux, que ces derniers naîtront sans urgence avec la maturité psychique, et qu'il faut du temps pour se construire... C'est une période d'ouverture pour laquelle l'adolescent ne doit pas craindre une perte de temps.

L'adolescent va devoir faire un choix concernant cette attente. Soit il l'accepte et peut ainsi accéder à la réflexion, soit il l'évite, et réagit sous l'égide de la frustration en mettant en place des conduites de substitution à cette attente (délinquance, toxicomanie, conduites à risque). En effet, l'excitation est un refuge qui, de par son éveil permanent, empêche le narcissisme d'être atteint. Car pour apprendre, il faut une solidité narcissique. Chez ces adolescents, s'il n'existe pas de réponse immédiate, la désorganisation risque de s'installer.

2.2 L'anorexie mentale à l'adolescence

2.2.1 Quelques mots pour commencer

2.2.1.1 L'anorexie est une énigme

« L'anorexie demeure une énigme. Cette énigme exerce une fascination particulière sur ceux qui y sont confrontés d'une façon ou d'une autre. »¹

L'une des premières difficultés de l'anorexie mentale réside dans sa place au sein des troubles psychiatriques. En effet, bien qu'elle emprunte des symptômes à chacun de ceux-ci, elle ne répond pas pleinement aux troubles délirants, ni aux troubles de l'humeur, ni aux troubles anxieux ni aux troubles névrotiques. Il s'agirait plutôt d'un comportement à visée adaptative face à un effroi de débordement, d'excès, ressenti par le sujet (une fois l'appétit enclenché).

L'anorexie dérange par l'incompréhension qu'elle suscite chez les thérapeutes. Car pour l'instant, aucune étiologie, aucun examen complémentaire, ne signe l'origine et la compréhension de son comportement clinique et psychopathologique, et aucune thérapeutique n'a encore démontré sa primauté sur les autres. Souvent, l'anorexie se résout après un travail psychologique long de plusieurs années, sans facteur déclencheur particulier.

Ce qui plonge le thérapeute dans l'impuissance et l'incertitude jusqu'à le déconcerter totalement, doit résoudre ce dernier « à l'idée que l'anorexie comble tout autant la raison médicale que le sens psychologique. »² Pour Corcos, l'énigme à l'adolescence renvoie à une autre énigme de l'enfance, où toutes deux se répondraient en miroir : celle du vide et de la terreur d'exister, d'aimer et d'être aimée.

2.2.1.2 Étymologie

Anoreksia en grec ancien, signifie la perte du désir (*oreksis* signifiant désir). Pourtant, la traduction médicale qualifie l'anorexie comme une diminution d'appétit par perte d'appétit ou refus de se nourrir. D'ailleurs, dans l'anorexie mentale, cette diminution renvoie plutôt à une lutte contre l'appétit plutôt qu'à une perte de celui-ci.

Pour Corcos, l'anorexie se définit comme une « conduite active, consciente, volontaire de restriction alimentaire et de lutte contre la faim, en accord (à déraison) avec le fantasme de débordement boulimique qui la sous-tend. »³

¹ Jeammet, P, – Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires, 95-108, In : Passelecq, A et al – Anorexie et boulimie : une clinique de l'extrême, De Boeck, 2006, 163p

² Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

³*ibid*

L'étymologie pose d'emblée le paradoxe du désir chez l'anorexique : « je désire refuser quelque chose dont j'ai besoin », le besoin étant à assimiler comme nécessité vitale.

2.2.1.3 Histoire

2.2.1.3.a Modèle anorectico-religieux

« Les thuriféraires des sites pro-ana se soumettent au culte léthifère d'Ana, cette divinité monstrueuse dont la religion présente l'anorexie comme l'aboutissement d'un choix héroïque et comme une forme de vie supérieure. »¹

La gourmandise, définie comme l'un des Sept Péchés Capitaux que l'on retrouve dans le tableau attribué à Jérôme Bosch dans les années 1500, est sévèrement condamnée au Moyen Âge car elle dénonçait la primauté du corps sur l'esprit.

Rudolph Bell² (1985), a suggéré qu'au cours du XIII^e siècle, plusieurs saintes ont incarné « l'anorexie sacrée ». Sainte Catherine de Sienne fut décrite comme la première pieuse à jeuner jusqu'à mourir d'inanition volontaire, à l'âge de 33 ans... La vie ascétique décrite par Bell fait évoquer le cas d'une anorexie grave, car la sainte considérait son incapacité à manger comme une punition de ses péchés.

Bell donne aussi l'exemple de Sainte Marie-Madeleine de Pazzi (1566-1607) qui, tourmentée par des besoins obsédants de nourriture, se gavait en cachette de nourriture à l'abri des regards des autres nonnes, alors qu'elle s'astreignait devant elles à un régime strict de pain et d'eau. Celles-ci la démasquèrent à plusieurs reprises et se persuadèrent que le Diable avait revêtu l'apparence de la Sainte. Par ses raptus boulimiques, c'est la possession diabolique qui était interprétée. En effet, ce trouble sera considéré soit comme le signe de possession démoniaque, soit comme le signe d'élection divine.

2.2.1.3.b La phtisie nerveuse

¹ Rossi, P, – Manger : besoin, désir, obsession, Arléa, 2012, 168p

² Bell, R-M, – L'anorexie sainte : jeûne et mysticisme du Moyen Âge à nos jours, Presses Universitaires de France, 1994, 320p

Du XVI^{ème} au XVIII^{ème} siècle, bien que les causes surnaturelles prédominent, les médecins commencent à s'intéresser à ce trouble dans une dimension physiopathologique, en soignant les descriptions comportementales.

Richard Morton décrit en 1694 l'anorexie mentale sous le terme de « phtisie nerveuse ». Ce tableau clinique dépeint un manque apparent d'appétit associé à une hyperactivité et une constipation et aboutit généralement à la cachexie.

2.2.1.3.c XIX^{ème} siècle : délire hypocondriaque

Il faut attendre la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle avec Louis Victor Marcé (1859) pour qu'apparaisse la première description de l'anorexie mentale, qu'il écarte des amaigrissements d'origine organique et pour laquelle il attribue une étiologie d'origine psychologique.

Il présente une communication¹ dans laquelle il décrit en détails l'apparition des symptômes anorectiques, qu'il va nommer *délire hypocondriaque*. Les symptômes sont sensiblement les mêmes que ceux que nous retrouvons aujourd'hui dans l'anorexie mentale, et apparaissent systématiquement à l'adolescence : « toute trace de tissu adipeux a disparu, et les sujets sont réduits à l'état squelettique ; les dents noircissent, la bouche est sèche, la langue ridée et rouge ; la constipation est telle que l'on peut à peine, tous les quinze jours ou tous les mois, provoquer l'expulsion de matières dures et ovillées ; l'excrétion urinaire est presque nulle, et la paroi abdominale rétractée touche la colonne vertébrale : la peau devient sèche et rugueuse, le pouls filiforme et insensible, et l'on observe d'une manière saisissante tous les symptômes qui précèdent la mort par inanition ; bientôt la faiblesse est telle, que les malades peuvent à peine faire quelques pas sans tomber en syncope ».

Il y souligne la « résistance invincible », « opiniâtre », le « refus obstiné d'aliments » par « des ruses infinies » de ces patientes, jusqu'à « des scènes de violence, des menaces de suicide et des actes de méchanceté », qui contraignent leur prise en charge.

Il décrit également chez ces patientes un « état de marasme qui donnait les plus grandes inquiétudes ». Cet état semble s'apparenter à un état mélancolique : « la figure n'a ni expression ni jeunesse et est pénible à voir ; les saillies osseuses se dessinent sous la peau avec une netteté à peine croyable, et la configuration des extrémités supérieures et inférieures rappelle tout à fait l'aspect de ces parties sur le squelette. (...) Lorsqu'on insiste auprès d'elle pour lui faire accepter de la nourriture, elle refuse énergiquement, pleurant, gémissant, répétant d'une voix nasonnée, dolente et retentissante qu'elle ne veut pas manger, que les aliments l'étouffent, qu'elle a le corps pourri, l'estomac pourri. »

¹ Marcé, L-V, – Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus alimentaire, Séance de la Société Médico-psychologique du 31 octobre 1859. In :« *Annales médico-psychologiques* », tome sixième, 3^{ème} série, 1860 : 15-28.

Rapidement, Marcé admet que l'étiologie de ce délire hypochondriaque se situe plus sur un plan psychologique qu'organique : « ce n'est plus à l'estomac qu'il faut s'adresser, car l'estomac peut digérer et ne souffre que par la privation d'aliments ; c'est à l'idée délirante, qui désormais constitue le point de départ et l'essence de la maladie ; les malades ne sont plus dyspeptiques, ils sont aliénés. » ; et il réalise par conséquent l'importance de l'éloignement familial.

2.2.1.3.d XXème siècle : psychanalyse

Devant la répétition d'échecs des traitements hormonaux malgré l'acharnement de certains médecins à vouloir démontrer une origine organique, et devant le succès des prises en charge psychiatriques par l'éloignement familial, les médecins vont progressivement admettre l'existence d'une probable origine psychogène à ce trouble, laissant se développer les théories psychanalytiques.

Huchard en 1883 va donner à l'anorexie mentale son nom actuel.

Freud relie le syndrome anorectique au modèle de l'hystérie, en assimilant le refus alimentaire à un symptôme de conversion. Selon lui, la perte d'appétit fait écho sur le plan sexuel à une perte de libido. Il établit aussi un parallèle entre anorexie et mélancolie. En effet, pour Freud, la *névrose alimentaire* est comparée à la mélancolie, également provoquée selon lui par une perte de la libido. « L'anorexie des jeunes filles – qui est un trouble bien connu – m'apparaît, après observation poussée, 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. »¹

Abraham développe la notion de « maîtrise anale » à laquelle il rattache les rites alimentaires, les conduites de vérification, les compulsions de répétition.

Hesnard parle de fixation libidinale au stade oral, le refus alimentaire traduisant un refoulement des fantasmes de pénétration et de grossesse orale.

¹ Freud, S, – « Manuscrit G », La naissance de la psychanalyse, Presses Universitaires de France, 1895 : 91-97

En 1965, le symposium de Gottingen établit un consensus sur un certain nombre de points concernant la psychopathologie de l'anorexie mentale :

- L'anorexie mentale a une structure spécifique
- Le conflit se situe au niveau du corps et non pas au niveau des fonctions alimentaires
- L'anorexie mentale traduit une incapacité d'assumer le rôle génital et les transformations corporelles à la puberté.

Dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, plusieurs auteurs dont Jeammet et Brusset en France, ensuite repris par Corcos, vont préciser les aménagements psychopathologiques et les modalités thérapeutiques, en préconisant une hospitalisation basée sur un contrat de poids associé à une séparation de l'entourage.

2.2.2 Épidémiologie

Les troubles du comportement alimentaire constituent un véritable problème de santé publique. On évalue à environ 200000 le nombre de cas d'anorexie mentale au sein de la population féminine en France.¹

L'étude de Campbell et Peebles (2014)² démontre que la prévalence de l'anorexie mentale sur la vie entière est estimée en moyenne entre 0,5% et 1%, avec une mortalité définie entre 5 et 6% pour un début de pathologie situé préférentiellement entre 13 et 14 ans ou entre 18 et 20 ans. Le taux de mortalité par décade est estimé à 10%. Les causes sont surtout cardiaques, secondaires à la dénutrition et suicidaires. Le risque suicidaire est estimé à 23 fois supérieur à la population générale, peut survenir à tout moment dans la maladie, avec une prédilection au moment de la levée des comportements restrictifs.³ La mortalité augmenterait avec la durée d'observation du suivi : de 5% à 5 ans jusqu'à 20% à 20 ans⁴. Le taux de rémission concerne environ un tiers des patientes souffrant d'anorexie mentale.⁵

La prévalence de la boulimie est légèrement plus élevée (1 à 1.5%) sur la vie entière et se démarque par un haut risque de suicide (2%) avec un début des troubles situé après 16 ans.

¹Ramoz, N, Clarke, J, Gorwood, P, – Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires, *Biologie*, 2017/211, 1 : 97-102

² Campbell, K, Peebles, R, – Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review, *Pediatrics*, 2014

³ Corcos, M, Lamas, C, Pham-Scottez, A, – L'anorexie mentale, *Déni et réalités*, Doin, 2008, 88p

⁴*ibid*

⁵ Ramoz, N, Clarke, J, Gorwood, P, – Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires, *Biologie*, 2017/211, 1 : 97-102

On retrouve plusieurs comorbidités psychiatriques dont les troubles anxieux, les troubles dépressifs et les TOC.¹

2.2.3 Diagnostic

2.2.3.1 Diagnostic simple... pour une maladie complexe

La définition de l'anorexie mentale est fondée sur la triade symptomatique des trois A, dite triade de Lasègue : Anorexie – Amaigrissement – Aménorrhée. Cette définition d'une évidente simplicité la différencie de nombreux tableaux psychiatriques complexes à diagnostiquer.

Néanmoins, la triade « des trois A » est parfois bien insuffisante pour poser le diagnostic d'anorexie mentale. En effet, ce qui prime est l'analyse comportementale. Pour le médecin, il faudra d'abord éliminer tous les diagnostics médicaux qui rassemblent les symptômes retrouvés dans l'anorexie mentale, avant de poser ce diagnostic.

Anorexie : l'utilisation du terme anorexie est mal choisie, car la perte d'appétit est rare. En effet, l'anorexie consiste plutôt, comme nous l'avons énoncé précédemment, en une conduite volontaire de lutte contre la faim plus qu'en une diminution ou un arrêt d'appétit.

Amaigrissement : il est en général majeur, parfois brutal, avec une perte de poids évaluée parfois à plus de 30% du poids initial, obtenue par la restriction alimentaire, le jeûne, les conduites purgatoires ou l'exercice physique excessif. La peur intense de prendre du poids ne disparaît généralement pas avec cette perte de poids. Au contraire, on observe même une majoration des préoccupations autour du poids alors que celui-ci continue à chuter sans relâche, s'expliquant entre autres par un trouble de la perception du corps.

L'aspect du corps est caractéristique : la fonte des pannicules adipeux confère une apparence décharnée et androgyne. La fonte musculaire et la dénutrition entraînent des œdèmes de carence et des troubles de la peau (lanugo², hypercaroténémie³) et des phanères (peau sèche, cheveux secs et ternes, ongles cassants). Des signes d'hypométabolisme apparaissent : hypotension, hypothermie, bradycardie, extrémités froides et cyanosées.

¹ Rigaud, D, – Composantes neurosensorielles et hormonales dans l'anorexie mentale, Nutrition clinique et métabolique, 2007

² Le lanugo est un duvet très fin qui recouvre habituellement le corps du fœtus puis du bébé les premières semaines de vie. Chez l'anorexique, il signe une carence œstrogénique.

³ L'hypercaroténémie est la présence abondante de carotène, entraînant une coloration orangée de la peau, et particulièrement de la paume des mains.

Aménorrhée : primaire ou secondaire, elle est un signe constant de l'anorexie mentale, d'apparition précoce et de résolution tardive. Elle est liée à l'ensemble des perturbations physiologiques de l'axe cortico-hypothalamo-hypophysaire.

L'anorexie restrictive pure se caractérise par un refus de s'alimenter avec restrictions volontaires quantitatives et qualitatives, une peur intense de grossir et une altération de la perception de son propre corps.

L'anorexie peut aussi être associée à des crises de boulimie avec ou sans conduites purgatoires (vomissements provoqués ou prise de purgatifs). Ces crises peuvent survenir au cours d'une anorexie restrictive lorsque la lutte contre la faim est devenue défaillante. L'accès boulimique se caractérise par une envie irrésistible d'ingérer, en un court instant, une grande quantité de nourriture, souvent de nature sucrée.

Cette envie incoercible précède souvent un état d'angoisse. La sensation paradoxalement recherchée de corps bourré, gavé, va souvent amener l'anorexique à provoquer un vomissement, qui viendra célébrer l'illusion de l'avènement d'un hypercontrôle d'elle-même, y compris dans ces moments d'emballements pulsionnels. En effet, ce vomissement procure très souvent pour elle une jouissance et la sensation de toute-puissance, avant de la faire sombrer dans un sentiment de honte, de dégoût d'elle-même et de culpabilité intense, avec l'émergence d'un besoin de se laver qui va renforcer les conduites ascétiques.

2.2.3.2 Nomenclature actuelle

2.2.3.2.a DSM-5¹

La classification du DSM-5 de l'American Psychiatric Association détermine trois grands troubles du comportement alimentaire : l'anorexie mentale (*anorexia nervosa*), la boulimie (BN ou *bulimia nervosa*) et l'accès hyperphagique ou hyperphagie boulimique (BED ou *Binge-Eating Disorder*). L'anorexie mentale est toujours classée en deux sous-types : restrictive et boulimique avec purge. Pour le premier, l'amaigrissement est obtenu uniquement par un régime strict et une activité physique intense. Pour le second, la restriction alimentaire est entrecoupée par des crises d'hyperphagie boulimique qui se terminent par des vomissements provoqués ou par des purges (laxatifs, diurétiques, lavements).

Le DSM-5 a innové dans la définition de l'anorexie mentale en la simplifiant par rapport au DSM-IV-TR. Alors que dans ce-dernier, quatre critères étaient requis, le DSM-5 n'en propose

¹ American Psychiatric Association, trad. Crocq, M-A, Guelfi, J-D, – DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, 2015

plus que trois, supprimant celui de l'aménorrhée, du fait de l'augmentation de la morbidité chez les garçons et chez les jeunes filles prépubères.

Les notions de « refus » et de « déni » ont disparu, remplacées par des termes plus nuancés : « restriction alimentaire » pour le premier et « manque persistant de reconnaître la gravité relative » pour le second.

Le poids est qualifié de « significativement bas » plutôt qu'« inférieur à la normale ».

Les trois critères sont donc les suivants :

- A. restriction alimentaire conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique.
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportements persistants allant à l'encontre de la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle.

Nous pouvons cependant relever que le DSM-5, en plus du classement catégoriel, évalue l'anorexie et la boulimie sur un modèle dimensionnel, par l'intermédiaire de l'évaluation de la sévérité du trouble, défini par le calcul de l'IMC :

- IMC > 17 kg/m² : TCA léger
- IMC entre 16-17 kg/m² : TCA modéré
- IMC entre 15-16 kg/m² : TCA sévère
- IMC <15 kg/m² : TCA extrême

Le référentiel de psychiatrie s'appuie sur la classification du DSM-5. Il précise une durée supérieure à trois mois pour définir le diagnostic d'anorexie mentale.

2.2.3.2.b CIM-10¹

Dans la CIM-10, l'anorexie mentale appartient au groupe des syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques.

On la diagnostique sous le codage F50.0. Elle est définie par « une perte de poids intentionnelle », induite et maintenue par le patient, habituellement une adolescente ou une jeune femme. La CIM-10 précise la présence de « l'intrusion persistante d'une idée surinvestie : la peur de grossir et d'avoir un corps flasque », imposant alors un poids faible. Les symptômes principaux sont les suivants : « restriction des choix alimentaires, une pratique

¹ CIM-10 Version 2008, Disponible : <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>

excessive d'exercices physiques, des vomissements provoqués et l'utilisation de laxatifs, de coupe-faim et de diurétiques ». Elle ajoute la notion d'une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques.

Il est ajouté le diagnostic d'anorexie mentale atypique (F50.1) pour lequel un des symptômes telle l'aménorrhée ou la peur de grossir peut manquer au tableau classique de l'anorexie mentale.

À nouveau, dans la CIM-10, le diagnostic de boulimie est bien écarté de celui de l'anorexie mentale car répondant à un diagnostic à part entière (F50.2). Il se définit par « des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs. » Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications somatiques.

L'obésité et le surpoids ne sont pas classés dans les troubles du comportement alimentaire mais dans les maladies endocriniennes.

2.2.4 Facteurs de vulnérabilité

2.2.4.1 Génétiques

L'origine multifactorielle des TCA suggère l'existence de nombreux gènes qui pourraient avoir un rôle dans l'expression de ces troubles.

Plusieurs travaux ont confirmé une fréquence significativement plus élevée de l'anorexie mentale chez les apparentés de sujets atteints par rapport aux apparentés de contrôles sains.

L'étude de jumeaux monozygotes (qui partagent le même génome) et dizygotes (qui ne partagent pas plus de 50% de leur génome) permet de déterminer plus nettement l'influence génétique et environnementale. Dans le cadre des TCA, il a été mesuré une héritabilité à 70% pour l'anorexie mentale, 60% pour la boulimie et 50% pour les BED, avec une forte probabilité de localisation sur les chromosomes 1 et 6 qui seraient impliqués dans les fonctions sérotoninergique (qui régule l'humeur) et dopaminergique (qui régule la motivation). Cette héritabilité témoigne ainsi de la composante génétique dans les TCA.¹

¹ Gorwood, P, et al – New insights in anorexia nervosa, Front Neurosciences, 2016/10 : 256. In : Ramoz, N, Clarke, J, Gorwood, P, – Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires, Biologie, 2017/211, 1 : 97-102

2.2.4.2 Biologiques et hormonaux

Plusieurs voies biologiques et neurobiologiques ont été identifiées dans les TCA, dont les voies neuroendocriniennes (régulation de l'appétit, de la faim et de la satiété), endocriniennes (œstrogènes) et les facteurs neurotrophiques (BDNF pour *Brain derived neurotrophic factor*).

La leptine, hormone anorexigène, est retrouvée à des concentrations significativement réduites dans l'anorexie mentale. À l'inverse, la ghréline, hormone orexigène sécrétée par l'estomac, est retrouvée à des concentrations élevées chez les patientes souffrant d'anorexie mentale de sous-type restrictif. Cependant, les conclusions entre les gènes codant pour ces deux hormones (LEP, LEPR et GHRL) et l'expression de l'anorexie mentale sont divergentes dans la littérature.¹

D'après les modèles animaux, les œstrogènes réguleraient également la prise alimentaire. En effet, de fortes concentrations en œstrogènes ont montré un effet anorexigène. Cela se retrouve chez la femme pendant son cycle menstruel : l'appétit diminuerait lors des augmentations des taux d'œstradiol. De plus, 90% des TCA apparaissent au moment de la puberté ou lors d'un pic œstrogénique. Des mutations des gènes (ESR2) codant pour les récepteurs de ces hormones sexuelles ont été retrouvées dans l'anorexie mentale.²

Enfin, le facteur neurotrophique BDNF a été le premier impliqué dans la régulation de la satiété dans les TCA, en modulant l'énergie homéostatique et non homéostatique. Néanmoins, lors d'une méta-analyse datant de 2005, il n'aurait pas confirmé son action directe dans l'anorexie mentale.

En conclusion, bien que le déterminisme génétique soit reconnu dans les TCA, il ne peut expliquer à lui seul leur expression clinique du fait du caractère polygénique et surtout multifactoriel de ces troubles.

¹ Ramoz, N, et al, – Eating disorders : an overview of treatment responses and the potential impact of vulnerability genes and endophenotypes, *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 2007/8, 20292044. In : Ramoz, N, Clarke, J, Gorwood, P, – Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires, *Biologie*, 2017/211, 1 : 97-102

² Ramoz, N, et al, – Anorexia nervosa and estrogen receptors, *Vitamins and hormones*, 2013/92 : 141-163. In : Ramoz, N, Clarke, J, Gorwood, P, – Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires, *Biologie*, 2017/211, 1 : 97-102

2.2.4.3 Environnement familial

Les liens aux figures parentales sont souvent complexes : on retrouve régulièrement une mauvaise qualité de l'attachement dans la petite enfance aux figures d'attachement (type insécure) suivi de la présence dans l'adolescence de conflits sévères avec elles, souvent alimentés par un comportement intrusif du côté parental.

Il n'est pas rare de constater une coutume aux régimes alimentaires au sein des familles de patientes anorexiques.

2.2.4.4 Milieu professionnel

Les métiers de la mode, le mannequinat, la danse, le sport à haut niveau, sont des professions à risque de rencontrer plus de patients anorexiques.

2.2.4.5 Facteurs socio-culturels

L'idéal de la minceur continue à prôner dans les esprits des femmes occidentales. La minceur est devenue une norme sociale, valorisée par la société elle-même, entraînant dramatiquement sa banalisation et son déni. Le contrôle du corps est synonyme de succès personnel et de modèle à suivre.

Après avoir été entretenu dans les médias, à la publicité, il domine à présent les réseaux sociaux (particulièrement Instagram), où des groupes comme Pro Ana ont pu s'infiltrer facilement, en faisant l'apologie de l'anorexie à travers des comptes personnels. Alors qu'auparavant ces sites étaient traqués puis supprimés, on assiste, par les réseaux sociaux, à l'exhibition directe de sujets anorexiques personnalisés qui contrôlent eux-mêmes leur compte en invitant, pour certains, leurs quelques dizaines de milliers d'abonnés à partager leur quotidien d'anorexique. Ces comptes peuvent bouleverser par leur froideur, les photos étant souvent focalisées sur des parties spécifiques de ces corps décharnés où l'os est vénéré. Leur espace « biographie » est synthétiquement rempli par leurs mensurations et leurs objectifs de poids, entraînant ainsi les autres à constituer à leur tour leur propre compte et leurs propres objectifs. Certains comptes se présentent même comme des « coach » de la maigreur. « On sait combien les personnalités fragiles peuvent être facilement fascinées par les messages autoritaires appelant à une discipline quasi militaire... et que (paradoxe apparent) elles, si

réfractaires à toute sollicitation bienveillante, s’y conforment docilement. ».¹ Par ailleurs, on observe en parallèle l’existence de comptes « anti-pro-Ana » qui veillent sur ces sujets vulnérables.

2.2.4.6 Caractéristiques psychologiques et comportementales

2.2.4.6.a Enfant « image »

Très souvent, lorsque nous demandons aux parents de jeunes anorexiques de nous décrire leur fille lorsqu’elle était enfant, il en ressort les traits d’un enfant sage, modèle, « enfant image », renvoyant une image de perfection. Pour Corcos, cet enfant « remplissait largement les attentes parentales souvent très exigeantes et parfois même les anticipait jusqu’à la démesure, ce qui peut être considéré comme une façon « perverse » de les annuler. »²

À l’adolescence, ces jeunes filles semblent de nature plutôt discrète, et se font remarquer d’abord par l’excellence de leurs résultats scolaires. Dubois les décrit en 1949 comme « psychorigides, perfectionnistes, ambitieuses, se dirigeant elles-mêmes durement, sensibles, consciencieuses, méticuleuses, opiniâtres, introverties, sérieuses... »³. Recalcati complètera par la constance d’une « radicalité inflexible, une détermination décisive, une expression extrême de la force de volonté, une rare obstination inquiétante. »⁴, l’anorexique visant à gouverner par la discipline, la persévération et la volonté, son corps au caractère ingouvernable. Pourtant, bien qu’elles excellent sur le plan intellectuel, ces jeunes filles ont un accès problématique à la métaphore et à la symbolisation.

2.2.4.6.b Lien à l’Autre

Sur le plan narcissique, malgré une illusion de faculté d’adaptation et une apparente insertion sociale, on retrouve très fréquemment la présence d’une faible estime de soi avec un sentiment d’infériorité, conduisant à un désinvestissement social pouvant parfois s’étendre jusqu’à une phobie sociale. En effet, les relations amicales sont souvent surinvesties par un souhait de possessivité et d’exclusivité, conduisant à une déception quasi systématique à

¹ Corcos, M, – Abécédaire de l’anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

² Corcos, M, – L’anorexie mentale, Journal des psychologues, 2006, 234 : 58-62

³ Rousset, I, Kipman A, Ades P, Gorwood P – Personnalité, tempérament et anorexie mentale, Ann Méd Psychol, 2004, 162 : 180-88

⁴ Recalcati, M, – Séparation et refus : considérations sur le choix de l’anorexie, ERES, Psychanalyse, 2010/2, 18 : 5-17

l'origine d'une menace de son intégrité psychique : « Cet autre, hôte de la pulsionnalité réprimée, représente un envers de soi parfait et correspond à une partie de soi interdite. »¹ L'agressivité secondaire à la réactivation fantasmatique érotique adolescente serait refoulée sous le comportement anorectique.

Paradoxalement, l'anorexique va souvent souffrir d'une intolérance à la solitude, à l'origine d'un sentiment de dépendance à l'autre, qui s'exprime par l'établissement d'un faux-self révélé par une attitude ultra conformiste, un évitement du danger qui menacerait son contrôle sur elle-même et un manque d'initiative et de spontanéité.²

Les relations affectives sont alors réservées au cercle familial. Cette mise à distance de toute relation sociale masquerait un débordant désir de rencontrer l'Autre.

2.2.4.6.c Lien à la nourriture

Le comportement à la nourriture est profondément perturbé.

En effet, les conduites de surveillance, de méfiance, et les rites alimentaires sont nombreux, comme par exemple le tri des aliments, par lequel les patientes vont supprimer certains aliments qu'elles qualifient négativement. Cette mise à distance subjective viendrait en écho à celle de l'agressivité et du sexuel. À l'inverse, on remarque souvent une conservation d'aliments à connotation magique (les aliments blancs symboles de pureté, etc.).

Nous remarquons également une quête avec insistance de cuisiner pour les autres. Cette générosité inattendue interpelle : « Drôle de symptôme que celui de cette cuisinière maigre qui ne mange rien ! ».³

2.2.4.6.d L'hyperactivité défensive

L'hyperactivité s'étend sur tous les domaines : scolaire, social, physique, en signant une intolérance à la passivité qui pourrait faire perdre le sentiment de continuité de l'existence de

¹ Corcos, M, – L'anorexie mentale, Journal des psychologues, 2006, 234 : 58-62, In : Pingaud, A, – Anorexie mentale chez l'adolescente : réflexions sur le cadre thérapeutique sans contrat de poids, Mémoire, 2008, 84p

² Pingaud, A, – Anorexie mentale chez l'adolescente : réflexions sur le cadre thérapeutique sans contrat de poids, Mémoire, 2008, 84p

³ Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

Soi : « l'anorexique se rendant ainsi insaisissable par l'objet et par son monde interne, qui ne la laisse pas tranquille ».¹

L'hyperactivité physique se manifeste par un besoin d'être toujours en mouvement : l'anorexique va éviter de s'asseoir, de s'allonger, de se détendre, préférant une contraction musculaire permanente, y compris au « repos ».

L'hyperactivité sociale s'identifie par la multiplication d'activités dispersées, stériles, et peu cohérentes, entraînant une insertion sociale superficielle, menée par une recherche de conformisme.

Sur le plan intellectuel, l'activité psychique et la vie fantasmatique interpellent par leur pauvreté, leur stérilité, conduisant à un mode de « pensée opératoire » qui va dépasser toute réponse émotionnelle.

Sur le plan de la sexualité génitale, cette hyperactivité permanente du corps va venir remplacer tous fantasmes et activités masturbatoires. En effet, la sexualité est désinvestie car la perte de contrôle qu'elle suscite n'est pas source de satisfaction.

2.2.4.7 Facteurs déclencheurs

La puberté et l'adolescence sont des facteurs précipitants l'apparition de l'anorexie mentale. En effet, les transformations physiques et psychiques vont directement modifier la place du sujet dans sa famille et dans la société.

Nous retrouvons très souvent des événements de vie de séparation à l'origine du début des troubles (deuils, ruptures familiales, amicales ou sentimentales réelles, anticipées ou fantasmées).

Le suivi d'un régime alimentaire strict va parfois être un phénomène déclencheur d'un trouble alimentaire, en alimentant un cercle vicieux de récompense tant sur le plan biologique (diminution du niveau d'anxiété et de dépression par relargage de sérotonine) que psychologique (le contrôle du poids va procurer un sentiment de valorisation de soi par

¹ Corcos, M, Dupont M-E, – Approche psychanalytique de l'anorexie mentale – Nutrition clinique et métabolisme, 2008, In : Pingaud, A, – Anorexie mentale chez l'adolescente : réflexions sur le cadre thérapeutique sans contrat de poids, Mémoire, 2008, 84p

constat d'une maîtrise de sa vie et donc des relations avec autrui, en plus des commentaires positifs de l'entourage sur l'amaigrissement).

2.2.4.8 Facteurs de chronicisation

Les bénéfices retirés de la maladie elle-même orientent vers une chronicisation des troubles. D'abord, les bénéfices physiques : la jouissance liée au jeûne et le sentiment de toute-puissance provenant de la maîtrise du corps, les compliments faits par l'entourage concernant une perte de poids quand il existait un léger surpoids auparavant. Puis, les bénéfices attentionnels : une inquiétude de l'entourage (et particulièrement de la mère), le symptôme devenant lien entre l'anorexique et ses parents.

2.2.4.9 Complications médicales

L'une des complexités majeures de l'anorexie est la concomitance des troubles somatiques graves et des troubles psychiatriques, menaçant parfois sérieusement le pronostic vital. Les complications somatiques les plus inquiétantes sont les suivantes : bradycardie, hypotension artérielle, constipation majeure, atonie intestinale, hypothyroïdie périphérique, retard de croissance, ostéoporose.

2.2.4.10 Critères pronostiques

Dans l'anorexie mentale, il n'existe pas de critère pronostic absolu. Néanmoins, certains peuvent faire évoquer la gravité du trouble.

Vont plutôt être en faveur d'un bon pronostic un début des troubles contemporain des prémices de l'adolescence, faisant suite à un événement traumatisant, la présence d'une critique de son comportement, un soutien des parents, leur adhésion aux soins et leur capacité à reconnaître la maladie, ainsi que la nécessité d'une seule hospitalisation inférieure à trois mois.

À l'inverse, les critères de moins bon pronostic sont une anorexie prépubère ou tardive, d'évolution chronique (plus de quatre mois), un déni massif et persistant de la maladie avec des traits obsessionnels prédominants, un déni ou un rejet de la maladie par les parents, une

mise en échec des processus de séparation et la nécessité de plusieurs hospitalisations longues.¹

2.3 Les manifestations dépressives à l'adolescence

2.3.1 Histoire de la dépression et de la mélancolie

L'histoire de la dépression trouve son origine dans celle de la mélancolie. Celle-ci a d'abord une histoire antique, littéraire, philosophique, avant d'être médicale.

2.3.1.1 Hippocrate : théorie humorale

Au Vème siècle avant Jésus Christ apparaît la théorie humorale d'Hippocrate, base de la médecine antique. Il y définit la santé comme un équilibre entre quatre humeurs. La prédominance de l'une d'elles signe le caractère de l'individu, ou la maladie: rouge (le sang : caractère jovial, sanguin ou chaleureux), jaune (la bile jaune : le stress, la colère, la violence), noire (l'atrabile ou bile noire : la tristesse, l'anxiété, la mélancolie), phlegme (la pituite : lymphatique, rattachée au cerveau). Chaque humeur correspond aux quatre éléments (l'air, le feu, la terre, l'eau).

Ainsi, la *mélancolie*, « mélas » (noire) et « colie » (bile) est un liquide froid et sec et s'apparente à la terre. Elle renvoie à une altération de l'esprit comparable à la peur, la misanthropie, l'abattement profond jusqu'à la folie. La prédominance de cette humeur confère au mélancolique (ou l'atrabilaire) une disposition d'esprit sombre.

2.3.1.2 Aristote : « génie créateur »

¹ Alvin, P, (2001) – Anorexies et boulimie à l'adolescence, 4^{ème} édition, Doin, 2013, 232p

« Se mouvoir ainsi sur une étroite crête entre deux abîmes serait le propre de l'individu saturnien ou mélancolique, et l'élèverait au-dessus de la banalité. »¹

Aristote, répand la notion de tempérament mélancolique, qu'il différencie de la maladie mélancolique. Pour lui, le mélancolique serait un génie créateur, un être d'exception, celui qui peut s'élever aux plus hautes pensées, car c'est au bout de la désespérance que naît la lumière. Le mélancolique, incompris et insensé aux yeux du monde, présenterait un état se rapprochant de la folie, tout en étant à l'origine de grandes entreprises intellectuelles. Car le mélancolique est éminemment doué.

Dans la mythologie grecque, le héros maudit est solitaire et abandonné, tel Ajax ou Bellérophon, qui, après avoir tenté de chevaucher Pégase, le cheval ailé divin, pour combattre la Chimère (dans un accès maniaque ?), voulut s'élever vers le ciel. Alors que Bellérophon, devenu orgueilleux, s'approche de l'Olympe accompagné de Pégase, il fut soudain désarçonné quand ce dernier, piqué par un taon qui aurait été envoyé par Zeus, s'agite et s'enfuit. En effet, Zeus ne considérant pas le vaniteux Bellérophon comme un vrai dieu, il choisit de l'éloigner de la montagne sacrée. Néanmoins, Bellérophon survivra à sa chute et regagnera la terre des mortels. Il finira ses jours, solitaire et maudit des hommes, mais légendaire. Le mélancolique devient ici une figure héroïque.

2.3.1.3 Époque médiévale : coloration poétique

Dans la tradition littéraire post médiévale, le mélancolique prend une coloration poétique. « Artistes et poètes se nourrissaient de la contradiction métaphysique entre la fin et l'infini, le temps et l'éternité ». ²

2.3.1.4 *Melencolia I* de Dürer

Depuis sa réalisation en 1514, la gravure *Melencolia I* d'Albrecht Dürer ne cesse de nous interroger. Son analyse a donné lieu à de multiples interprétations souvent contradictoires, ne permettant pas d'en saisir une acception globale.

¹ Balsan, G, – Temps et mélancolie, Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

²*ibid*

La figure de la mélancolie est ici illustrée par la tête, penchée, appuyée sur le poing, comme si le sujet continuait sa quête de protection. À la Renaissance, l'homme devient sujet à part entière, sujet pensant, qui comprend avec effroi qu'il va être maître de son destin et non plus uniquement soumis aux décisions divines. Ni l'ordre des choses, ni l'ordre du ciel ne contiennent de réponses toutes faites. Il y a là un retour sur le sujet qui voit s'ouvrir devant lui un monde de possibilités dont il devient le centre. À l'image de la femme ailée de la gravure, la mélancolie incarne, par un retour sur soi, les limites de son savoir. L'homme va devoir parvenir à reconnaître ces limites, avec le risque qu'il s'isole dans un sentiment d'impuissance. La *Melencolia I* vient exprimer la coupure douloureuse d'avec le monde.

2.3.1.5 Romantisme

Pour les romantiques, le mélancolique est celui qui a un penchant pour la rêverie grave, la méditation solitaire, la tristesse sans cause définie avec une certaine complaisance, une certaine douceur. Le mélancolique romantique est tiraillé entre deux extrêmes : l'affirmation de soi, et le doute de soi qui l'entraîne dans le désespoir. De cette polarité naît le génie moderne, sous le signe de Saturne.

2.3.1.6 Pinel : délire mono idéique

Au XIX^{ème} siècle, Pinel introduit la dimension d'une « folie partielle » définie par un monoïdéisme spécifique du mélancolique. Ce que complète Esquirol lorsqu'il explique que toute l'attention du mélancolique est orientée vers un objet précis duquel il ne peut détourner son attention.

2.3.1.7 Psychose maniaco-dépressive

« D'un côté, le bondissement maniaque, totalement détaché du sol de l'expérience. De l'autre, l'enlisement mélancolique, l'engloutissement au plus profond. Légèreté et pesanteur, clarté et assombrissement, haut et bas : thèmes contraires venant marquer l'antagonisme de la manie et de la mélancolie. »¹

¹ Besse, P, – Caractéristique phénoménologique du délire mélancolique, 1992

L'étymologie du mot *tragédie* illustre bien la complémentarité de la manie et de la mélancolie. *Tragos* signifiant le bouc, et *Ode* signifiant le chant en grec, la tragédie apparaît comme « le chant du bouc ». Dionysos (Bacchus), considéré comme le père de la tragédie et le dieu à la fois le plus doux et le plus sauvage, est souvent incarné par un bouc. Il entraîne, au cours de ses Dionysies, le chœur déchaîné de ses accompagnatrices, les ménades (les bacchantes) où sont joués des dithyrambes. Ces hymnes religieux scandés d'une façon singulière, sont dissonants, et provoquent la surprise et parfois l'effroi, mettant à la fois en scène les joies des fêtes et les destins funestes des héros mélancoliques tel Œdipe. Ce chant est à l'opposé de celui d'Apollon, qui célèbre l'art lyrique et l'harmonie.

Au XIX^{ème} siècle, Kraepelin parle de psychose maniaco-dépressive, comme « folie circulaire » où manie et mélancolie se rejoignent.

2.3.1.8 Freud

La conception de la mélancolie reste réservée plutôt à la philosophie et la psychanalyse.

Freud innove en brisant le dualisme entre affectif et intellectuel, les liant par la pulsion à travers sa conception de la théorie des pulsions, fondement de la psychanalyse, que nous allons détailler un peu plus tard dans notre travail.

Enfin, l'historique de la mélancolie montre bien le souci classificatoire avec la recherche d'une sériation à l'infini.

2.3.2 Épidémiologie

Les taux de prévalence et d'incidence de la dépression à l'adolescence varient de manière importante en fonction de l'approche clinique choisie (nosographique ou psycho dynamique).

La dépression unipolaire est définie par l'OMS (2013) comme la première cause de jour de vie perdue à l'adolescence. L'épisode dépressif majeur (ou caractérisé) est brutalement majoré au moment de la puberté, avec un taux élevé entre 4 et 5% à la fin de l'adolescence,

jusqu'à atteindre une prévalence vie-entière à 15-20% à 19 ans, comparable à celle retrouvée chez l'adulte¹.

La morbi-mortalité vie-entière augmente significativement chez les grands adolescents, majorant le risque suicidaire, si la dépression est associée à des symptômes anxio-dépressifs (surtout chez la fille) ou une impulsivité avec abus de substances (surtout chez le garçon)².

2.3.3 Nosographie

2.3.3.1 Approche nosographique

L'approche nosographique a complété l'approche psychodynamique qui avait eu tendance à proposer une définition trop élargie de la dépression, en considérant celle-ci à chaque échec du travail de deuil. Elle a ainsi précisé par des critères positifs exclusifs statistiquement validés, une fiabilité du diagnostic de dépression à l'adolescence. Cependant, elle présente plusieurs limites, comme celle de mal intégrer la variabilité développementale liée à l'adolescence. De plus, elle ne permet pas d'identifier les liens entre les comorbidités et différencie mal le normal du pathologique.

2.3.3.2 Sub-dépression

L'approche nosographique définit tous les symptômes dépressifs « légers » dans le registre de la sub-dépression, empruntant ainsi une logique dimensionnelle. On retrouve l'asthénie, les difficultés d'endormissement, les envies de pleurer, l'ennui, le cafard. Cela affirme donc une continuité entre ces symptômes et ceux appartenant à l'épisode dépressif majeur, sans pouvoir écarter clairement ce qui appartient à la normalité et au pathologique.

2.3.3.3 Épisode Dépressif Majeur (EDM)

¹ Thapar, A, Collishaw, S, Pine D-S, – Depression in adolescence, *Lancet*, 2012/379 : 1056-67

² Tandonnet, L, Marcelli, D, – *Manifestations dépressives et troubles de l'humeur à l'adolescence*. In : Duverger, P, et al. – *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent*, Médecine Sciences Publications, 2017, 190-200

Le diagnostic d'EDM est défini pour tous les âges sur un plan catégoriel par le DSM-5¹ par l'association de plusieurs facteurs :

- endogènes (perte de l'élan vital et des conduites instinctuelles, tristesse de l'humeur, etc)
- cognitifs (cognitions négatives, ruminations morbides, idées noires et suicidaires)
- d'intensité (plus de 2 semaines, étalement sur la journée, souffrance cliniquement constatée)
- d'exclusion (pas de substance psychoactive, pas d'autre affection médicale, pas de trouble schizo-affectif, pas d'antécédent hypomaniaque ou maniaque).

Il précise trois critères utiles au pronostic et à la prise en charge :

- l'intensité : léger, modéré, sévère
- les spécifications : mélancoliques, avec caractéristiques psychotiques, avec détresse anxieuse, avec début dans le péripartum, atypique
- la symptomatologie suicidaire.

2.3.3.4 Dépression mélancolique et psychotique

Le terme de « mélancolie » diverge par sa définition suivant qu'on utilise l'approche nosographique ou psychodynamique, et devient ainsi source de confusion. Dans la première, la mélancolie renvoie à la forme sévère d'EDM, alors que dans la seconde, elle oriente plutôt vers un fonctionnement psychotique. En effet, dans l'approche psychodynamique, la mélancolie suggère l'insuffisance du refoulement des pulsions agressives face à des fantasmes de perte, entraînant ainsi une confusion entre le Moi et l'objet, ce que l'on retrouve dans les fonctionnements limites ou psychotiques.

2.3.4 Approche psychodynamique

2.3.4.1 Dépressivité et menace dépressive

L'approche psychodynamique a introduit la dépressivité, comme « capacité dépressive » pour l'adolescent à entamer le travail de deuil secondaire à l'adolescence. Elle est différenciée de la dépression qui traduirait l'échec de cette élaboration. La tristesse et le chagrin qui appartiennent à cette dépressivité sont réactionnels à un sentiment de perte.²

¹ American Psychiatric Association, trad. Crocq, M-A, Guelfi, J-D, – DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, 2015

²Tandonnet, L, Marcelli, D, – *Manifestations dépressives et troubles de l'humeur à l'adolescence*. In : Duverger, P, et al. – *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent*, Médecine Sciences Publications, 2017, 190-200

Le syndrome de menace dépressive, introduit par Alain Braconnier, se définit par une peur intense pour l'adolescent d'être submergé par ses affects anxieux et dépressifs, suite à la prise de conscience du mouvement adolescent qui implique une séparation de ses figures parentales.

2.3.4.2 Autres types de dépression

Nous n'allons qu'évoquer les autres types de dépression décrites par l'approche psychodynamique : la dépression par perte d'estime de soi (ou dépression d'infériorité), les dépressions narcissiques (dont la dépression d'abandon), les dépressions anaclitiques¹.

2.3.5 Facteurs de risque²

Les évènements de vie familiale représentent des facteurs de risque majeurs de déclencher un épisode dépressif chez l'adolescent : des conflits conjugaux, une séparation des parents, une maladie grave, des violences familiales, un décès, des difficultés financières ou professionnelles des parents en sont des exemples. Néanmoins, quand il est de bonne qualité, l'environnement familial confère un rôle protecteur à l'adolescent déprimé.

On retrouve aussi des facteurs de risque individuels : antécédents de dépression, de tentatives de suicide, ou d'autres troubles psychiatriques.

Ainsi que des facteurs constitutionnels : sexe féminin, faible poids de naissance, souffrance néonatale.

2.3.6 L'épisode dépressif de l'adolescent

2.3.6.1 Particularités de la plainte

La dépression de l'adolescent expose souvent à un retard de diagnostic car elle présente des symptômes atypiques où prédominent l'agressivité, les conduites transgressives, les prises de

¹Marcelli, D, Braconnier, A, – Adolescence et psychopathologie, 8^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013, 669p

² Rey, J-M, Bella-Awusah, T, Jing, L, (2012) – Depression in children and adolescent, In : Marcelli, D, Braconnier, A, – Adolescence et psychopathologie, 8^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013, 669p

risque avec des attitudes de défi, les douleurs, les troubles du comportement alimentaire, la phobie scolaire. Tout ce qui traduit une cassure brutale avec l'état antérieur, doit faire évoquer une dépression.

Pour reprendre Widlöcher¹, il semble se dégager trois points cliniques fondamentaux dans la dépression de l'adolescent :

- la dépendance affective (fréquente s'il existe des antécédents de séparations, à l'origine de discontinuité dans l'économie psychique de l'adolescent), constitutive d'un vécu abandonnique
- la surestimation narcissique de l'idéal du Moi, renforçant un sentiment d'auto-dévalorisation et d'insuffisance chez l'adolescent
- la contrainte sadomasochiste, à travers laquelle ce qui est le plus investi (les figures parentales) est paradoxalement ce qui est le plus attaqué par l'adolescent, faisant régner un sentiment de haine envers soi et l'objet d'amour.

2.3.6.2 Troubles internalisés

On distingue les troubles internalisés émotionnels des troubles internalisés cognitifs. Les premiers sont définis par une humeur irritable plutôt que triste, que l'adolescent exprime par de violents accès de colère ou par une hostilité inhabituelle, suscitant chez l'Autre des contre-attitudes de rejet du fait de l'incapacité de verbalisation de l'adolescent. S'y ajoute une anhédonie partielle manifestée par un isolement social bien que l'adolescent continue à se remobiliser positivement sur un plan social².

Les troubles internalisés cognitifs se traduisent par des troubles de la concentration, une perte de confiance en soi (« je ne suis pas capable »), un pessimisme de l'avenir, et l'apparition d'un sentiment de culpabilité, d'humiliation et de trahison. Ces symptômes sont liés dans 90% des cas à l'humeur dépressive, contrairement à l'adulte où elles sont indépendantes. Les idées suicidaires (68%) et les tentatives de suicide (39%) sont plus fréquentes à l'adolescence que chez l'adulte (63% et 15% respectivement). Les hallucinations acoustico-verbales sont plus faibles chez l'adolescent (22%) que chez l'enfant (31%)³.

2.3.6.3 Troubles externalisés

Les troubles internalisés vont entraîner des difficultés pour l'adolescent à interagir avec son environnement. On remarque très souvent un décrochage scolaire et un absentéisme ou un désintérêt pour les activités jusque là investies. Il insiste sur son sentiment de différence par

¹ Widlöcher, D, – Séminaire de l'Hôpital de la Salpêtrière, 1979

² Inserm, – Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective, Les Editions Inserm, 2002, 878p

³ *ibid*

rapport aux autres, qui l'empêche de communiquer avec eux. Son lien à l'Autre va devenir pathologique par deux types d'attitudes possibles : le retrait ou l'accrochage qui traduisent toutes deux une lutte antidépressive¹.

2.3.6.4 Autres troubles

Les plaintes somatiques (céphalées, malaises, douleurs, maux de ventre) sont souvent au premier plan (77% chez l'adolescent vs 27% chez l'adulte), surtout chez les filles, masquant davantage le tableau dépressif classique. Les symptômes instinctuels sont par contre très variables : insomnie (64%)/ hypersomnie (60%), anorexie (48%)/ hyperphagie (34%), ralentissement psychomoteur (48%)/ agitation (70%).²

2.3.7 Comorbidités

L'épisode dépressif chez l'adolescent est très souvent accompagné de comorbidités. On retrouve par ordre de fréquence : les troubles anxieux (30-70%), les troubles de personnalité borderline (31%) et passif-agressif (22%), les troubles du comportement alimentaire (15%).

La consommation de substances serait multipliée par deux pour le tabac, par trois pour l'alcool, par quatre pour le cannabis, et par dix pour les autres stupéfiants³.

2.3.8 Diagnostics différentiels

2.3.8.1 Troubles bipolaires

Les troubles bipolaires sont probablement beaucoup plus fréquents chez l'adolescent qu'on ne le pensait auparavant. Ils débutent dans 20 à 30% des cas avant 20 ans, avec une polarité

¹ Révah-Lévy, A – Évaluation de la dépression chez l'adolescent ; de la clinique à la psychométrie. Thèse de psychologie, Université Paris XIII, 2005

² Inserm, – Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective, Les Editions Inserm, 2002, 878p

³ Tandonnet, L, Bridier, F, Nouyrigat, E et al., – Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Argumentaire scientifique, HAS, 2014

dépressive prédominante dans 20% des cas¹. Néanmoins, la dépression bipolaire ainsi que l'épisode maniaque ou hypomaniaque présenteraient davantage de traits mixtes et délirants chez l'adolescent², nécessitant un suivi prolongé pour parfaire le diagnostic.

2.3.8.2 Dysrégulation émotionnelle

Ce trouble se manifeste par une irritabilité majeure à l'origine de crises de colères excessives en intensité et durée, et inadaptées.

2.3.8.3 Trouble dysphorique prémenstruel

Le syndrome prémenstruel est défini par la présence de symptômes dépressifs au cours de la plupart des cycles menstruels, une semaine avant le début des règles, les symptômes s'améliorant à mesure que l'on s'éloigne des règles.

2.3.9 Évolution

Le risque évolutif est caractérisé par trois points : la chronicité du trouble, l'évolution vers un trouble bipolaire et le risque suicidaire.

Concernant la chronicité du trouble, on estime que 21 à 41% des adolescents sont encore déprimés un an après le début des symptômes, 50% à 5 ans. Le risque d'évoluer vers un trouble bipolaire concerne 5 à 20% des cas à un an. Les adolescents déprimés s'exposent à un risque suicidaire élevé : 85% d'entre eux auront des idées suicidaires, 32% réaliseront une tentative de suicide et 3 à 4% d'entre eux mourront par suicide dans les dix années qui suivent.³

¹ Gramond, A, Consoli, A, Maury, M, – Les thymorégulateurs chez l'enfant et l'adolescent, *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, 2012/60 : 5-11

² Dilet, R-S, Birmaher, B, (2012) – Bipolar disorder in children and adolescents. In : Marcelli, D, Braconnier, A, – *Adolescence et psychopathologie*, 8^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013, 669p

³ Marcelli, D, Braconnier, A, – *Adolescence et psychopathologie : le problème de la dépression*, Elsevier Masson, 2008

3 Les liens psychopathologiques entre mélancolie et anorexie

3.1 Le deuil, la perte :

3.1.1 La position dépressive

3.1.1.1 Ambivalence insupportable

La position dépressive, introduite par Melanie Klein en 1934, est au fondement du développement de l'enfant.

Pour rappel, l'objet primaire (le sein de la mère) est l'objet pulsionnel, scindé en bons objets (ce qui remplit, qui nourrit, c'est l'objet d'amour qui fait naître un désir d'amour, qui garantit la sécurité, mais qui peut aussi être source de menace par la peur de sa perte) et mauvais objets (ce qui manque, qui menace, à l'origine d'une agressivité chez le nourrisson qui se sent à la fois frustré et menacé par la peur d'être dévoré). Lorsque le bébé, déçu d'avoir été leurré du bon et du mauvais objet, réalise que ces deux objets n'en sont finalement qu'un, il s'installe dans une *position dépressive* (ensuite reprise sous le nom de *dépressivité*) qui le renvoie au chaos interne caractérisé par l'apparition d'une nostalgie de l'objet-aimé (car on ne souffre de nostalgie que si on a connu la perte) et d'un sentiment de persécution interne. La position dépressive permet au Moi d'intégrer la perte de l'objet d'amour, « l'objet dont on pleure la perte. »¹ Le propre de l'être humain, c'est d'accepter cette ambivalence en parvenant à la dépasser par le deuil de sa vie fantasmatique, de l'objet aimé, en aimant plus encore ce dernier et en le restaurant, en l'installant en soi. *Le penseur* de Rodin, existerait-il sans la nostalgie de l'objet perdu ?

Supporter la coexistence des figures aimées et haïes, parvenir à supporter la haine ressentie envers l'objet d'amour, c'est avoir la capacité de soutenir le conflit, et parvenir à débiter un processus de réparation, nécessaire au bébé pour s'ouvrir sur un monde plus riche et réaliste. Selon Melanie Klein, chaque nouvelle perte va raviver la position dépressive infantile et son existence signera une bonne santé psychique chez l'enfant. À l'inverse, son évitement pourra être à l'origine de symptômes anxieux et dépressifs lorsque le sujet sera à nouveau confronté à des situations de perte.

¹Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

Alors que le mélancolique s'essaye en vain au conflit, l'anorexique est l'héritière d'une aconflictualité familiale. En effet, bien qu'il le souhaite, le premier est incapable de se séparer d'une part de la réalité ; tandis que la seconde va continuer à s'accrocher autant qu'elle le peut à cet évitement du conflit (seule la nourriture semble marquer le conflit avec son entourage), car conflictualiser, c'est s'individualiser, et ainsi parvenir à se différencier de l'Autre sans avoir peur de le perdre.

3.1.1.2 Dépression comme échec de la position dépressive

Parfois, ce travail de deuil de l'immortalité des objets d'amour et donc de soi, est trop difficile à faire. L'adolescent peut donc s'installer dans un mouvement régressif, initiant le travail de *renoncement*, qui témoigne non pas de la perte mais du refus du sentiment de perte. Ce travail de renoncement vient en « défense contre la dépression par un rejet agressif de la réalité blessante et par le recours défensif à des fantasmes archaïques de contrôle omnipotent de l'objet. »¹ Il va permettre à l'adolescent de se protéger d'un désespoir qu'il pense insupportable.

D'autres aménagements défensifs peuvent découler de l'échec de la position dépressive, toujours dans la quête de sa réparation : maniaques, paranoïaques, obsessionnels, etc. Le suicide peut aussi être compris comme une solution pour se débarrasser de ses mauvais objets internes et externes, en brisant la relation au monde extérieur.

Pour Jeammet et Corcos, la dépression est définie par l'échec de l'élaboration de cette menace dépressive. Les symptômes peuvent alors se confondre. L'intérêt réside dans la fonction de l'épisode dépressif dans l'économie psychique de l'adolescent : la dépression aurait valeur de substitution objectale. L'adolescent peut se cramponner alors à ce nouvel objet dépressif, le travail du thérapeute consistant à le détourner de cet objet.

3.1.2 Deuil identitaire de l'anorexique

3.1.2.1 Évolution identificatoire

¹Jeammet, P, Corcos, M, – Évolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements, Doin, 2010, 140p

3.1.2.1.a La famille « psychosomatique »

Le thérapeute familial Salvador Minuchin a décrit des caractéristiques communes appartenant aux familles des patientes anorexiques. Il constate dans ces familles « psychosomatiques »¹ la fréquence d'un enchevêtrement des rôles familiaux par des frontières intergénérationnelles souvent mal définies, d'une surprotection, d'une rigidité des modèles relationnels et surtout d'un grand évitement des conflits.² Ce dernier apparaît pour chaque membre de la famille comme protection d'un possible débordement émotionnel qui le menacerait d'une différenciation et donc d'une autonomisation par rapport aux autres.

C'est ainsi, qu'au premier regard, l'image soigneusement renvoyée par ces familles est celle d'une famille unie, irréprochable, sans tension apparente. Peu à peu se révèle une pauvreté des échanges qui apparaissent vides d'affect. Le caractère lisse des discussions au sein des membres de la famille et de ce que peut raconter la fille anorexique, renvoie de façon spéculaire à une anxiété de la différence. Cette dernière, réel symptôme de l'organisation familiale, traduit un lien de dépendance très étroit entre la fille anorexique et ses parents, et interroge sur la place attendue de l'enfant par le couple parental. Très souvent, le rôle parental est venu totalement remplacer la vie conjugale, l'enfant détournant ainsi l'attention du couple qui cherche à travers lui la reconquête d'une intimité perdue. Ces enfants ont souvent la lourde responsabilité de restaurer leurs parents sur un plan narcissique et antidépressif, ce que Jeammet expliquera : « Ce lien d'agrippement à l'un des parents, (...) est d'autant plus aliénant qu'il est exclusif, totalitaire, et rendu nécessaire et même contraignant car fondé sur le manque de fiabilité, l'ambivalence des sentiments et le fait que l'enfant est investi en fonction des besoins du parent d'y trouver un complément narcissique. »³

Tout ce qui différencie l'enfant de ses parents narcissiquement fragiles va menacer de réveiller chez ces derniers leurs propres vécus d'abandon et de rejet, révélant « le spectre des figures ambivalentes, sinon détestées »⁴, de leur enfance.

C'est pourquoi la séparation proposée lors des hospitalisations est un excellent instrument de liberté, et non une contrainte, car il permet enfin à ces adolescentes de sortir de cette relation d'agrippement mutuel.

¹ Minuchin, S, Rosman, B, Baker, L, – Psychosomatic Families, Anorexia nervosa in context, Harvard University Press, 1978, 351p

² Pingaud, A, – Anorexie mentale chez l'adolescente : réflexions sur le cadre thérapeutique sans contrat de poids, Mémoire, 2008, 84p

³ Jeammet, P, – Le passage à l'acte, L'Esprit du temps, 2005/2 n°16 : 57-63

⁴ *ibid*

3.1.2.1.b Lien à la mère

« L'impossible sevrage du lien mère-fille aboutit à une tentative « *d'épuiser la jouissance maternelle* » – en s'affamant et en se vidant elle-même pour que cette mère insatiable n'ait plus rien à se mettre sous la dent – pour enfin réussir à sevrer cette mère fantasmée. »¹

Plusieurs auteurs ont insisté sur l'association, au cours du développement de l'enfant, d'une surprotection et d'une emprise d'un côté, et de carences affectives de la mère d'un autre côté, du fait de préoccupations narcissiques maternelles (dépression, deuil), entravant le processus de séparation individuation normalement déclenché à l'adolescence. Cette concomitance paradoxale va majorer le phénomène de dépendance entre la mère et l'enfant. Il faudrait alors pour ce dernier la présence permanente de celle-ci pour se sentir en sécurité. À l'inverse, toute séparation engendrerait des angoisses archaïques d'abandon.

Souvent, les mères ont tendance à avoir une image négative d'elles-mêmes, elles se mésestiment. Lorsqu'on s'aventure dans leur histoire de vie, on peut retrouver un malmenage dans leur famille d'origine, de la maltraitance, de la négligence, se traduisant par une friabilité narcissique. Elles vont alors nouer avec leur fille une relation de mère parfaite, cherchant à remplir tous les besoins de celle-ci. Le décès d'un de leurs parents coïncide parfois avec l'apparition des troubles alimentaires de leur fille, le travail de deuil devenant très difficile pour ces mères du fait d'un attachement psychologique fort au parent perdu.

Le conflit principal de l'adolescente anorexique résiderait dans le désir inconscient de rétablissement de la dyade symbiotique mère-enfant au stade d'indifférenciation primitive. C'est pourquoi, dans l'enfance, on caractérise souvent la jeune fille anorexique comme une enfant « image », se repliant vers une attitude de mimétisme par rapport aux codes maternels. Peu à peu, mère et fille se retrouvent enfermées dans un sentiment de dépendance, par la persistance de cette indifférenciation. Aucune des deux n'a de ressource interne suffisante pour sortir de cette impasse. L'adolescente peut alors tendre à figurer aconflictuellement dans la chaîne générationnelle. « Les liens de filiation proposés lui interdisant de se construire en s'en écartant, elle les refuse, les dénie ou les imite en faux self (sur le faux self maternel), sans s'y confronter mais aussi sans s'en nourrir véritablement. »² Car toute rivalité avec la mère risquerait l'abandon par celle-ci, tant redouté par l'anorexique.

L'agir maternel, en réponse à une angoisse et donc de nature plutôt inconsciente consiste pour la mère à la recherche de l'attachement de son enfant, devenu son complément narcissique. Le

¹ Givre, P, – Conséquences psychiques induites par « l'effet-mère », GREUPP « Adolescence », 2014/3 T.32 n°3 : 641-55

²Corcos, M, – Approche psychosomatique des comportements boulimiques, In : Passelecq, A et al – Anorexie et boulimie : une clinique de l'extrême, De Boeck, 2006, 163p

gavage de la mère (qui se remplit dans un même temps par l'enfant), prive l'enfant de ressentir sa propre faim, son propre désir, en lui imposant le sien. Se déplace alors sur l'enfant une insatisfaction personnelle de la mère. L'anorexie vient s'installer dans ce refus du désir imposé, ce refus de l'inceste, qui l'empêcherait de se séparer. L'anorexique, en se recroquevillant sur elle-même dans cette « révolte silencieuse »¹ comme pour traverser ce qui la menacerait et chercher à atteindre ce qui resterait d'elle-même d'avant, ne pressent-elle pas (dans une croyance para délirante ?) une union dans un corps pour deux, menaçante, qui la pousse à « s'évader de l'intérieur en creusant un tunnel *en elle* ? »²

3.1.2.1.c Lien au père : structuration œdipienne

« Pères suffisamment repérables pour ne pas évoquer une forclusion du Nom du père, mais pères à ellipse, pères qui s'éclipsent. »³

Pour Blos, le père précœdipien occupe une place importante, car il va aider l'enfant à sortir de la dyade mère-bébé. Les pères d'anorexiques, souvent décrits par leur fille comme pères « nounours » car maternels, s'écartent de leur fonction symbolique de séparateur. Ils participent ainsi directement à rendre plus imposante encore l'imgo maternelle, la fille n'étant donc pas non séparée de sa mère, mais mal séparée de celle-ci.

Ces pères, à leur insu, amplifient les éléments déjà problématiques de la relation mère-fille (dépendance et indifférenciation). Bien qu'ils aient une apparence plutôt sévère et rigide, ils ont une difficulté à exercer leur rôle de chef de famille, se repliant souvent derrière leur épouse. Ils se tiennent même souvent physiquement éloignés, à une distance respectueuse, de la dyade mère-fille. Ces pères ne permettent pas de voie de dégagement ; au contraire, ils surenchérisent souvent une excitation déjà existante pour l'anorexique, et dont laquelle elle essaie de se dépêtrer.

Par ailleurs, il règne entre ces pères et leurs filles un climat de séduction parfois intense, ceux-ci pouvant exprimer une extrême fascination pour elles, pouvant aller jusqu'au fanatisme : « Mon héroïne, ma drogue à moi, c'est ma fille. C'est elle qui m'aidera à vaincre. À mon tour,

¹Corcos, M, – L'anorexie mentale, Journal des psychologues, 2006, 234 : 58-62

²Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

³Dassonville, M, – Clinique des familles et familles dans la clinique, In : Passelecq, A et al – Anorexie et boulimie : une clinique de l'extrême, De Boeck, 2006, 163p

je la ferai gagner. Et tous les deux ensuite nous monterons au ciel. »¹ Pour ces pères aussi, la fille anorexique peut incarner un complément narcissique.

Néanmoins, pour Corcos, « le rapproché avec le père fortement incestueux à l'adolescence n'est plus dangereux, l'extrême maigreur effaçant l'ambiguïté des relations père-fille et la régression intense ainsi provoquée permet de retrouver la relation fusionnelle mère-fille »².

La fragilité des imagos parentales ne permet pas l'édification par identification d'un Moi solide et structuré, contraignant ainsi les remaniements propres à l'adolescence dans la réactualisation œdipienne.

3.1.2.2 Évolution identitaire : l'image du corps

L'expérience de perte du corps de l'enfance est à l'origine d'une angoisse de grossir. En effet, prendre du poids est vécu pour l'anorexique comme une expérience de perte de soi, jusqu'à parfois conduire à une sensation délirante de dépersonnalisation que l'on retrouve dans la dysmorphophobie. « Ce corps gros ne m'appartient pas, il m'est extérieur et devient ainsi étranger à moi-même » pense l'anorexique. Son corps propre est basculé, catapulté vers l'extérieur, se détachant d'elle et se perdant ainsi en tant que corps. Ce défaut d'appropriation du corps propre traduit chez l'anorexique la fragilité du sentiment d'autonomie corporelle et psychique et d'identité de soi. Bruch considère que ce manque identitaire est la conséquence directe d'une réponse alimentaire maternelle systématique à toute demande du bébé : « cette violence d'interprétation des besoins et désirs de l'enfant pourrait engendrer la constitution défensive d'un faux-self, avec clivage du self conférant au corps propre un statut d'extériorité et d'objet partiel de la mère qui en prive le sujet. »³ Il semble que par la suite, le Moi de l'anorexique s'efforce à se construire contre ce corps pulsionnel et indomptable, combattant les désirs et besoins de celui-ci.

Recalcati⁴ a retracé un échange avec une patiente anorexique psychotique. Elle lui expliquait que l'os était l'âme du corps, constituant ainsi un repère vital, comme la partie la plus permanente d'elle-même. L'incorruptibilité de l'os la préservant d'un mouvement désorganisateur du corps, il permettait d'humaniser sa chair, sans avoir recours à l'Autre. Alors que l'image que nous renvoie l'anorexique est celle d'un corps décomposé, vidé de sa

¹Patrick Poivre D'Arvor, 1993

²Corcos, M, – L'anorexie mentale, Journal des psychologues, 2006, 234 : 58-62

³Pingaud, A, – Anorexie mentale chez l'adolescente : réflexions sur le cadre thérapeutique sans contrat de poids, Mémoire, 2008, 84p

⁴Recalcati, M, – L'anorexie comme suicide différé, ERES, « La clinique lacanienne », 2011/2, 20 : 59-74

vitalité, l'anorexique psychotique (mélancolique) y voit une consistance pacifique de son image squelettique. L'os lui permet de s'unifier à elle-même, et de se préserver du vacillement du monde qui l'entoure. L'anorexie est sculpture de soi.

Corcos fait le parallèle entre l'anorexique et l'artiste contemporain qui propose une performance à son public. C'est en se montrant, en s'exposant à l'Autre, monstrueuse, que l'anorexique croit rencontrer l'« être ».

3.1.2.3 Refus du féminin et du maternel

« Je deviens ce que je joue » (anorexique) à force de ne pas savoir ce que je suis (l'être et la femme)... le symptôme me procure une identité de compensation (sexuée, familiale et sociale). »¹

3.1.2.3.a Choix de l'anorexique

L'identité anorexique va donc passer par le refus de la métamorphose corporelle imposée par l'adolescence, en constituant d'autres modifications corporelles dont elle est cette fois décisionnaire. Ce « choix pour le refus »² révèle un désir illusoire de maîtrise pour l'anorexique : « Jamais plus esclave de ce que je ne maîtrise pas ! Enfin libre des chaînes du corps pulsionnel ! Enfin séparé à jamais de la demande de l'Autre ! Jamais plus objet de la jouissance de l'Autre ! »³

Pourquoi ce radicalisme ? Pour la simple raison qu'alors que le plaisir appartient aux autres (à maman, à papa, aux soignants, aux professeurs, etc) et qu'il est alors indifférencié de soi, le refus, lui, appartient à elle seule. Il échappe au regard de l'Autre, en l'aidant à sortir de cette position aliénante d'impuissance. En effet, les limites avec l'Autre n'étant pas nettes, elles plongent l'anorexique dans une confusion identitaire avec la sensation désagréable d'avoir été « aspiré, englouti, absorbé dans sa réduction à l'objet passif de la jouissance de l'Autre »⁴, qu'elle se doit de rétablir seule, ce à quoi va répondre le symptôme anorectique. Se séparer de l'Autre étouffant, abusant, en devenant intouchable, irregardable.

¹ Corcos, M, – Approche psychosomatique des comportements boulimiques, In : Passelecq, A et al – Anorexie et boulimie : une clinique de l'extrême, De Boeck, 2006, 163p

²Recalcati, M, – Séparation et refus : considérations sur le choix de l'anorexie, ERES, Psychanalyse, 2010/2, 18 : 5-17

³*ibid*

⁴*ibid*

De plus, le refus peut se situer dans une invocation du signe d'amour de ses parents... oscillant ainsi vers une stratégie perverse, fréquente chez l'anorexique. En provoquant l'angoisse chez l'Autre, en le faisant tomber dans le désespoir, je m'assure de son amour pour moi.

3.1.2.3.b Refus du devenir femme

Le combat central de l'anorexique réside dans la cristallisation des fantasmes infantiles, et ainsi dans la négation de la génitalité, la jeune fille refusant son corps de femme. La sexualisation du corps est réprimée par le gommage des caractères sexuels secondaires qui pourraient signer l'émergence d'une forme féminine et donc confirmer une menace narcissique. L'anorexique se doit d'éteindre ce corps qui sexualise. Corcos exprime même que « c'est dans ce refus agi que l'anorexique pose précisément sa virilité »¹. Car, en regard de son impossible confrontation à la passivité imposée par l'éclosion pubertaire, l'anorexique s'inscrit, par une affirmation de soi active, dans une dynamique plutôt phallique.

Comme nous l'avons déjà décrit, l'adolescence exige une certaine soumission corporelle, notamment avec l'apparition des premières règles. En effet, les règles impliquent pour l'adolescente de supporter la passivité, l'absence de contrôle de son propre corps. Car l'arrivée des règles, c'est l'angoisse d'une altérité naissante, provoquée par la simple vue du sang qui peut rappeler à l'adolescente « l'idée d'être déchirée et blessée intérieurement »². Le sang rappelle aussi celui de la jeune fille après la première union charnelle, marque de la « petite mort » de la vierge quand l'adolescente devient femme ? Car le sang traduit une maturité des organes génitaux, renvoyant à un fantasme de grossesse, et donc de maternité... et donc de rivalité avec la mère, ce qui va majorer une tendance autodestructrice et un sentiment de culpabilité... le complexe d'Œdipe est à nouveau réveillé³ : « C'est l'impossible mise en scène de la rivalité avec la mère mais surtout la conviction d'avoir séduit le père qui dominerait fantasmatiquement, engageant un châtement assuré par l'accusée elle-même. »⁴

L'apparition de l'aménorrhée secondaire signe la majoration des troubles psychiques et physiques chez l'anorexique et peut persister plusieurs mois après la reprise de poids, en

¹ Corcos, M, – Approche psychosomatique des comportements boulimiques, In : Passelecq, A et al – Anorexie et boulimie : une clinique de l'extrême, De Boeck, 2006, 163p

² Givre, P, – Conséquences psychiques induites par « l'effet-mère », GREUPP « Adolescence », 2014/3 T.32 n°3 : 641-55

³ Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

⁴ Vibert, S, Chabert, C, – Anorexie mentale : une traversée mélancolique de l'adolescence ? Etude clinique et projective des processus identificatoires dans les troubles des conduites alimentaires, Presses Universitaires de France « La psychiatrie de l'enfant », 2009/2 vol. 52 : 339-72

témoignant de la probable persistance de conflits internes. L'aménorrhée signe la quête du maintien de l'enfance, de la résistance à devenir femme. Viserait-elle à stopper un risque d'hémorragie narcissique ? Par ailleurs, le symptôme aménorrhée est ambivalent puisqu'il renvoie à la femme enceinte (et donc au fantasme de la maternité !).

Le refus anorexique du corps doit-il être compris comme le refus du corps de l'Autre ? Car l'appropriation de son corps sexualisé s'accompagnerait de la reconnaissance de celui de sa mère, et donc du renoncement de la mère-refuge de l'enfance. De plus, le constat du manque (du pénis) conduirait à l'idéalisation de la chose manquante et ainsi à la haine pour la mère (qui l'a fait naître femme). Cette infériorité anatomique (*sexe faible*) serait ainsi pour l'anorexique la preuve d'un manque d'amour de la mère : Si je ne suis plus désirée, suis-je encore une femme ? L'aboutissement du narcissisme chez la femme doit nécessairement passer par cette épreuve de castration, au risque de la menacer d'un processus de mélancolisation. L'impasse identificatoire dans laquelle la jeune fille se trouve va contribuer à la béance d'une blessure identitaire.

3.1.2.3.c Refus du devenir mère

Philippe Givre reprend l'œuvre de Dominique Guyomard concernant sa théorie de « l'effet-mère ». Pour lui, le narcissisme du lien va permettre la transmission d'un féminin de la mère à la fille. Paradoxalement, « la première qualité du maternel c'est d'être éphémère (*effet-mère*)... à condition d'avoir lieu».¹ Chez l'anorexique, l'éphémère va persister. La trop proche proximité (mêmeté) qui se renforce à l'adolescence entre la mère et sa fille va contribuer à un défaut identificatoire de la jeune fille, laissant s'insinuer en elle le fantasme de plus en plus coupable du meurtre de la mère : « En tuant fantasmatiquement la mère, c'est *l'être-mère de la mère* qu'elle annihile, compromettant radicalement son propre avenir de mère. »² Assumer cette perte de l'éphémère va être déterminant dans le succès du processus identificatoire pour la jeune fille.

Pour Givre, la relation mère-fille repose sur le fantasme parthénogénétique ou d'immaculée conception qui est défini par la succession sans fin de naissances de filles qui auraient chaque fois transmis à la suivante l'anorexie, ce que l'on retrouve dans le principe des poupées russes. Ce phénomène de réduplication sans tiers a pour but inconscient d'évincer le père, absent des représentations maternelles, toutes tournées vers la dépression ou les troubles du comportement alimentaire de cette mère : « une femme veut mettre au monde la fille qu'elle

¹Guyomard, D, – L'effet-mère, Presses Universitaires de France, 2009. In : Givre, P, – Conséquences psychiques induites par « l'effet-mère », GREUPP « Adolescence », 2014/3 T.32 n°3 : 641-55

²*ibid*

n'a pas été pour se mettre au monde elle-même en tant que la fille qui ne sera pas insatisfaite comme l'a été sa mère ».¹

Très souvent, il existe aussi chez l'anorexique un fantasme de stérilité (jusqu'à nier son appareil génital) car il protégerait d'un fantasme de grossesse incestueuse.

3.1.3 Deuil de l'objet perdu

3.1.3.1 Deuil de l'objet du mélancolique

« Dans le deuil, le monde est devenu pauvre et vide ; dans la mélancolie, c'est le Moi lui-même. »²

Pour Sigmund Freud³, le deuil est un processus psychique déclenché par la perte d'un objet à désinvestir libidinalement. Le travail de deuil consiste à retirer de cet objet psychique tous ses investissements (ses liens) pour que la réalité (l'objet aimé n'existe plus) finisse par l'emporter sur la réalité psychique. Si le lien à cet objet n'est pas retiré, le sujet bascule dans un deuil pathologique.

Il va faire l'analogie entre le deuil et la mélancolie, par l'impact de la perte de quelque chose sur la vie pulsionnelle. Dans le cadre de la mélancolie, on assiste à un processus de deuil entravé. La perte de l'objet entraîne l'effondrement du sujet qui s'identifie à l'objet perdu.

Dans les deux cas (deuil et mélancolie), on observe une suspension de l'intérêt au monde extérieur, une perte de la capacité à aimer, et une négation de toute activité. En revanche, la perte d'estime de soi avec attente délirante du châtement, délire de culpabilité et la conviction d'une perte morale de quelque chose, sont des caractéristiques spécifiques de la mélancolie.

¹Guyomard, D, – L'effet-mère, Presses Universitaires de France, 2009. In : Givre, P, – Conséquences psychiques induites par « l'effet-mère », GREUPP « Adolescence », 2014/3 T.32 n°3 : 641-55

²Freud, S, (1917) – Deuil et Mélancolie, Payot, 2011, 96p

³Freud, S, (1915-1938) – Métapsychologie, Gallimard, 1986, 185p

Dans la mélancolie anorexique, il semble que le délire d'auto-accusation se soit déplacé sur le corps, car, selon Brusset: « l'ombre de l'objet ne tombe pas sur le Moi mais plutôt sur le corps. »¹.

3.1.3.2 Refus de séparation de l'anorexique

Vivre, c'est consommer la vie, et donc s'apprêter à perdre... Alors que toute expérience de séparation implique une perte d'un fragment de soi, on assiste, dans la séparation anorexique, par son caractère « absolu, apathique, anesthésique »², à « un renforcement du Moi, un compactage narcissique du sujet, un raidissement identitaire. »³ Recalcati l'explique par un refus obstiné du travail de séparation, un anti-deuil chez l'anorexique, terrifiée par sa relation à l'Autre. Car se séparer de l'Autre contribue à chercher chez lui ce qu'on a perdu de soi-même, et donc de s'ouvrir à cet Autre ; tandis que l'anorexique est dans une négation acharnée de toute dette par rapport à l'Autre, ne supportant pas l'idée d'une aliénation qui risquerait de lui faire perdre le sentiment de contrôle qui la constitue : « Au fond de la maîtrise anorexique on trouve l'expérience angoissante de la perte de maîtrise. »⁴

Pour Recalcati, le drame de l'anorexie est le suivant : « une séparation sans deuil, sans dette, sans aliénation ne peut que produire une catastrophe. Une identité sans division ne peut qu'engendrer de la folie. Une liberté qui nie l'existence de l'Autre ne peut que provoquer de la destruction. Une maîtrise de soi qui veut éliminer le désir ne peut que provoquer la mort. »

3.1.3.3 Identification à l'objet perdu

« Identité poreuse qui se noie dans un regard ailleurs, en dedans la mère abyssale. »⁵

Comme nous avons pu l'écrire plus tôt, le travail de deuil est possible par un désinvestissement de l'objet psychique. Chez le mélancolique, l'investissement d'objet est supprimé et le Moi s'identifie à l'objet perdu.

¹Brusset, B, – Psychopathologie de l'anorexie mentale, Dunod, Paris, 1998, 229p

²Recalcati, M, – Séparation et refus : considérations sur le choix de l'anorexie, ERES, Psychanalyse, 2010/2, 18 : 5-17

³*ibid*

⁴*ibid*

⁵Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

Chez le mélancolique, le Moi s'effondre, tombe, dans la perte : « l'ombre de l'objet tombe sur le Moi » pour reprendre la célèbre phrase de Freud en 1915. Nous retrouvons chez le mélancolique, tout comme chez l'anorexique, une impossibilité de se séparer de l'objet et donc de supporter la perte. La différence chez le mélancolique réside probablement dans la confusion entre le Moi et l'objet perdu, où le deuil de l'objet reviendrait au deuil de soi.¹

Le complexe de la « mère morte »² est décrit par André Green en 1983. Confronté à la dépression sévère de mères absorbées par un deuil, il constate un désinvestissement brutal de ces mères pour leur enfant. Alors que les interactions avec celui-ci étaient jusque-là pleines d'amour et de vitalité, ces mères endeuillées deviennent froides, ternes, absentes au lien à l'Autre, comme mortes. Bien que physiquement présentes, elles se révèlent soudain psychiquement absentes pour l'enfant, ce qui va constituer une réelle cassure avec le passé dans l'histoire de l'enfant, incapable d'élaborer psychiquement la situation. Cette dépression soudaine va exposer l'enfant à la présence de mort plus qu'à l'absence. Il se retrouve brutalement et sans prévenir face au vide, à la solitude, le conduisant à une expérience de deuil en présence de l'objet, lui-même submergé par le deuil. La catastrophe de cette situation réside dans la cristallisation du désinvestissement par la constitution d'un « trou psychique », que l'on retrouvera plus tard chez le mélancolique, par néantisation de la présence de l'Autre. En effet, par cette précoce et inattendue expérience de perte de l'objet d'amour, le mélancolique ne pourra entretenir de relations objectales sécurisantes, redoutant que son amour ne meure à chaque nouvelle relation. Comme un regret amer (a-mère ?) de cet objet perdu... Green décrit alors plusieurs défenses mises en place par l'enfant, en réaction à cette mort maternelle :

- Identification inconsciente à la mère dépressive comme tentative de réanimation et de récupération de son amour, permettant de faire exister un lien vivant avec cet objet morbide incorporé.
- Agressivité envers le père qu'il tient responsable de la souffrance de la mère
- Développement intellectuel ou imaginaire précoce comme seul moyen de garantir un sentiment d'exister, cherchant à combler le « trou » du désinvestissement maternel.

Cette expérience va déterminer le développement du narcissisme de l'enfant, chaque nouvelle expérience de perte réactivant la dépression infantile, souvent occultée par le sujet. Elle n'est pas sans rappeler la peinture très célèbre d'Egon Schiele (1910), du même nom que le concept de Green.

¹ Roussillon, R, – Dépression du bébé, dépression de l'adolescent (partie 3) : La perte du potentiel. Perdre ce qui n'a eu lieu, Carnet Psy, 2008, 130 : 35-39

² Green, A, (1983) – Narcissisme de vie, Narcissisme de mort, Les Éditions de Minuit, 2007, 317p

3.2 La problématique narcissico-objectale :

3.2.1 La crainte de l'effondrement (*breakdown*)

« L'absence de la mère est douloureuse, parce qu'elle
laisse lorsqu'elle n'est plus là. »¹

Dès la naissance, le bébé vit dans une dépendance absolue à la mère. Grâce au *holding* d'une mère « suffisamment bonne », il va peu à peu parvenir à séparer le Moi du non Moi. Cette rupture de continuité ne va pas se faire sans angoisse, et perdurera dans la psyché du sujet par la peur d'une menace de l'effondrement de l'unité du Moi². La « capacité d'être seul en présence de la mère » est possible une fois l'introjection de l'objet commencée.

Lors de l'absence maternelle, le bébé penche entre une érotisation de la présence fantasmée de l'objet (la mère) et le vécu terrible de sa réelle absence. Le travail de synchronisation entre les rythmes du bébé et ceux de la mère vont constituer une rythmicité de base fondamentale au bébé pour qu'il puisse, ancré dans une unité à la mère, explorer le monde. La répétition scandée de la séparation de la mère évite la rupture totale, en fabriquant le temps. Répéter, c'est inventer. Ces rythmes, semblables au bercement maternel, vont conférer une sécurité interne au bébé, constitutive du travail de continuité narcissique. Chaque dyade mère-bébé a son propre rythme.

Daniel Marcelli décrit deux types de rythme entre la mère et le bébé qui vont progressivement faire émerger la pensée chez le bébé :

- Les macrorhythmes = répétition des soins maternels. S'ils sont faits au bon moment, ils impriment au bébé une base continue sécurisante
- Les microrhythmes = les surprises de la mère, bien vécues si elles sont brèves et si les macrorhythmes sont suffisamment établis.

Si la mère s'absente trop longtemps, ou de manière imprévisible, le bébé va se retrouver seul à gérer son excitation et ne va pouvoir trouver comme support de parexcitation que son propre corps. Le corps va alors venir pallier la défaillance de l'appareil psychique, insuffisamment parexcité par l'objet du fait de son absence. L'absence versant l'anorexique dans l'esseulement, le corps va ainsi être poussé à l'implosion, témoignant de la friabilité de son existence.

¹ Fédida, P, (2001) – Des bienfaits de la dépression, Eloge de la psychothérapie, Odile Jacob, 2003, 200p

² Winnicott, D.W., (1974) – La crainte de l'effondrement, et autres situations cliniques, Gallimard, 2000, 370p

3.2.2 Désir et manque

3.2.2.1 Êtres manquants, êtres de désirs

« Le désir n'est qu'un manque, le manque est une quête de la plénitude qui le colmatera, et donc tout désir est le désir de ne plus désirer. »¹

On qualifie de *besoins* les apports pour lesquels leur satisfaction est vitale, à la différence du *manque* qui est réservé à ce dont la privation ne compromet pas l'existence. Nous sommes des êtres manquants, car nous sommes des êtres de désir. En effet, il n'y a pas de désir sans manque. C'est la condition tragique de l'espèce humaine. Tout manque est insupportable et le désir doit être comblé. L'être humain est alors sans cesse manquant, inachevé, incomplet.

Le manque va délimiter ce qui peut être satisfait par soi ou par autrui : il va pousser le sujet à investir le monde. Sans manque, l'être humain vivrait seul, en autarcie. Le manque l'amène au mouvement vers l'autre pour le combler. Néanmoins, rien ne pourra complètement satisfaire ce manque, car il sera remplacé par un autre chaque fois qu'il sera comblé. Le désir en veut toujours plus, il n'est jamais satisfait. Cette infinité du désir, donne toujours lieu à la déception. Des tas de substituts se grefferont par la suite à ce manque, donnant l'illusion d'une satisfaction en fait éphémère (toxicomanie, religion, sports à haut risque, humanitaire etc.).

Si l'autre, syntone, vient dans un même temps combler son propre manque, comme peut le faire la mère pour le bébé, alors chacun se sentira en harmonie avec l'autre et avec soi. Si la mère est préoccupée par ses souffrances, comme peut l'être la mère dépressive, elle devient alors moins disponible pour combler le manque du bébé : le vide va alors s'installer entre eux, les empêchant de s'affecter l'un l'autre. Néanmoins, désiré ou non désiré, mère et enfant vont devoir s'adopter. L'étymologie de l'anorexie (*anoreksia*) renvoie à la perte de désir, l'absence de désir. Le symptôme alimentaire n'étant qu'un leurre, l'anorexique ne désirerait rien, même pas la mort. Pour Corcos, « le nihilisme de fin de course ne serait qu'une complication mécanique de leur conduite »².

¹Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

²Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

3.2.2.2 Désir de soi, désir du Monde

« Nous restons sur notre faim. Nous sommes en reste. Cet écart, ce reste, ce qui viendrait en plus, et qu'on ne peut nommer, dette énigmatique, serait-ce ce qui nous taraude sans cesse, dans la quête obsédante du désir de l'autre ? »¹

Comme nous venons de l'écrire, le désir est un désir du Monde, et renvoie donc à l'excès de celui-ci. Le désir est caractérisé par l'exil du sujet hors du monde, hors de lui-même, impliquant une séparation définitive avec le désir de réconciliation impérieux, inextinguible. Le désir du Monde, de l'Autre, est avant tout l'envers d'une quête de soi. Car exister comme corps séparé, c'est exister comme désir. Quid de l'anorexique pour laquelle les limites psychiques d'avec ses imagos parentales sont confondues ? L'expérience de maigreur qu'elle impose à son corps lui servirait-elle de se délimiter enfin de celles-ci et donc de pouvoir désirer de son propre chef ? Il semblerait pourtant que la quête de l'anorexique soit de désirer de ne pas désirer... Cette ambivalence se retrouve aussi chez l'anorexique qui voudrait se faire aimer, tout en le craignant plus que tout au monde, ce qu'elle exemplarise en s'exhibant dans le rejet. « L'ouverture à la différence et au tiers lui est tout aussi indispensable pour échapper à l'emprise de ses objets d'attachement et pouvoir se percevoir (...) différent avec une identité propre. »²

Une nouvelle analogie entre anorexie et mélancolie résiderait dans l'origine de la transmission du plaisir, le plaisir étant l'exacerbation du désir. En effet, le tragique de l'homme est que le plaisir ne dure jamais, qu'il est aléatoire et qu'il dépend de qui nous le donne. Quelle conclusion pouvons-nous tirer sur l'économie psychique de l'enfant à qui on a transmis un désir de mort, de néantisation ? Qu'imaginer de sa confiance à aller vers l'Autre quand on l'en a privé ?

3.2.3 Réaménagements de la dépendance de l'anorexie

« Prototype des pathologies mentales conduisant à l'enfermement et l'auto-incarcération, l'anorexie mentale entraîne une dépendance au jeûne sur un mode toxicomaniaque, une dépendance narcissique à un idéal

¹Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

²Jeammet, P, – Le passage à l'acte, L'Esprit du temps, 2005/2 n°16 : 57-63

inaccessible et un hyperinvestissement du corps excluant l'échange. »¹

3.2.3.1 Séparation-individuation difficile

« Ce dont j'ai besoin (...) est ce qui menace mon autonomie. »²

La problématique de séparation-individuation des deux premières années de la vie est réactivée lors du processus adolescent, s'installant au cœur du phénomène anorexique. L'individuation imposée par l'adolescence est insupportable. Tandis qu'elle a besoin de l'Autre pour exister, l'anorexique réalise qu'elle ne peut se passer de lui. Craignant de s'effondrer face à la menace de la perte, elle va alors s'entraîner à maîtriser cette dépendance affective excessive qui la lie à l'Autre.

Les fragilités narcissiques vont entraver l'élaboration des conflits créés par l'adolescence et vont rendre périlleuse la reprise du travail identificatoire. En effet, l'adolescent a manqué d'espace psychique pour construire son identité. Corcos explique que « l'enfant, puis l'adolescent, n'a pu se nourrir (digérer et assimiler) et s'épaissir de sa propre histoire familiale (c'est à dire en définitive s'identifier) : que celle-ci ait été vide ou stéréotypée, qu'il en ait été écarté faute d'avoir été investi, qu'un traumatisme l'en ait exclu, ou plus insidieusement qu'il ait été soumis à elle, accaparé et parasité par une problématique parentale, menaçante pour son autonomie. »³

La problématique de dépendance du Moi se manifesterait donc par une indifférenciation entre Moi et objet. Le renoncement à l'objet étant impossible à faire par l'anorexique, l'identification narcissique ne peut avoir lieu, alors que « l'identification apparaît comme la seule condition pouvant rendre acceptable la perte en signant un affranchissement de la dépendance à l'objet. »⁴ En effet, la pathologie alimentaire va représenter une impasse identificatoire pour l'adolescent qui n'accepte pas la reviviscence du conflit œdipien qui l'obligerait à se séparer de ses objets d'amour. Car pour l'anorexique, la séparation de l'objet, dont la proximité constitue déjà une menace, menacerait davantage de briser son sentiment de continuité narcissique. « Dépendance en ce sens que leur équilibre narcissique et affectif (...)

¹Pingaud, A, – Anorexie mentale chez l'adolescente : réflexions sur le cadre thérapeutique sans contrat de poids, Mémoire, 2008, 84p

² Jeammet, P, – Le passage à l'acte, L'Esprit du temps, 2005/2 n°16 : 57-63

³Corcos, M, – Approche psychosomatique des comportements boulimiques, In : Passelecq, A et al – Anorexie et boulimie : une clinique de l'extrême, De Boeck, 2006, 163p

⁴ Vibert, S, Chabert, C, – Anorexie mentale : une traversée mélancolique de l'adolescence ? Etude clinique et projective des processus identificatoires dans les troubles des conduites alimentaires, Presses Universitaires de France « La psychiatrie de l'enfant », 2009/2 vol. 52 : 339-72

dépend plus et de façon excessive de leur environnement que de leurs ressources internes. »¹
Chez l'anorexique, ce sentiment de dépendance à l'Autre est d'autant plus insupportable qu'elle le ressent comme un besoin, la confrontant ainsi à une passivité intolérable. Pour Philippe Jeammet, cette dépendance est « pathogène car elle risque d'enfermer l'enfant puis l'adolescent dans un engrenage dangereux, celui de cette triade pathogène : de l'insécurité interne qui génère la dépendance au monde perceptif environnant qui à son tour génère le besoin de contrôler cet environnement dont on dépend. »²

3.2.3.2 Toxicomanie sans drogue

« L'ascèse, ce lent dépouillement, cette lente dépossession et exténuation de soi, où le sujet brûle d'un feu délibérément inassouvi, qui peut le conduire à la mort, n'est-elle pas une source de jouissance infinie qui prend perversément *par-derrrière* le processus sublimatoire : jouissance biologique (...), jouissance psychologique (...), jouissance sociale ? »³

Bien qu'elle semble s'endétacher, l'anorexique recherche constamment la sensation de faim (« l'orgasme de la faim »⁴), qui lui confère satisfaction par le sentiment de maîtrise corporelle. C'est une lutte active à laquelle nous assistons. Classée dans les troubles des conduites alimentaires, l'anorexie mentale signe son appartenance aux maladies à expression comportementale. En effet, elle entre dans le cadre transnosographique des addictions qui privilégient l'expression comportementale des conflits au détriment de leur élaboration psychique.

En 1945, la notion de « toxicomanie sans drogue » apparaît, le jeûne étant considéré comme toxicomanie sans toxique exogène mais avec toxique endogène. On assiste à un déni de la maigreur différent de l'indifférence hystérique. Chez l'anorexique, il existe un réel bien être, une élation dans la maigreur et devant la satisfaction de considérer sa maîtrise. Brusset⁵ décrit également des similitudes entre l'anorexie mentale et la toxicomanie, bien que le renoncement au plaisir de l'une contraste avec sa recherche effrénée par l'autre. Pourtant, il existe bien une

¹ Jeammet, P, – Le passage à l'acte, L'Esprit du temps, 2005/2 n°16 : 57-63

² *ibid*

³ Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

⁴ Kestemberg, E, Kestemberg, J, Decobert, S, (1983) – La faim et le corps, Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale, Presses Universitaires de France, 2005, 306p

⁵ Brusset, B, – Psychopathologie de l'anorexie mentale, Dunod, 1998, 229p

jouissance par la non-satisfaction (« dépendance à l'objet inscrite en négatif »¹) chez l'anorexique semblable à celle du toxicomane, jusqu'à sécrétion de béta-endorphines intracérébrales. Nous savons aussi que la sensation de faim, poussée à l'extrême, entrave le processus de pensée, conduisant même parfois jusqu'au délire (le marin affamé). Cette addiction sans objet est comme une aliénation sans liens... absurdité qui, à terme, rend fou.

La boulimie, fréquente chez deux tiers des anorexiques, représente l'honteuse perte de contrôle des conduites de restriction. Corcos la décrit comme un « vertige de l'oralité », incontrôlable : « véritable addiction mortifère générée par un comportement autoérotique où le masochisme masque mal le sadisme destructeur. »². L'anorexique aurait soudain l'impression d'un trop-plein d'elle, menaçant son intégrité, trop-plein qu'il faut vite évacuer, vider, purger (ce qu'incarne le raptus boulimique), car il existe pour elle le risque, en alimentant ce trop devenu étranger à elle, d'en venir à nourrir elle-même sa mère qui la viderait de sa vitalité naissante. Comme tout toxicomane, l'anorexique en vient alors à ne se remplir plus que pour se vider. On retrouve dans la séquence comportementale de la crise boulimique des critères semblables aux addictions : sensation croissante de tension interne, irrésistibilité de l'impulsion, plaisir ou soulagement éprouvé pendant la crise, avec la sensation de perte de contrôle.

Les vérifications multiples, compulsives, quasi obsessionnelles (pesées, mesure des calories, mensurations, nombre de pas par jour, etc.) mises en place par l'anorexique ont pour but de contrôler ce qui est du côté du mou, c'est-à-dire ce qui menace par son imprévisibilité. C'est par l'autostimulation et jusqu'à l'autodestruction, que l'anorexique abandonnique va tenter de maîtriser la détresse qu'elle craint subir. « L'autostimulation face au vide désorganisateur ou la menace de désorganisation, permettrait alors un apaisement et procurerait un effet psychostimulant. »³ Le symptôme alimentaire va tenter d'inverser cette menace externe en une relation de maîtrise et de contrôle.

Souvent, l'anorexique exprime une préférence pour les aliments astringents, qui écarte le risque calorique. Cette prédilection questionne sur son désir inconscient de dissolution, de liquéfaction, de disparition de son existence. Comme pour basculer vers une « éternité de la faim » qui la renverrait au vide et à l'absence... « comme au commencement avec la mère. »⁴ ? Cette toxicomanie du vide se retrouve chez le mélancolique qui est dans une quête éternelle de pureté, renvoyant à la quête de l'absolu du mystique⁵.

¹Vibert, S, Chabert, C, – Anorexie mentale : une traversée mélancolique de l'adolescence ? Etude clinique et projective des processus identificatoires dans les troubles des conduites alimentaires, Presses Universitaires de France « La psychiatrie de l'enfant », 2009/2 vol. 52 : 339-72

²Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

³Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

⁴Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

⁵Starobinski, J, –*Dans ton néant j'espère trouver ton tout*, L'encre de la mélancolie, Seuil, 2012, 661p

*Le Grand Bleu*¹ est sûrement un des films qui incarnent le mieux la toxicomanie. Malgré l'absence de produit, son comportement résonne bien comme un comportement addictif. Sur terre, le personnage principal semble s'ennuyer, il est dans une situation d'insuffisance intérieure, de non satisfaction de soi, de dépressivité. Se remplir lui apparaît être le seul moyen de ne pas souffrir de cette attente, de ce manque, de ce quelque chose que l'on voudrait avoir mais que l'on n'a pas. Alors, il décide de plonger dans la mer, jusqu'à ne faire qu'un avec elle, dans ses profondeurs (y mourir), dans l'espoir d'y trouver une sensation de plénitude. Satisfaire son besoin fusionnel sans disparaître... Car « si on ne fait qu'un, c'est qu'on a tout, rien ne manque, alors on est mort. On n'existe plus. On ne peut exister que dans la différence. »²

3.2.3.3 Suppléance d'un Moi partiellement incapable

« Une violence agie fait habituellement suite à la peur d'une violence subie, réelle ou imaginaire, mais qui fait vivre au Moi un sentiment de dépossession de lui-même. Il n'est plus maître chez lui mais se vit comme le jouet d'une force qui le dépasse... c'est le Moi la principale victime. »³

Comme nous avons pu l'écrire précédemment, le désir est le fait d'un être qui manque de lui-même, qui se fait défaut à soi, qui manque d'être. C'est soi que le sujet du désir souhaite accomplir. Nous pouvons nous demander si, chez l'anorexique, les superpositions de vêtements épais (les pulls, les doudounes), au-delà de la réchauffer d'une hypothermie secondaire ou de cacher sa maigreur, n'ont pas aussi comme fonction de retrouver (trouver ?) une enveloppe, une douceur, un portage, qui auraient manqué. Car, évertuée à devancer les désirs de ceux qu'elle aime, l'anorexique en est venue à ne plus savoir quels étaient ses propres désirs.

Pour Jeammet, la capacité d'attente et donc de confiance en soi, se constitue les premières années de la vie. Elle est rendue possible par une adaptation « suffisamment bonne » de la figure maternelle face aux besoins et attentes de l'enfant, pour qu'il ne souffre ni trop tôt ni trop massivement de son impuissance. En lui laissant ainsi le temps de désirer, la mère permet à l'enfant l'élaboration de ses ressources internes. Si l'adaptation n'a pas été adéquate, apparaîtront alors des failles des assises narcissiques, précipitant l'enfant dans une recherche de dépendance à l'Autre, non pas parce qu'il l'aime plus qu'un autre, mais pour que cet Autre

¹Besson, L, – *Le Grand Bleu*, Les Films du Loup et Gaumont, France, États-Unis, Italie, 1988

² Jeammet, P, – Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires, 95-108, In : Passelecq, A et al – Anorexie et boulimie : une clinique de l'extrême, De Boeck, 2006, 163p

³ Jeammet, P, – Le passage à l'acte, L'Esprit du temps, 2005/2 n°16 : 57-63

remplisse la fonction de suppléance de ce Moi partiellement incapable : « Ce n'est pas un appétit aimable qui porterait sur le désir de se nourrir effectivement et affectivement, *ça* est un besoin intense, massif, brutal, inexpugnable de combler un vide. »¹

La conception addictive place ainsi l'anorexie dans un registre limite où la problématique narcissique est au premier plan. Les autoreproches sont lancinants, le jugement de soi est négatif, alors que les autres semblent dotés de toutes les qualités qui lui manquent. Pour l'anorexique, dépendre de ce qu'elle ne contrôle pas, la menace d'une insécurité. Donc, le plaisir est à éloigner, car il l'installe nécessairement dans une relation de dépendance à l'Autre. Alors que la plainte, l'insatisfaction, vont laisser s'envisager un avenir meilleur : si ça ne va pas, il y a un espoir que ça aille mieux un jour, alors que si ça va trop bien (plaisir), il est inévitable que je souffrirai ensuite. La plainte chez l'anorexique, serait ainsi un moyen utile de n'être ni envahie par l'Autre, ni oubliée.

3.2.3.4 Illusion d'indépendance

« Le drame est que la présence de l'objet désiré fait resurgir la douleur des absences antérieures. C'est bien un des paradoxes de leurs psychothérapies. Le poids du lien ainsi créé renvoie aux carences infantiles et à la douleur de l'absence des personnes aimées... »²

Le sentiment d'avoir le contrôle de son corps offre à l'anorexique une meilleure estime de soi. Il la valorise, en l'affranchissant de cette dépendance vécue comme une menace de son intégrité narcissique, procurant ainsi une illusion de maîtrise. Pourtant, ce tyran domestique qui l'envahit de l'intérieur la perd dans une assomption du « rien ». Tandis qu'elle se croit indomptable, libre, indépendante, elle ne fait qu'obéir à un juge intérieur. Elle demeure enfermée dans sa fiction infernale, réflexivité circulaire, dévorée par ses contraintes internes. En effet, elle est elle-même prise dans une perversion narcissique, où elle prône non pas le désir de ne rien désirer, mais de désirer le rien. Ce choix plus que ce refus de résister activement au devenir femme la conduit à un piège narcissique que vient verrouiller le phénomène addictif.

Cette illusion est contagieuse. Sa famille, et les soignants sont également parfois attrapés par la mécanique de cette exigence fascinante. Elle dépouille l'Autre qui s'arrogerait de désirer la

¹ Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

² Jeammet, P, – Le passage à l'acte, L'Esprit du temps, 2005/2 n°16 : 57-63

nourrir et ainsi la chosifier, dans son fantasme. Elle plonge alors cet Autre dans une inertie, par sa froideur, afin de pouvoir continuer sans être dérangée sa réduction de soi.

La fierté anorexique à résister là où beaucoup se laissent tenter demeure le seul moyen qu'elle a trouvé pour se revaloriser, se re narcissiser, la conduisant souvent à un sentiment d'exception, méprisant les autres qui se contenteraient de satisfactions plus triviales. L'anorexique n'a pas de temps à perdre dans des réjouissances festives avec ses pairs. Elle préfère se réfugier dans le travail afin de conserver son statut d'enfant modèle, respectueux des convenances et des règles de bienséance. Ce « trop raisonnable » qui la caractérise, va pourtant laisser place à une nette prise d'audace que révèle le symptôme alimentaire. En effet, ce dernier instaure brutalement une franche séparation avec l'Autre : « Plus radicalement, le sujet anorexique agit comme s'il était *sans l'Autre*. Le seul Autre qui compte pour lui est l'autre de l'image spéculaire, c'est l'autre imaginaire, le semblable idéalisé, l'autre en tant que projection idéale de son corps élevé à la dignité d'une icône, l'autre comme incarnation réfléchie de son moi idéal, comme double narcissique du sujet, l'autre idéalisé de l'image spéculaire de son corps maigre. »¹ Et pourtant, le simple souvenir d'une absence va la faire basculer dans un profond esseulement, se retrouvant soudain plongée dans une solitude de soi à soi.

3.2.4 Fantasme d'incorporation (manger le mort)

3.2.4.1 Le principe de Nirvana

« Ce dilemme, dévorer ou être dévoré, domine le monde vivant organique. »²

La théorie des pulsions a été introduite puis affinée par Freud dès 1905, et s'apparente davantage à un concept philosophique qu'à une simple théorie. Le principe de plaisir consisterait à abaisser une tension interne désagréable pour éviter le déplaisir et produire du plaisir. En effet, alors que le déplaisir a pour but d'augmenter la quantité d'excitation psychique, le plaisir aurait pour intérêt de la diminuer. Pour lui, l'appareil psychique vise en permanence une tension nulle, qu'il appelle le « principe de Nirvana ».

La pulsion de mort (Thanatos), pulsion d'auto destructivité et d'emprise, se définit par le désir du non-désir (et non désir du déplaisir). Elle réduit les tensions à zéro, et vise un retour à l'inanimé par la déliaison.

¹ Recalcati, M, – Séparation et refus : considérations sur le choix de l'anorexie, ERES, Psychanalyse, 2010/2, 18 : 5-17

²Freud, S, (1920) – Au-delà du principe de plaisir, Payot, 2010, 160p

La pulsion de vie (Eros), pulsion d'autoconservation. Elle vise à conserver la vie par la liaison.

Dans l'anorexie, le principe de Nirvana, défini comme « le stade de non-être et de non pensée, d'éclipse radicale du sujet »¹ peut être atteint de deux manières : par la restriction massive (vers le moins, le vide, l'absence : l'anorexie) ou par la compulsion massive (vers le plus, le plein, le comble : la boulimie). Ces deux extrêmes conduiraient à un même état de dépossession de soi, d'impassibilité, de soustraction de la souffrance, que Lacan va appeler le « suicide différé ». Atteindre le Nirvana anorexique passerait ainsi par l'exclusion totale de l'Autre, la privation, l'inanition de l'Autre.

3.2.4.2 L'alexithymie : tendre vers ce *rien* émotionnel

« Elle se fabrique une *immunité* contre les émotions pour tendre vers ce *rien* qu'elle imagine être *l'état* le plus satisfaisant au monde. »²

Nous constatons la fréquence d'une alexithymie chez l'anorexique et chez le mélancolique. Elle pourrait s'apparenter à l'atteinte de cette tension nulle visée par le principe de Nirvana. Chez l'anorexique, l'alexithymie doit se définir comme une lutte contre les émotions plutôt qu'une absence d'émotions. En effet, l'empathie est étrangère à l'anorexique, dans le sens où celle-ci est inapte à voir ce que ressent l'Autre, comme elle est inapte à se représenter ses propres émotions. Elle n'est pas asociale, mais l'altérité est une terre tellement inconnue pour elle que c'est derrière un masque d'indifférence qu'elle préfère interagir, car les flux affectifs avec l'Autre risqueraient de redoubler son sentiment d'absence au monde.

Le corps est alors surinvesti par une quête effrénée de sensations corporelles (hyperactivité physique sans relâche), pour l'aider à compenser sa difficulté d'accès à ses émotions.

Le langage est parfois riche, mais résonne plutôt sous l'égide de la technicité que de la l'affect. Quand on prête attention, se dessinent des émotions blanches comme la couleur de l'absence. En effet, ce langage conformiste, conventionnel, peut donner parfois l'illusion de l'émotion, tel un bouclier qui s'acharne à masquer les sentiments de celui qu'il protège. Se construit alors un faux self, l'anorexique pouvant parfois paraître hautaine, méprisante, alors qu'elle est empêtrée, engluée dans des sensations qu'elle peine à discerner. Le terrain glissant des émotions est sans cesse dévié de la conversation lors des entretiens.

¹ Recalcati, M, – L'anorexie comme suicide différé, ERES, « La clinique lacanienne », 2011/2, 20 : 59-74

² Meuret, I, – L'anorexie créatrice, Klincksieck, 2007, 208p, In : Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

L'alexithymie se manifeste aussi massivement chez le mélancolique. En effet, le noyau de celui-ci réside dans son incapacité aux sentiments par un état qui s'apparenterait à une sidération émotionnelle, et ainsi à la tristesse douloureuse : « le Moi est à côté de sa tristesse »¹.

Le risque de l'alexithymie, si elle est sévère, est l'évolution vers un trouble psychosomatique. L'émotion ne pouvant être traduite, imaginée ou fantasmée, elle ne trouve alors pas d'autre support que le corps pour s'exprimer.

3.2.4.3 Désir cannibalique

« Pour Pierre Fédida, l'anorexie est une *faim de mère* et son devenir, mélancolique, est une *mort de faim de mère*. »²

Pour commencer cette sous-partie, il nous semble important de rappeler brièvement les différents mouvements psychiques qui permettent au Moi de se constituer. Ferenczi³ va différencier ces mouvements.

L'*introjection* consiste à intégrer mentalement au Moi des objets et des qualités inhérentes à ces objets, du dehors au dedans. L'introjection est l'intériorisation des objets fragmentés qui oriente vers une construction de la représentation de soi et de l'objet.

À l'inverse, la *projection* traduit un mouvement d'éjection (faire passer du dedans au dehors). La projection est une tentative d'expulsion du sadisme, considéré comme le mauvais objet, qui a comme particularité, même projeté, il reste mauvais.

L'*incorporation* consiste à intégrer physiquement au Moi ces objets extérieurs.

L'*identification* sert à intérioriser les objets en totalité pour aider le Moi à se constituer dans sa totalité. Cependant, bien qu'il existe une distinction claire entre le sujet et l'objet, elle implique une dépendance du Moi total à l'objet aimé...

Les définitions de l'introjection et de l'incorporation vont ensuite être reprises par Torok et Abraham⁴, qui ajoutent le champ de la perte. En effet, pour celui, dont fait partie le

¹ Tellenbach, H, – La mélancolie, Presses Universitaires de France, 1979, 336p

² Fédida, P, – *Une faim de non recevoir*, Corps du vide et espace de séance, Ed. Jean-Pierre Delarge, 1977. In : Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

³ Ferenczi, S, (1909) – Transfert et introjection, In : Œuvres complètes T1, Payot, 1990, 265p

⁴ Abraham, N, Torok, M, (1959-1975) – L'écorce et le noyau, Flammarion, 2009, 480p

mélancolique, qui connaît la perte, le processus d'introjection-incorporation va lui permettre de récupérer intérieurement cette perte. Le désir d'incorporation de l'objet perdu, c'est-à-dire la destruction de l'objet par la dévoration va faire tendre le sujet vers une régression au stade oral ou cannibalique : « Le patient perd son objet d'amour et par la suite le reprend en lui par la voie de l'introjection. »¹ Ce fantasme d'incorporation est un leurre fait au Moi qui croirait que manger remplacerait l'introjection, en lui prodiguant une guérison magique sans douleur. Or, la nourriture ne peut apaiser les désirs non introjetés. En effet, l'incorporation est à considérer comme le fantasme de la non-introjection, le refus d'identification. Un manque habite alors le psychisme, là où l'introjection aurait dû avoir lieu : « Tous les mots qui n'auront pu être dits, toutes les scènes qui n'auront pu être remémorées, toutes les larmes qui n'auront pu être versées, seront avalés, en même temps que le traumatisme, cause de la perte. »²

Guillemette Balsan³ reprend le travail de Torok et Abraham, en définissant l'introjection comme la « communion des bouches vides ». Elle explique que le passage de la bouche pleine du sein, à la bouche pleine de mots, ne peut se faire sans le passage de la bouche vide. Apprendre à remplir de mots la bouche vide marque le début du travail d'introjection. Autrement dit, introjecter une douleur, un désir, est possible à condition d'utiliser le langage. Ainsi, la bouche, limite entre l'extérieur et l'intérieur, offrirait une ouverture sur le monde. L'incorporation interviendrait lorsque les mots ne suffisent pas à combler le vide, le sujet y introduisant alors une chose imaginaire, à l'origine d'un sentiment de honte et de la naissance d'un deuil inavouable, « le deuil indicible installe à l'intérieur du sujet un caveau secret. »⁴

L'anorexique adopte souvent la place de cuisinière à la maison. Pourtant, cette cuisinière est atypique, car elle ne goûte ni ne mange ses plats mais préfère regarder les autres les manger souvent avec délectation et voracité. Est-ce une manière de s'extirper à nouveau d'un échange avec l'Autre, pour reprendre les termes de Jean-Anthelme Brillat Savarin, gastronome et auteur culinaire français du XVIII^{ème} siècle : « Manger, c'est parler avec les autres »⁵ ? Au-delà d'affirmer à nouveau son désir de maîtrise en décidant du désir familial partagé au moment du repas et ainsi en le substituant au désir maternel, cette opiniâtreté à cuisiner peut aussi être comprise comme un moyen de se faire désirer : faire manger l'Autre, est-ce se faire désirer par lui ? Elle qui a le sentiment de ne pas avoir été désirée... mais c'est aussi se faire manger par l'Autre, elle qui pourtant est terrifiée à l'idée de se faire englober à nouveau, comme dans un désir cannibalique mélancolique...

¹ Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

² Abraham, N, Torok, M, (1959-1975) – L'écorce et le noyau, Flammarion, 2009, 480p

³ *ibid*

⁴ Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

⁵ Brillat-Savarin, J-A, (1825) – Physiologie du goût, ou Méditations de gastronomie transcendante, J. de Bonnot, 1968, 461p.

L'appétit de mort anime beaucoup de patientes anorexiques mélancoliques. Cette dissolution du lien entre Eros et Thanatos que l'on retrouve dans la mélancolie, conduit à une pulsion de mort dévastatrice, où il n'existe qu'abandon, « débranchement du champ de l'Autre. »¹. Pour ces patientes, il n'est plus question d'une recherche d'un idéal de soi, ni d'un appel à l'aide, ni de manipulation de l'Autre mais d'une pure volonté de mort, où le désir de vivre a totalement disparu. Cet appétit de mort, ce refus de la vie, s'exprime par un corps dévitalisé, monstrueux, cadavérique que l'anorexique contemple, se séparant ainsi de sa propre image : « en contemplant sa propre horreur, en contemplant sa réduction à l'objet déchet, en tombant de la scène du monde pour se renfermer dans son monde. »² Sa volonté n'est-elle pas une volonté de mort ? Chez elle, la régression cannibalique est poussée à l'extrême : manger le mort, c'est l'assimiler dans le Moi qui est en deuil. Néanmoins, à force de vouloir se dévorer soi-même comme le fait l'anorexique ou le mélancolique, par peur d'être dévoré par un autre (père ou mère), avec le dessein de s'avaler soi-même vers un retour de l'éternité de l'enfance, n'est-ce pas aussi le risque de devenir orphelin ? Par ailleurs, *quid* du fantasme boulimique qui incarnerait celui d'une dévoration sans fin de la mère ?

3.2.4.4 Antigone : figure du masochisme ?

La pièce de Sophocle, écrite en 441 av J.-C., constitue la dernière partie d'une tétralogie sur la famille royale de Thèbes. Après le succès de la pièce, celle-ci va ensuite être maintes fois reprise et réinterprétée. Afin de bien comprendre le sens de la tragédie de Sophocle, il nous semble important de rappeler la généalogie d'Antigone. En effet, de l'union incestueuse entre Jocaste et Œdipe, sont nés Étéocle, Polynice, Ismène et Antigone.

Créon est devenu roi de Thèbes après que Polynice et Étéocle, fils d'Œdipe et frères d'Antigone, se soient affrontés au cours d'une longue bataille pour régner sur le trône de Thèbes, héritage de leur père. Après la mort des deux frères, Antigone va s'opposer à Créon, roi de Thèbes et frère de Jocaste (donc oncle d'Antigone) qui refuse que Polynice soit enterré, reprochant à celui-ci d'avoir transgressé la loi de la cité en agressant son frère Étéocle, qui occupait à ce moment-là le trône de Thèbes. Qui osera s'opposer à la décision du roi sera puni de mort. Antigone va, contre la loi érigée par Créon, choisir d'ensevelir son frère mort.

Le malheur qui tombe sur Polynice, semble s'inscrire dans la lignée de la malédiction d'Œdipe. Antigone, ne semble pas saisir que c'est la répétition de la malédiction de l'inceste qui l'ordonne, plutôt que son propre désir. En effet, en obéissant à son destin, elle obéit à un idéal mélancolique, mêlé d'un désir masochique : « Elle choisit de mourir, dans une

¹Recalcati, M, – Séparation et refus : considérations sur le choix de l'anorexie, ERES, Psychanalyse, 2010/2, 18 : 5-17

²*ibid*

mélancolie qui masque un fantasme de complétude et d'immortalité dans la réalisation d'un fantasme incestueux avec son frère, dans la crypte mélancolique dans laquelle elle s'emmure. »¹ En se suicidant dans le tombeau des Labdacides, elle s'identifie à son frère mort, et l'épouse pour l'éternité : « Il me sera beau de mourir dans cette action. Moi, sa sœur, je reposerai près de lui, la sœur près du frère, et devenue saintement criminelle. »² Cependant, dans sa mort, elle entraîne avec elle la lignée incestueuse. Pour Deleuze, Antigone trouve dans l'inceste frère-sœur une issue à l'inceste œdipien père-fille.

Le risque suicidaire intervient chez ces patientes anorexiques mélancoliques lorsqu'elles ont l'impression d'être débordées par des envies incontrôlables, lorsqu'elles commencent à lâcher. La conduite suicidaire, faisant suite à un masochisme les ayant amenées jusqu'à un délire mégalomane d'auto-accusation, leur permet dans un même temps de lâcher, mais toujours dans la maîtrise. « Tu as choisi de vivre, moi de mourir. »³ dira Antigone à sa sœur Ismène.

Le masochisme semble être une expression de la destructivité. « La destructivité est la créativité du pauvre. »⁴, car elle répond à un appel à l'aide d'un Moi impuissant, en le diminuant davantage. À l'inverse de l'artiste, qui, par le biais de sa créativité, va exceller et susciter la reconnaissance de ses pairs pour tenter de se réparer narcissiquement (se recréer à nouveau), celui qui ne peut créer va détruire pour exister. La destruction a ce quelque chose de rassurant dans le fait que celui qui détruit est sûr de ses conséquences. Qu'est-ce qu'on ne ferait pas pour être sûr, dans cette vie incertaine ? Fuir dans l'échec (dont l'anorexie et la mélancolie en sont des expressions) par peur de ne pas être à la hauteur. Désespoir du Moi qui n'arrive pas à être à la hauteur de ses appétits.

3.2.4.5 Culpabilité par quête de perfection narcissique (Surmoi)

« La tyrannie du Surmoi est responsable d'un phénomène de condensation organisant la mainmise d'une imago omnipotente (...) cette tyrannie aboutit aussi à l'identification à cette imago érigée dans sa toute-puissance, identification capable d'emporter le sujet mélancolique à la mort. »⁵

¹ Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

² Sophocle, (441 av. J.-C.) – Antigone, Libro, 2005, 94p

³ *ibid*

⁴ Jeammet, P, – Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires, 95-108, In : Passelecq, A et al – Anorexie et boulimie : une clinique de l'extrême, De Boeck, 2006, 163p

⁵ Givre, P, – Conséquences psychiques induites par « l'effet-mère », GREUPP « Adolescence », 2014/3 T.32 n°3 : 641-55

Le Surmoi, est une part du Moi, inconsciente, assimilée à la conscience morale, à l'autocritique. Il va générer un sentiment de culpabilité inconscient chez le mélancolique, issu de la tension entre les exigences du Surmoi et les réalisations du Moi, qui tente d'adapter son monde interne selon les exigences de la réalité externe. Ce sentiment de culpabilité, seul vestige de la relation d'amour abandonnée, « était originellement l'angoisse d'être puni par les parents, ou plus exactement de perdre leur amour. »¹

On rappelle que le Moi est comme le cavalier d'un cheval indomptable (le Ça), devant ainsi laisser le Ça le conduire où il lui sied... Le mélancolique, en s'enfonçant dans sa culpabilité, augmente la dette envers lui. En effet, il s'applique une sanction semblable aux impulsions cannibaliques : la mort par inanition. « L'impossible auquel se heurte le déprimé est celui d'être à la hauteur d'une image sans failles. C'est l'insuffisante brillance du Moi qui le fait souffrir »². C'est ainsi que le déprimé se confronte à un appauvrissement du Moi dont il n'a pas honte d'en révéler les failles, entretenant soudain une curieuse perte de respect pour lui-même.

La régression dans la maladie est parfois le seul moyen – inconscient – trouvé par l'enfant pour susciter l'intérêt et le soin de l'Autre. La culpabilité quasi permanente des parents face à la souffrance de leur enfant n'est-elle pas un risque de renforcer la maladie, lorsque l'attention a manqué et ainsi participer à l'émergence d'un cercle vicieux empêchant la séparation ? La souffrance comme résistance à une séparation crainte des deux côtés... tous deux enchaînés par une énigme infernale. Des parents en bonne santé psychique, sans souffrance narcissique, permettront à leur enfant de se nourrir d'eux physiquement et psychiquement pour grandir. Par ailleurs, il est autorisé de se réjouir lorsqu'une anorexique commence à revendiquer ses droits, à contredire son parent... Cette soudaine rébellion manifeste un début de réappropriation et d'affirmation de soi. Les parents doivent donc être aguerris à supporter les coups à venir qui souvent sont infondés et critiquables. Ils doivent apprendre à ne pas vouloir à tout prix « défendre leur image de parent exemplaire et donc irréprochable. »³

3.3 A partir d'un cas prototypique : Melle M.

Le cas clinique qui va suivre est celui d'une adolescente rencontrée lors de notre précédent stage, durant la période de crise sanitaire. Son suivi très rapproché et long de sept mois est à l'origine de ce travail de thèse.

¹ Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

² *ibid*

³ Mille, C, et al – Groupes d'anorexiques, groupes de parents : penser le trouble ensemble et autrement ?, HS1 Congrès français de Psychiatrie, 2015/30 n°2

3.3.1 Présentation clinique

Nous rencontrons pour la première fois Melle M., 16 ans, lors d'une hospitalisation en hôpital de jour, demandée par le psychiatre qui la rencontre depuis environ un an dans le cadre d'un trouble du comportement alimentaire de type restrictif, suite à une déscolarisation et la présence d'un épisode dépressif majeur.

On note dans ses antécédents personnels une anorexie mentale restrictive grave associée à un trouble anxio-dépressif sévère nécessitant plusieurs hospitalisations sans succès clinique. Un suivi psychologique avait été mis en place et était bien investi par Melle M.. Une thérapie familiale a également été débutée, et semble s'être focalisée sur le couple parental.

Un suivi pédiatrique concernant l'anorexie mentale a été maintenu tout le temps de son hospitalisation dans notre unité à une fréquence hebdomadaire.

On retrouve dans les antécédents familiaux la présence d'un épisode dépressif majeur d'intensité sévère chez sa mère, quand Melle M. avait 7 ans.

Au début de la prise en charge dans notre unité, Melle M. vient à une fréquence de deux journées et demi par semaine. Son traitement psychotrope à son arrivée est constitué de QUETIAPINE 400mg le soir et TERCIAN solution buvable 10-5-15 gouttes.

On retrouve dans les antécédents médicamenteux un traitement par SERTRALINE rapidement interrompu devant une impulsivité avec recrudescence d'idées suicidaires ; et un traitement par LAROXYL 75 mg le soir arrêté devant une inefficacité.

Melle M. est le deuxième enfant d'une fratrie de trois. Son frère aîné, 19 ans, vient de quitter la France pour le Québec pour une durée de six mois. Elle a une petite sœur de 12 ans. Ses parents exercent des professions intellectuelles supérieures. La famille semble vivre en relative autarcie.

Les liens intrafamiliaux paraissent très investis fantasmatiquement par Melle M. et paradoxalement assez lisses dans la réalité, ce qui nous questionne d'emblée quant à une néantisation, un évitement ou une fausseté de jugement du réel.

Comme beaucoup d'adolescents de son âge, Melle M. a du mal à faire face au regard des autres jeunes, alors qu'il existe une appétence relationnelle évidente. Néanmoins, nous notons

de grandes difficultés relationnelles avec ses pairs, manifestées par des réactions abandonniques entraînant des attitudes phobiques à l'autre et un repli social. Les relations passées semblent avoir été très investies par Melle M., puis brutalement rejetées suite à des déceptions de l'autre. Elle nous parle d'un seul véritable ami actuel ayant déménagé dans une région lointaine.

Sur le plan de la scolarité, Melle M. est une élève brillante, rigoureuse et perfectionniste. Elle est scolarisée en 1^{ère} générale. Au début de la prise en charge, elle ne se rend plus à l'école depuis six mois, bien qu'elle persiste à étudier avec acharnement à la maison. Dès son arrivée dans notre structure, Melle M. et ses parents sont très soucieux de son absentéisme scolaire et du risque de ne pas valider son année de 1^{ère}. En effet, l'angoisse se cristallise sur la scolarité, les ruminations anxieuses sont omniprésentes, en miroir des inquiétudes parentales. Néanmoins, nous préconisons assez rapidement une distanciation temporaire avec la scolarité, compte-tenu de la recrudescence anxieuse de Melle M..

Melle M. pratique à un bon niveau la danse modern jazz et classique depuis son enfance, et d'autres activités sportives de manière assez intensive, qu'elle a temporairement cessées suite à de multiples entorses dans le cadre d'une ostéoporose densitométrique secondaire à son anorexie mentale. Elle a repris un peu le vélo et la musculation, et évoque d'emblée des angoisses de performance. Elle aime le chant et rêve de voyager, surtout à New York.

Après avoir désiré être mannequin, Melle M. souhaite travailler dans la création de vêtements, surtout depuis qu'elle prend des cours de couture. En effet, Melle M. est une jeune fille passionnée par la création (de bijoux, de dessins, de vêtements, etc.), la cuisine, le maquillage et le cinéma.

Les troubles du comportement alimentaire ont débuté selon elle à l'âge de 14 ans, Melle M. exprimant un souhait de manger « plus sainement », en évinçant d'abord les desserts industriels, puis la viande, le poisson, et enfin les féculents. À présent, elle dit avoir adopté un régime *vegan* et ne mange plus que des fruits et légumes. Une nounou avait été engagée au début par ses parents pour aider Melle M. lors des repas du midi, du fait de l'apparition d'une agoraphobie lors des repas à la cantine. À son arrivée dans l'unité, son IMC est à 14,8kg/m². Il existe un déni manifeste de sa maigreur. L'anorexie mentale s'exprime chez elle sur un mode restrictif quantitatif et qualitatif, n'étant pas parvenue malgré quelques essais à provoquer des vomissements. On retrouve aussi une aménorrhée et une ostéoporose secondaires à l'anorexie mentale.

Un effondrement thymique a rapidement accompagné l'anorexie mentale. En effet, Melle M. présente un épisode dépressif majeur d'intensité sévère avec des symptômes mélancoliques, associé à un trouble panique.

Lors des entretiens, on constate une présentation figée, inhibée. Le corps grêle paraît inhabité, délaissé, oublié. Ses mouvements sont ralentis, lourds, mécaniques. Le visage est amimique, spectral. Le regard est froid, parfois transfixiant avec des yeux noirs grands ouverts sur un vide, donnant l'impression de se noyer, comme aspiré vers l'infini.

Quand elle s'exprime, c'est d'une voix faible, lente, monocorde, parfois pratiquement inaudible. L'élocution peut être parfois laborieuse et nous sommes fréquemment confrontés à un mutisme nous renvoyant à un sentiment d'impuissance.

Melle M. surprend par sa grande froideur des affects. Elle semble vivre dans un monde psychique dépourvu de nuances, de couleurs. Les émotions qui la traversent sont innommables tant elles semblent l'envahir par leur intensité.

Néanmoins, malgré le ralentissement moteur et l'impression de gel psychique et émotionnel, et bien qu'elle paraisse parfois ailleurs, on constate une certaine vivacité d'esprit qui semble traduire la recherche éperdue d'un contact, d'une issue. En effet, parfois de façon imprévisible et abrupte, son expression s'anime très légèrement et brièvement, avant de laisser à nouveau place au vide et à l'angoisse, traducteurs d'une sidération émotionnelle.

Au fil des semaines, Melle M. semble de plus en plus épuisée et l'exprime : « *j'en peux plus* ». Tout est lourd et pesant pour elle au quotidien.

Le discours est devenu très pauvre, assez factuel, les associations sont de plus en plus rares, la vie imaginaire et fantasmatique est inaccessible. Le contenu du discours est dominé par une douleur morale, un pessimisme, des idées excessives d'indignité, notamment lorsqu'elle se convainc d'avoir reçu trop de cadeaux qu'elle ne méritait pas à Noël. Les idées de culpabilité concernent entre autres les souffrances infligées au monde animal, à la nature, à l'humanité en général. Il domine une impression permanente chez Melle M. de décevoir ses parents. L'interdit et son contraire, ce qui est autorisé, prédominent dans son discours.

Des idées de mort sont permanentes, bien qu'il n'y ait pas de scénario suicidaire clairement élaboré, ainsi qu'une volonté tenace à ce qu'on la laisse tranquillement se laisser mourir. En effet, Melle M. ne comprend pas la raison de notre préoccupation à l'aider et demeure passivement opposée à cette aide, nous répétant ne pas vouloir guérir. Elle fait le parallèle avec la dépression maternelle, se souvenant que tout le monde avait laissé sa mère « *tranquille* » avec sa souffrance, raison de son étonnement. Elle se laisse quelques fois aller à des pleurs continus la journée, mais s'isole dans sa chambre et ne pleure jamais face aux autres. Elle exprime aussi une peur de l'inconnu que lui réserverait la guérison. Toute projection dans l'avenir réveillerait ses fragilités narcissiques et serait menace d'effondrement.

On note une certaine psychorigidité, nourrie par un mode de « pensée opératoire », qui vient dénoncer une insuffisance d'intériorisation des conflits psychiques alors exprimés sur le versant somatique. L'organisation défensive tend à renforcer les résistances déjà présentes face à tout ce qui pourrait être garant d'un mieux-être sur le plan psychique.

Les troubles anxieux sont marqués par un trouble panique, surtout en réponse à l'arrêt scolaire qu'elle ne parvient pas à accepter. L'angoisse est devenue permanente avec une tension interne présente du matin au soir. Cependant, Melle M. ne peut s'empêcher de réviser ses cours malgré d'importants troubles de la concentration. À son domicile, elle tente divers moyens pour diminuer cette angoisse, notamment en adoptant des conduites motrices de décharge (saute sur place dans sa chambre, se frappe la tête contre les murs).

Le sommeil est perturbé avec la récurrence de cauchemars à l'origine de réveils nocturnes itératifs.

On retrouve aussi des conduites auto-agressives avec des scarifications avec ses ciseaux de broderie, et une tentative de strangulation. Les scarifications lui permettent un apaisement face à un débordement émotionnel qu'elle ne peut contenir. Le rapport au vide est difficile, Melle M. exprimant une anxiété permanente au quotidien. L'oisiveté et le sentiment de vacuité lui sont intolérables. Cela nous questionne sur la présence ou non d'un bon objet intérieur qui viendrait soutenir sa capacité d'être seule en l'absence de l'objet d'amour.

Depuis son arrivée, nous lui proposons plusieurs médiations thérapeutiques. Melle M. semble apprécier les médiations à visée psychocorporelle (danse, yoga, esthétique). Les médiations créatives sont parfois riches mais dénuées d'affect. Cependant, on note une certaine passivité de Melle M. dans ses attentes de notre prise en charge, alimentée par une absence de désir de guérir ou plutôt le désir de ne pas guérir. Melle M. étonne par cette opposition très passive. Son conformisme à faire tout ce qu'on attend d'elle, se traduit par une adhésion totale au cadre de soins, sans rébellion. Même si cette hyper adaptation fait peu illusion, elle laisse les soignants dans une impasse assez déconcertante, leur donnant l'impression de travailler sans consistance.

Malgré une prise en charge soutenue dans notre unité de jour, et un lien étroit avec son pédiatre, nous constatons que l'état clinique de Melle M. a tendance à s'aggraver sur les plans anorexique et thymique. Sa mère remarque l'installation d'une dépendance psychique et physique de sa fille envers elle et son mari, craignant que cela soit renforcé par leurs comportements systématiques de réponses à ses besoins.

Devant cette aggravation clinique, nous l'hospitalisons en hospitalisation complète pendant quatre mois.

Progressivement, grâce à une modification thérapeutique (remplacement du traitement par QUETIAPINE par l'association ARIPIPRAZOLE 25mg + LAMOTRIGINE 200mg et majoration des posologies du traitement sédatif par TERCIAN), une séparation d'avec la vie familiale, et surtout une prise en charge très soutenue par l'équipe soignante, Melle M. s'ouvre à l'Autre. L'élaboration de certains liens peut enfin débiter.

3.3.2 Interprétation

Melle M. dit incarner un modèle d'identification pour sa petite sœur de 12 ans, ce que la mère ne cesserait de lui rappeler, et ce qui semble générer chez Melle M. une quête anxieuse de perfection dans ce rôle à responsabilités. Le départ de la maison de notre patiente aurait conduit à l'émancipation de sa petite sœur, et ainsi l'impression pour Melle M. de gagner en liberté. Elle remarque en effet se délester du poids de la responsabilité et s'autoriser à vivre davantage pour elle-même. Le discours va même parfois étonner par l'apparition d'une soudaine régression, qui vient en décalage d'une quête appliquée d'image de maturité et de conformisme au monde adulte. Comme si la prise d'autonomie de sa petite sœur lui permettait enfin une régression vers une enfance dont elle se serait privée. Il semble qu'il se soit établi jusque-là chez elle une confusion entre responsabilité et désir, ce qui l'éloignait de sa réalité interne, et qui lui faisait craindre une désorganisation psychique par le pulsionnel.

En effet, Melle M. constate une cassure dans la continuité de son enfance, qu'elle lie à la dépression de sa mère dont elle se souvient très nettement sa gravité lorsqu'elle avait 7 ans, après le décès de son grand-père maternel. Elle explique qu'après les départs inopinés de sa mère, celle-ci pouvant s'absenter parfois pendant plusieurs jours sans donner de nouvelles, elle ne concevait pas d'autre possibilité que celle d'incarner le rôle de la maîtresse de maison avec son frère, sa sœur et son père (préparer les repas, débarrasser la table, faire les lessives, etc.). Elle se souvient du regard « noir » de sa mère, habitée par des souffrances tues la journée, et qui étaient dévoilées uniquement le soir quand Melle M. entendait sa mère pleurer la nuit dans la chambre voisine. Par son action, Melle M. aurait tenté de réanimer en vain cette mère idéalisée, modèle écrasant de perfection. Nous pouvons supposer que ce décevant constat l'a confrontée à un premier vécu d'impuissance, celui ou le « tout est possible » de l'enfance n'existe plus. Winnicott expliquait que « grandir est un acte agressif », à travers lequel l'enfant doit mettre à mort symboliquement ses parents. Or, *quid* de cette mort symbolique lorsqu'elle se rapprocherait trop de l'état de mort psychique dans lequel est sa mère, devenue un trop fragile support d'identification ?

Cela pose la question de la place du tiers, peu exercé par le père de Melle M. ainsi que de l'incestuel : si je dois prendre le rôle de maman, dois-je aussi dormir avec papa ?

Melle M. parvient à exprimer le pénible sentiment de culpabilité concernant la maladie maternelle, persuadée que si sa mère quittait le domicile c'était parce que les enfants étaient insupportables. Le sentiment de culpabilité chez Melle M. est retrouvé en miroir chez sa mère. En effet, lors d'une rencontre avec celle-ci, Madame a pu expliquer à Melle M. que son absence avait pour but de préserver ses enfants de l'existence mortifère qu'elle dégageait. Mère absente à l'enfant, absente à elle-même. Se sentir coupable de la souffrance de l'Autre, n'est-ce pas se convaincre avec illusion de sa capacité à guérir l'Autre ? et d'ainsi éviter le vécu d'impuissance, souvent plus intolérable que la souffrance en elle-même ? Par la suite, elle évoque sa difficulté à gérer la culpabilité maternelle et souhaite que les échanges avec sa mère soient moins dans la recherche de solutions ou d'explications de son mal-être et plutôt dans l'accueil.

Devant la souffrance silencieuse et pourtant criante de la mère, comme un tabou, il semble que le père n'ait été en capacité d'agir en qualité de tiers qu'au prisme de sa constance. En effet, de nature plutôt effacée, le père de Melle M. demeure discrètement présent tout au long de sa prise en charge, comme il l'a été pour son épouse. Ce père se placera systématiquement à une distance respectueuse de la dyade mère-fille. Bien que Melle M. ait tendance à nous faire des reproches envers ce père qui a, selon elle, manqué de réassurance pour ses enfants, n'est-ce pas déjà une prouesse que de rester quoiqu'il arrive, tel un capitaine sur son navire un jour de tempête, peu importe le chemin emprunté, quand l'océan déchaîné d'angoisses menace de submerger celle que l'on aime, et soi avec ? C'est ce que nous retrouvons lors des consultations avec le père, qui présente un enthousiasme décalé avec la gravité de l'état de sa fille, comme s'il cherchait à agiter en vain le vide. Cette attitude défensive qui peut faire écho à un désintérêt pour celle-ci, semble plutôt protectrice d'un effondrement chez ce père, qui se dévoile plus solide qu'il n'en a l'air. Que deviendrait l'équipage si le capitaine s'effondrait à son tour ?

Depuis que la dépression de sa mère semble s'éloigner, Melle M. remarque s'être saisie d'une « *autorisation à pouvoir aller mal maintenant* », comme si le moment était venu pour elle de vivre pleinement son mal-être. Peu à peu apparaît aussi la prise de conscience d'un sentiment d'ambivalence, qu'elle critique, bien qu'elle s'en sente encore prisonnière : « *j'ai envie d'aller mieux parce que je souffre trop, mais je n'ai pas envie de guérir* », se plaignant de ne pas constater d'amélioration malgré ses efforts, avec l'intuition étrange qu'aller mieux n'est pas la bonne solution. Cette pensée magique pourrait résonner comme une quête inconsciente de vérité absolue (je dois trouver quelle est la meilleure solution), comme si se tromper et ainsi tromper son entourage lui était interdit, irrémédiable. Quelles sont pour elle les réprimandes risquées ? Néanmoins, nous notons une évolution lorsqu'elle exprime sa lassitude à souffrir.

Elle se souvient avoir été très ébranlée par certains camarades qui se jouaient de ses discours contradictoires, notamment concernant ses revendications de *vegan* alors qu'elle portait des

vêtements en fourrure. Probablement une première expérience pour Melle M. de la gestion du conflit interne et de l'ambivalence qu'il suscite.

Malgré l'invitation d'une camarade à une fête, il persiste chez elle une appréhension majeure à l'idée d'être à nouveau exclue du groupe, ce qui génèrerait chez elle un sentiment de honte insurmontable. Elle craint d'être intrusée, d'être rejetée et de devenir elle-même rejetante. Elle est convaincue de devoir être d'abord bien avec elle-même avant de se projeter en pleine confiance vers l'autre. Un hermétisme demeure à l'idée que l'autre puisse participer à son enrichissement interne et ainsi aider à la modification de l'image de soi. Elle se rétracte systématiquement vers sa famille, seul lien à l'Autre qu'elle s'autorise. Néanmoins, les visites et permissions de sa famille sont parfois très laborieuses dans la préparation, car Melle M. anticipe chaque fois les séparations futures, imaginées uniquement dans la douleur. Par ailleurs, il persiste une peur à vivre le conflit, Melle M. préférant donc se limiter dans les échanges avec autrui.

Au cours de son hospitalisation, un événement va être décisif dans sa prise en charge. Suite à l'exhibition sexuelle d'un autre adolescent, elle parvient à lier l'apparition d'idées de mort avec le contact physique avec autrui et la peur du toucher des hommes. Cela la questionne sur l'existence d'un traumatisme ancien inconnu qui va finalement révéler un traumatisme transgénérationnel, que nous allons pouvoir approfondir avec elle et sa mère lors d'un entretien. La compréhension de ce traumatisme par Melle M., va rendre possible une première différenciation identitaire d'avec sa mère, bien qu'il persiste un doute chez Melle M. d'avoir été également victime d'un traumatisme similaire. En effet, il s'est dessiné chez Melle M. une confusion entre identité et identification avec sa mère, comme si elle craignait une fatalité familiale. La dépression est-elle un moyen pour Melle M. de comprendre cette mère anciennement déprimée ? ou bien d'être enfin comprise, regardée par sa mère ?

Au fil des jours, Melle M. a pu se saisir un peu du tissu institutionnel qui a pour elle la fonction d'appui narcissique. Nous avons essayé de lui donner la possibilité d'un éprouvé, d'un ressenti, suffisamment narcissisant pour qu'elle s'approprie une continuité interne, et ainsi reprendre le travail de subjectivation.

Elle investit moins les médiations corporelles et manuelles mais semble se démarquer nettement des autres adolescents lorsqu'elle se prête au théâtre, incarnant alors un personnage à l'opposé de sa présentation habituelle. Comme si elle se permettait, le temps de cette médiation, d'être enfin quelqu'un d'autre.

Elle parvient prudemment à s'approprier ses propres ressentis et à éveiller le désir du lendemain, mais l'expression y est souvent maladroite notamment par la persistance d'une froideur émotionnelle, comme lorsqu'elle a choisi d'écrire « je t'aime » à son frère qui revenait d'Amérique du Nord, avec un fil de fer.

Il persiste le besoin d'un étayage extérieur pour rencontrer ses émotions, mais il lui est bien moins difficile d'accueillir l'émergence émotionnelle. Elle s'exerce à libérer ses émotions, surtout à travers certaines médiations physiques comme la boxe. Elle parvient à identifier sa

colère, essentiellement tournée vers elle, et ne s'enferme plus pour pleurer, réussissant à supporter la présence de l'Autre quand elle s'effondre. À présent, il s'est même installé un lien de dépendance à l'Autre, Melle M. ne parvenant pas à initier une action seule pour s'extraire de mouvements anxieux. Paradoxalement, elle annonce clairement se sentir dans une certaine aisance dans l'angoisse et critiquer cela : « *je sais, c'est bizarre* ».

Qu'on la laisse tranquille, voilà ce qu'elle nous ordonnait en début d'hospitalisation. Elle parvient à nous expliquer que c'étaient les seuls moments pour elle au cours desquels elle pouvait penser à la mort. Mourir pour ne plus souffrir, mourir comme échappatoire d'une vie insupportable. Mais peut-être se permettait-elle aussi de penser dans le silence à la fin d'un présent bientôt révolu, comme la fin d'un film qu'on sent approcher, celui de son enfance.

4 Nier le temps, pour nier sa finitude

4.1 Le mythe de Cronos

Selon la mythologie grecque, le monde s'organise à partir de trois entités divines : Chaos, Gaïa et Eros. Chaos, le Trou Noir, est un gigantesque précipice obscur, d'où commence le monde et d'où naît le désordre. Gaïa est la terre nourricière, d'où naissent les plantes, l'eau, la vie. Elle est ce qui nous soutient, nous porte, la mère par excellence. Enfin, vient Eros, l'amour primordial, la force vitale qui fait croître les êtres. Son dessein consiste à faire passer toutes les divinités des Ténèbres à la lumière.

Sous l'impulsion d'Eros, de Gaïa naît Ouranos, le Ciel étoilé qui, semblable à son double, la recouvre. La proximité est telle entre Gaïa et Ouranos qu'aucun interstice ne peut se dessiner. Gaïa et Ouranos enfantent plusieurs descendants sévèrement éloignés de Gaïa par Ouranos qui craint que l'un d'eux lui vole sa place et Gaïa avec. Ouranos enveloppant tellement Gaïa qu'elle commence à étouffer, comprimée par ses propres enfants.

Cronos, le Saturne latin, un des fils de Gaïa, établit un terrible stratagème avec elle pour éloigner son père Ouranos : il saisit le sexe de son père et le tranche d'un coup sec (castration). Par l'insupportable douleur, Ouranos est projeté loin vers les hauteurs (naissance de l'espace). Cet espace enfin libéré va permettre aux enfants de sortir du corps de Gaïa, et ainsi de s'ouvrir au monde (naissance du temps). De la séparation de Gaïa et Ouranos va alors naître le temps et l'espace.

Du mythe de Cronos, plusieurs conclusions peuvent aboutir. Pour commencer, toute existence se trouve dans un dilemme absolu : l'immobilité totale où l'ennui prédomine sur la vie (ce qu'incarnerait l'anorexie restrictive?) ; ou l'acceptation du mouvement vital, avec le risque qu'il implique d'exposer aux dangers les plus redoutables notamment par l'absence de maîtrise (ce qu'incarnerait la crise boulimique ?). Ensuite, la mythologie nous enseigne que toute naissance se fait dans la douleur, la séparation, le sentiment d'un irrémédiable, la perte irrévocable, et que tout acte créateur vient après un vide. Essayons de développer ce vide, quête infinie du mélancolique et de l'anorexique.

4.2 Préambule phénoménologique

4.2.1 *Dasein*, manière d'être au monde

« Les animaux vivent, l'homme existe. »¹

La phénoménologie est l'étude de l'être, l'étude de l'essence des choses (du phénomène). Elle *est* ce qui apparaît. Le *Dasein* signifie ce qui est là, ce qui est présent, ce qui existe. Dans la phénoménologie, il n'est pas question de normal et de pathologique mais de *style d'être au monde*. Son dessein est de « nous rendre présents de façon concrète les états psychiques que le malade vit réellement »², en laissant le phénomène se décrire lui-même jusqu'à ce qu'il s'ouvre à l'entendement du psychiatre. La phénoménologie va peindre ce qui n'apparaît pas, ce qui n'existe pas, ce qui n'est pas, ce qui est absent.

Le maître-mot de la phénoménologie est celui d'*Expérience* comme le souligne Tatossian : l'« expérience psychiatrique – celle du malade devant le monde et celle du psychiatre devant le malade – est une des formes de l'expérience humaine et la tâche de la phénoménologie en psychiatrie se résume à l'éclaircir. »³

La phénoménologie initie le concept de temporalité, qui définit le temps interne, ou temps vécu, du malade. Nous allons ici tenter d'explorer la perturbation du temps vécu du mélancolique et de l'anorexique, pour lesquels l'existence semble avoir brutalement basculé dans le vide. Pour l'anorexique, il semblerait que son « art existentiel » lui permette de dépasser sa terreur d'être au Monde (son *Dasein*) et de se recréer. Changement de corps, changement de décor social, et donc changement d'être au Monde. Tandis que le mélancolique, condamné (à mort) à rester incompris, ne peut trouver d'existence ailleurs que dans la mort. Pour lui, habité par le sentiment de perte de sa propre valeur, – « je n'existe pas, je suis mort » – l'*être au monde* est être en l'air, comme en stagnation verticale.

4.2.2 Existence dans le vide

¹ Hugo, V, (1864) – William Shakespeare, Flammarion, 2014, 589p

²Jaspers, K, (1928) – Psychopathologie générale, Bibliothèque des introuvables, 2000, 536p

³ Tatossian, A, (1986) – *Pratique psychiatrique et phénoménologique*. In : Fédida, P, Wolf-Fédida, M, (sous la dir. de), Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse, collection Phéno, Le Cercle Herméneutique, 2004

« Ne se nourrir que de soi-même, soit de son propre
pauvre narcissisme, c'est manger non rien mais son vide.
Se rassasier de son manque à être. Se complaire à se
sentir nulle et non advenue. »¹

Le *leitmotiv* du mélancolique réside dans sa rétraction sur un monde vide. On assiste à un réel mouvement de néantisation : la voix est faible, à peine audible, agonique et monocorde, parfois remplacée par un silence mutique qui traduit un vertigineux vide de la pensée. Progressivement, le mélancolique s'installe dans un désert psychique où la monotonie règne en maître, aspiré comme par attraction par l'immensité du vide, du néant. Il se vit comme défaillant, impuissant, réduit à rien, inutile, la vie est comme éteinte de sa description. L'espace est vide et pourtant le corps est pesant. La douleur qu'il subit est une douleur qui se tait, qui n'a pas de larmes, qui est impassible. Spectateur de son mal-être, le mélancolique devient peu à peu étranger à lui-même. Alors, très souvent, la poussée suicidaire lui devient irrésistible.

Dans l'anorexie, on distingue le rien comme objet séparateur, du rien comme annulation de la vie. Le premier tend à faire exister la différence, alors que le second cherche à atteindre le principe de Nirvana, dans « la néantisation mélancolique, dans la congélation antivitalité du désir »². Chez l'anorexique mélancolique, on constate une impatience amoureuse pour la mort. Ce trou noir semble absorber toute son énergie, jusqu'à l'attirer en son centre. « Je ne mange pas de corps-là » semble dire la jeune fille anorexique, qui laisse son corps se manger de ses angoisses, de ses craintes du vide : « Et dans ce vide autocréé pour calmer sa terreur d'exister, (...) Melle A. ne parvient qu'à surexister, exister surréellement. »³ Son corps se mangerait ainsi de l'intérieur par autophagie par l'âme. Serait-ce l'espoir de se rendre enfin invisible qui la pousse à s'abstenir, à faire le vide en soi d'un trop-plein d'envies ? Et pourtant, elle n'existe que par cet ennui interne, ce vide, qui la dévore de l'intérieur. En effet, par cet agir anorexique, elle donne plutôt le sentiment de vouloir être vue, accrochée du regard par cet Autre qui l'éviterait de sombrer dans une solitude qui la terrifie. L'acte représenterait son seul moyen d'expression d'émotions jusqu'ici innommables par le Moi sidéré.

Les anorexiques et les mélancoliques seraient-ils de grands mystiques, qui, par cette quête du vide, chercheraient la lumière divine en eux ? Comme s'ils naviguaient alors au plus près de l'abîme, entre le sublime et le néant ? Trouver cette lumière qui les guiderait vers leur origine

¹Corcos, M. – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

²Recalcati, M. – L'anorexie comme suicide différé, ERES, « La clinique lacanienne », 2011/2, 20 : 59-74

³Corcos, M. – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

comme seule réponse à leur souffrance ? « Pauvres narcisses dévorées par ce qu'elles hallucinent être leur reflet extérieur... ».¹

4.2.3 La présence dans l'absence : s'inscrire en négatif

« Le manque c'est la perte de quelque chose qui nous a été donnée puis reprise. L'absence, dont on parle ici (...) est la perte de quelque chose qui n'a pas eu lieu d'être et n'aura jamais lieu d'être autrement que sous forme... d'absence. »²

L'absence serait la perte irrémédiable de quelque chose sur laquelle on avait « déposé » tout son investissement. Pour Corcos, le manque n'est pas l'absence. L'anorexique n'aurait donc pas nécessairement manqué de soins corporels. Au contraire, ces soins ont souvent bien existé mais sans lien, sans accompagnement, sans investissement libidinal : « elle s'est alors absentée à elle-même en écho et en miroir à l'absence de l'objet primaire. »³

Chez l'anorexique, tout comme chez le mélancolique, la présence est dans l'absence, on pourrait même parler d'omniprésence de l'absence du disparu. Comme l'absence de réponse est une réponse, comme la discontinuité aide à se constituer, l'anorexique ou le mélancolique est « né(e)-troué(e) avec un centre absent. »⁴.

L'anorexique « se rogne, s'efface, jusqu'à ce que sa disparition s'impose à elle comme son seul moyen d'exister. »⁵ Elle personnifie l'absence en vivant en marge d'elle-même, à côté de son corps, jusqu'à impacter l'autre par l'exhibition de ce corps monstrueux. La quête de sa propre absence glace l'Autre sur place. Elle développe alors une « anorexie relationnelle » comme le définit Corcos, par laquelle sa carapace d'indifférence entame une marche en avant sans scrupules. Mais, vers où avance l'anorexique ? Il semble que sa préoccupation réside plus dans la constance de sa marche que dans la destination en soi. Avancer comme pour éviter la chute. Par cette marche obstinée, elle perd son lien au monde, monde qui semble l'avoir déçue par son absence de réponses, de réactions face à sa souffrance, et auquel elle ne peut plus croire.

¹*ibid*

²Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

³*ibid*

⁴*ibid*

⁵*ibid*

Certaines anorexiques décrivent une période « d'absence à soi et aux autres », comme une parenthèse crépusculaire où elles s'isolent, n'ayant plus aucun autre centre d'intérêt. En effet, le risque de cette absence est qu'elle les isole, les éclipe, qu'elle devienne leur seule compagne, à présent plus regrettée que l'objet perdu qu'elles tentent de remplacer. Étrangement, la fuite dans l'isolement semble concomitante d'une hypersensibilité relationnelle et une appétence cachée d'un contact de l'autre. C'est très souvent qu'on observe une avidité à se nourrir de l'absence de ce qui est le plus désiré. S'absenter à soi-même reviendrait, pour l'anorexique ou le mélancolique, à anesthésier cette douleur psychique insupportable.

Par ailleurs, on remarque une forte précaution pour ne pas exprimer d'agressivité envers les parents, qui sont, pour l'anorexique plutôt à préserver, à protéger. Elle redoute d'aggraver des tensions au sein du couple parental, qui menacerait de se séparer à cause de ses symptômes anorexiques. Ayant déjà été confrontée à l'effondrement dépressif de la mère, elle est terrifiée à l'idée de pouvoir le susciter à nouveau. Néanmoins, l'anorexique ne cessera-t-elle pas plutôt de souffrir quand elle cessera d'attendre et de préserver l'Autre ?

4.3 Temps qui ne passe pas

4.3.1 Temps suspendu

4.3.1.1 Perte de la capacité à vivre l'écoulement du temps

« Je me sens décalé par rapport à la vie. Je sens le temps fuir, mais je n'ai pas l'impression de suivre le mouvement ; je tourne en sens inverse de la Terre... je marche négativement par rapport au temps ; un sentiment de vide effrayant m'aspire. Alors l'angoisse m'étreint, j'ai peur ; j'éprouve une crainte bestiale, la crainte d'une bête qui n'y est plus. »¹

Le drame de l'être humain est de vivre en pleine connaissance de l'imprévisibilité de sa finitude : « Nous assistons vivants à la suspension de notre vie. »² Cependant, il existe un

¹Minkowski, E, – (discours d'un patient) Étude sur la structure des états de dépression : les dépressions ambivalentes, Nouvel objet, 1993, 118p

²Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

grand écart avec le mélancolique. Ce dernier vit entièrement dans une suspension de son existence. C'est pourquoi la mélancolie pourrait se définir comme une maladie du temps (« chronopathie »), une maladie d'être homme. La mélancolie est un arrêt qui fige le mélancolique dans un temps immobile, un temps qui ne passe pas, un temps éprouvé sans désir et sans devenir. Ce meurtre du temps installe le mélancolique dans une immobilité totale, jusqu'à l'amimie qui signe une mobilité interne vide et silencieuse.

L'écoulement du temps interne ne se fait plus, il n'y a plus qu'un écoulement du temps sans but. La temporalité semble vouée à la fatalité. Le mélancolique se cristallise dans une méditation infinie sur la mort, une stagnation du temps immanent : le temps vécu apparaît déstructuré, désagrégé, fermé au futur, dans une marche négative par rapport au temps. L'avenir est barré, projetant le mélancolique dans une inhibition soudée au passé : « La mort est au centre du vécu. Le regard vers l'avenir devient le regard sur la mort, comme fin du passage. »¹

Le passé est devenu indépassable. « La stagnation du devenir empêche la liquidation du passé. Celui-ci règne en maître et ne peut disparaître. Cette perte de progression dans l'avenir entraîne la perte de la catégorie du possible, du faire, de la volonté d'action. L'avenir se referme et la faute passée devient ineffaçable, à jamais présente. »² C'est ainsi que la présence du passé va s'incarner sous la forme de la faute, ce dont vont témoigner les idées délirantes de culpabilité et d'indignité.

Pour Binswanger³, la temporalité mélancolique se caractérise par le relâchement des liens entre rétention (passé), présentation (présent) et protension (avenir). L'autoreproche mélancolique renvoie à la rétrospection mélancolique : « ce qui est possibilité, et donc ouverture sur l'avenir, se retire dans le passé et ne produit que du vide. Ici, la rétention s'infiltré de protension. »⁴ La plainte du mélancolique soulève un paradoxe : alors qu'il craint avec obstination à une possibilité (qui est un acte protensif, c'est-à-dire tourné vers l'avenir), le contenu de celle-ci révèle un acte du passé, bloqué dans son immuabilité. L'avenir est présenté comme perte déjà réalisée, et irréversible : « Le malade ne suppose pas mais voit la perte comme déjà survenue, comme une évidence. »⁵ L'initiation d'une action, la projection dans un futur, l'anticipation, l'émotion, sont devenus impossibles pour le sujet mélancolique, incapable de toute décision. « Il ne parvient plus à se devancer lui-même dans l'avenir. »⁶

¹ Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

² Besse, P, – Caractéristique phénoménologique du délire mélancolique, 1992

³ Binswanger, L, (1960) – Mélancolie et manie, Presses Universitaires de France, 2002, 136p

⁴ Besse, P, – Caractéristique phénoménologique du délire mélancolique, 1992

⁵ Tatossian, A, (1979) – La phénoménologie des psychoses, Le Cercle Herméneutique, 2002, 256p

⁶ Besse, P, – Caractéristique phénoménologique du délire mélancolique, 1992

Parfois, l'émergence de phénomènes obsessionnels peut faire croire à une progression mécanique du temps, s'avérant n'être finalement qu'illusion. Kraus¹ va définir le *typus melancholicus* par un souci de l'ordre, une réticence à toute adaptation, une appréhension de toute modification et une répétition circulaire des tâches, marquant ainsi la temporalité par une réification du futur. « Cette tendance à la permanence et à la répétition serait la recherche d'un point fixe contre l'écoulement du temps. »²

4.3.1.2 L'image statique du corps

« La maladie de l'âme vient de ce que nous avons un corps. »³

Jackie Pigeaud conclut au paradoxe du dualisme de l'âme et du corps, sans cesse séparés dans la littérature, la médecine, la philosophie, et pourtant inséparables, se réunissant chaque fois dans la souffrance à la fois physique et psychique.

Emporté par l'inhibition psychique, le corps statique du mélancolique l'empêche de se projeter dans le monde. Nous pourrions parler de « statique mélancolique », par la fixité par son insuffisance. L'espace du mélancolique serait un espace sans profondeur, sans relief qui « n'a plus la limite de l'horizon. »⁴ Tout semble éloigné dans le lointain, le corps se fait lourd. « Cette pesanteur de l'existence mélancolique s'objective dans le sentiment de fatigue, de lourdeur, dans le sentiment d'un ralentissement de la pensée et des mouvements. »⁵ Cette pesanteur impose au mélancolique son existence dans la stase, incapable de s'en extirper. Le mélancolique est enlisé dans les sables mouvants d'un vide sans limites, emporté par la pesanteur d'une inertie psychique et d'un corps qui « se raidit dans une fixité inerte »⁶.

Quand l'anorexique abandonne son corps vers cette involution contraire à l'adolescence, n'expose-t-elle pas le corps mort de l'enfance? Ce corps replié sur lui-même incarnerait-il l'absence ou la défaillance du holding maternel?

¹ Kraus, A, – La temporalité dans la constitution prémorbide des mélancoliques, *Actualités psychiatriques*, 1986/5, p35-41

² Besse, P, – *Caractéristique phénoménologique du délire mélancolique*, 1992

³ Pigeaud, J, – *La maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*, Les Belles Lettres, 1981, 592p

⁴ Tatossian, A, (1979) – *La phénoménologie des psychoses*, Le Cercle Herméneutique, 2002, 256p

⁵ Besse, P, – *Caractéristique phénoménologique du délire mélancolique*, 1992

⁶ Maldiney, H, (1991) – *Penser l'homme et la folie*, Ed. Jérôme Millon, 2007, 308p

Pour l'anorexique qui souvent pratique la danse depuis son enfance, la mécanique de sa gestuelle est devenue robotique, anarchique, comme si les commandes motrices étaient ralenties sur le chemin qui mène au mouvement, par des pensées lourdes. Comme si les mouvements étaient guidés par une entité extérieure démoniaque, qui ferait d'elle un pantin, ne sachant jamais vraiment vers où ses gestes vont la conduire. Vers où l'emmène cette danse désarticulée semblable à une danse funèbre, qu'elle semble essayer néanmoins de maîtriser, malgré la pesanteur imposée qui la rend parfois maladroite? Que penser de ces danseuses, qui, par leurs danses toujours plus éthérées, cherchent à s'élever sans cesse plus haut, telles des sylphides... vers une disparition finale?

4.3.1.3 Délire d'infini : le syndrome de Cotard

« Des malades disent qu'ils ne mourront pas, parce que leur corps n'est pas dans des conditions ordinaires d'organisation, que s'ils avaient pu mourir, ils seraient morts depuis longtemps ; ils sont dans un état qui n'est ni la vie, ni la mort ; ils sont morts-vivants. »¹

En 1880, Jules Cotard présente une étude s'intitulant « Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse », où il relate l'observation d'une patiente, marquée par des idées de négation de la mort, en plus des idées de négation du corps et du monde. Ce délire est un délire triste car les malades souffrent de leur conviction d'immortalité. Le syndrome de Cotard réaliserait une désincarnation du corps-sujet (*Leib*) dans le corps-objet (*Korper*) : « Réification du corps-vécu qui ne serait alors qu'un corps au sens du corps physique ou du cadavre, un corps-mort. »²

Après avoir passionné les cliniciens français du début du siècle, le syndrome de Cotard va tomber dans l'oubli. Il existe actuellement très peu de publications, les rares études prévenant ainsi de la nécessité d'une prudence devant des conclusions qui seraient jugées trop hâtives. Alors qu'il appartenait aux délires nihilistes dans le DSM-IV-TR, le syndrome de Cotard a disparu des classifications actuelles.

Pour Jules Seglas, le délire de Cotard correspond au passage de la mélancolie à l'état chronique, ce qui pourrait expliquer la rareté actuelle de ce syndrome, grâce à un traitement de plus en plus précoce.

¹ Cotard, J, – Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse, Annales Médico-psychologiques, 1880/4 : 168-74

² Besse, P, – Caractéristique phénoménologique du délire mélancolique, 1992

Le patient « cotardisé » est dans l'illusion d'un destin fatal dont il ne pense ne pas pouvoir s'échapper et où tout s'inscrit dans une logique implacable, catastrophique.

« Le syndrome de Cotard révèle le paradoxe entre l'autodestruction du corps et l'affirmation de l'immortalité. La vie et la mort s'équivalent et se substituent l'une à l'autre. »¹ Le sujet est soumis à l'expression simultanée d'un narcissisme positif (position d'exception, image de soi idéale grandiose, illusoirement gonflée) et négatif (haine, dégoût, sous-estimation de soi, forcé d'y demeurer). Cette confusion marque la perte des repères du sujet. Celui-ci se trouve dans un monde non coordonné, pris par un délire d'infinité du temps, qui, par sa suspension, devient éternel, emportant avec lui le sujet dans un fantasme d'immortalité ; et infinité de l'espace, par l'impression d'une immensité du corps qui, prenant les dimensions de l'univers, est devenu monstrueux, boursoufflé, putréfié, gonflant jusqu'à l'implosion. À l'inverse, peuvent apparaître parfois des idées délirantes de petitesse.

« Dans ce temps vide, il n'y a plus d'espace entre l'instant présent et la mort. Il n'y a plus ni d'avant ni d'après. C'est l'éternité de l'instantané, nous pourrions même dire l'éternité de l'inanimé, de la matière, du cadavre. »²

Cette perte du dynamisme interne, représente la dissolution du Je. « Je, qui permet l'articulation des différents temps verbaux, qui pose la permanence d'un sujet dans le temps comme producteur de son temps. Je qui est aussi la liaison fonctionnelle entre les différentes parties du corps, ce qui fait tenir le corps. »³ Le syndrome de Cotard témoigne de cette déficience du Je-sujet qui fait lien par la perte des limites, installant le sujet dans un temps éternel où il y a confusion entre la vie et la mort, vouant le sujet à être le tout, ou le rien. Pour certains, comme Reznik : « Le contrôle infini du temps et de l'espace est une manière de nier la finitude et de refuser la notion de limites. »⁴

4.3.2 Vers un retour du temps de l'*infans*, nos paradis perdus

« L'écrivain se répète, réécrit, rejoue sans cesse cette même histoire, et bute sur cette impasse constitutive qui de cette vague au large, nous ramène toujours sur la grève ; de la mère nous échoue l'*infans*, hors du souffle de l'informe point de salut ; montent de la mer le bruissement du ressac, et la voix des enfants qui jouaient sur la plage. Siècles après siècles, les dunes se déplacent,

¹ Besse, P, – Caractéristique phénoménologique du délire mélancolique, 1992

² *ibid*

³ *ibid*

⁴ Reznik, S, –Personne et psychose, Études sur le langage du corps, Hublot, 1999, 218p

imperceptiblement le paysage se déforme, modifié, se
recrée. »¹

Pourquoi ne pouvons-nous pas revenir en arrière? Cette dialectique du temps soumet l'homme dans l'inéluctabilité de son existence. Le mélancolique et l'anorexique ont comme point commun celui du souhait inconscient de la répétition d'un passé qui ne passe pas. Ce passé au présent sans avenir, serait-ce le temps de l'*infans*, cet « éternel infantile »? Comme si l'enfance et son impression de « toute-puissance » étaient indépassables pour ces sujets? Pour Freud, l'infantile est le « noyau inconscient », à partir duquel vont se fixer les désirs infantiles, fondant l'inconscient et avec lui le Ça. Ce noyau infantile, bien qu'aussi inaccessible que l'inconscient, va constituer l'avenir psychique du sujet. C'est la théorie de l'après-coup : « ce qui a été fixé ne devient actif que dans un second temps qui donne sens au premier. »² Toute séparation, tout changement implique un passage du temps, et révèle avec lui les tensions jusqu'ici cachées. Et pourtant, il semblerait que l'anorexique et le mélancolique s'efforcent de déroger à cet inéluctable avenir en s'appliquant à rester ancrés dans un passé éternellement révolu : leurs paradis perdus.

Nos paradis perdus, sans cesse recherchés, représenteraient tout ce qui ne finit pas de mourir en nous, nos désirs, nos souhaits refusés, refoulés : les vrais paradis ne seraient-ils pas ceux qu'on a perdus? Pour Corcos « on commence à faire la cuisine quand on a perdu le goût des autres, et qu'on recherche dans une recette, la fameuse madeleine du *Temps perdu*, le retour à la tendre innocence d'avant la découverte du dégoût. »³ L'anorexique meurt d'une faim cachée, une faim qu'elle préfère garder, pour éviter de succomber à son appétit d'ogre qui risquerait de la renvoyer à ses madeleines apocalyptiques et ainsi au constat décevant du dégoût de sa vie. L'anorexique cherche à « rester comme avant... sur sa faim ». ⁴ Ces paradis artificiels de l'enfance, risquent de la faire basculer, comme un toxicomane bascule dans la drogue dure, dans le cercle infernal et pas du tout artificiel de l'anorexie.

Dans une temporalité vide, le mélancolique vit constamment en présence de la mort. Il est mort, mais paradoxalement, il doit se tuer pour mourir. L'acte suicidaire est paradoxalement un acte pour ne pas subir le temps passé, perdu, fini, et la mort, l'intentionnalité suicidaire permettant d'opérer une maîtrise de cette mort. En se donnant la mort, en étant l'auteur de sa perte, il ne subit plus cette mort. Bien que ce dépassement se fasse aux dépens de sa vie... Comme pour « monter dans un train sans fin, lancé dans la nuit insondable vers un futur brumeux et incertain. »⁵

¹ Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

² *ibid*

³ Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

⁴ *ibid*

⁵ Wong K-W, – 2046, Orly Films, Hong Kong, 2004

4.4 Lene Marie, Renaissance dans la mort : beauté thanatopique

« La beauté n'est rien d'autre que le début d'une terreur à
peine supportable. »¹

« Il n'est pas à la beauté d'autre origine que la blessure,
singulière, différente pour chacun, cachée ou visible, que
tout homme garde en soi, qu'il préserve et où il se retire
quand il veut quitter le monde pour une solitude
temporaire et profonde. »²

Cette sous-partie n'aurait pu trouver meilleure place, entre négation du temps jusqu'à négation de la vie, et créativité. Le documentaire sur Lene Marie Fossen³, jeune photographe norvégienne, réunit les deux sujets de cette thèse que sont l'anorexie et la mélancolie. Son excellente capacité d'élaboration a nourri directement notre travail. Toutes les citations qui suivent proviennent de Lene Marie.

Lene Marie a souffert d'anorexie dès ses 10 ans, pendant plus de 20 ans. Décédée en 2019 à l'âge de 33 ans, elle découvre la photographie au cours de l'une de ses thérapies dans le but d'arrêter le temps et d'entrer en contact avec elle-même et avec le monde : « *Je voulais pouvoir arrêter le temps parce qu'il passait trop vite, je ne voulais pas devenir adulte... J'ai 28 ans et je n'ai jamais atteint la puberté, je veux rester enfant* ». Son travail lui vaudra une reconnaissance de ses pairs qui n'hésiteront pas à comparer ses œuvres à celles de la Renaissance dont celles du Caravage. Bien qu'elle combatte pour ne pas être considérée comme « la photographe anorexique », le lien ne pourra être occulté.

En dehors d'un exercice ascétique soigné dans la ferme de son enfance où elle vit seule avec ses parents (« *je vis comme une nonne, emmurée* »), elle se prête aussi à l'aventure et la découverte de l'Autre au prisme de voyages auprès de réfugiés. Ses portraits, plein de délicatesse et d'attention, témoignent d'une soif de rencontres avec l'Autre. Ses

¹Rilke, R-M, (1912-1922) – *La Première Élégie*, Élégies de Duino, Allia, 2015, 64p

² Genet, J, (1958) – *L'atelier d'Alberto Giacometti*, Gallimard, 2007, 96p

³ Olin, M, Wallin, E, Høgset, K, – *Lene Marie ou le vrai visage de l'anorexie*, Speranza Films, BR/ARTE, 2020

photographies très contrastées exposent des visages souvent ridés, signant la vie et la vieillesse... ce temps qui passe et auquel elle s'évertue pourtant d'échapper.

Lene Marie a fui les hôpitaux pendant près de 20 ans, après plusieurs expériences traumatiques d'enfermement. « *Maintenant, je suis libre, on ne va pas m'enfermer à l'hôpital* », le monde hospitalier représentant pour elle la perte de dignité humaine et d'impuissance totale, « *l'idée qu'un médicament entre dans mon corps me panique.* » Et pourtant, elle constate seule l'enfermement psychique auquel elle se soumet : « *C'est comme si je me jetais moi-même en prison, où ma maladie a tous les pouvoirs. Si je n'obéis pas à ses ordres, je suis punie. C'est comme si j'avais un régime nazi à l'intérieur de mon propre corps. Tu cherches partout des portes, mais tu n'arrives pas à sortir.* », « *Comme si j'avais deux parties en moi : une qui veut guérir, et une qui s'accroche à la maladie : quoique tu fasses, une partie de toi souffrira* ».

Ses autoportraits la montrent souvent dénudée, déshabillée, dans des anciennes bâtisses abandonnées, accentuant son corps sévèrement étique qui rappelle, par son développement disharmonieux, celui d'un fœtus n'ayant jamais évolué, un fœtus mort. Elle se scénarise dans cet univers délaissé, mettant en exergue de façon parfois morbide son corps cadavérique, le rendant acerbe et âpre pour le spectateur qui préfère détourner le regard de ces clichés qui dérangent. Au fil du documentaire, elle reconnaît le caractère effrayant de ses photographies, reconnaissance qui pourrait révéler un mince espoir concernant le regard qu'elle pose sur elle (et ainsi sa guérison) et qui pourtant résonne comme une prise de conscience trop tardive : « *C'est le corps d'une enfant décharnée, c'est une représentation de quelque chose qui me dépasse, ce n'est pas moi.* »

La morbidité qui se dégage de son travail touche aussi son entourage : ses parents, par leur habitude (ou leur déni ?) de son extrême maigreur, et les spectateurs qui viennent la féliciter après un vernissage, fascinés par la beauté de ses clichés, participant ainsi à leur insu à la consolidation de son identité anorexique. Le vif intérêt suscité par son entourage pour son travail va lui prodiguer la peur de ne plus plaire, si elle venait à guérir, guérison qui la plongerait alors dans une solitude qui n'intéresserait plus personne... Classique phénomène chez l'artiste tourmenté, qui se console dans sa souffrance par la fascination qu'il érige autour de lui.

Néanmoins, malgré l'horreur de ses clichés, une beauté certaine – thanatopique – se dégage de ses photographies, peut-être parce que son art l'éloigne de la maladie : « *Quand je prends des photos, mon appétit revient, je fais autre chose que d'être malade... L'art naît de la mélancolie. Pour créer, il faut trouver le soleil noir qui est en soi.* » À présent, elle veut témoigner de la douleur du monde : « *je veux montrer une vie remplie de douleur, mais montrer que cette douleur peut être belle* ».

Par la création, elle semble avoir saisi la subtilité de la présence dans l'absence pour pouvoir la dépasser. La possibilité de la mort semble lui ouvrir une nouvelle voie de renaissance dans

la réalité qu'elle croyait terminée : « Et la voilà, au risque de s'enfermer dans le masochisme profond de la nature humaine, qui a besoin de souffrir pour pouvoir s'éprouver vivante dans la douleur et avoir conscience d'elle-même. »¹ La maladie lui a été un point d'ancrage quand tout le reste était incertain, l'orientant vers la photographie devenue son échappatoire, son exutoire, son refuge. Et pourtant, la photographie n'a-t-elle pas majoré chez elle l'exercice de maîtrise de son image et de celle de l'Autre, elle qui choisit seule *quand* appuyer sur l'objectif ?

Comme nous avons pu l'articuler dans cette partie, mélancolique et anorexique se rejoignent dans une quête du vide, dans une recherche de néantisation de soi. C'est dans cette quête sans limite semblable à celle de l'absolu du mystique, que nous intervenons en tant que soignants. Or, nous ne pouvons les accompagner au bout de leur vide, sur ce chemin qui les guiderait vers leur lumière, celle de la révélation divine où la seule issue réside dans la mort. Cependant, nous pouvons les détourner de cette lumière et les conduire vers une autre, celle de la créativité. Cela implique deux points nécessaires pour le patient et le soignant : la capacité du premier à accéder à une dépressivité et donc à une conflictualité, et l'acceptation pour le second de cheminer en permanence en parallèle de la voie de la mort.

¹Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

5 Avant de conclure

5.1 La dépressivité permet la créativité

5.1.1 Dépressivité comme défense contre la dépression quand le mouvement est menacé

Nous avons précédemment insisté sur l'importance au cours du développement adolescent de l'existence d'un mouvement de régression. Ce dernier protégerait l'adolescent d'un désespoir secondaire au constat de l'irradiation d'une perte (perte identitaire, perte des identifications, perte corporelle, perte du sentiment de toute-puissance, etc.) qui le détache brutalement et sans transition de l'insouciance infantile. Chaque mise en mouvement résonne pour lui comme une menace de mort, une menace à son intégrité psychique et physique. Ainsi, la dépressivité (ou capacité dépressive) préserve l'adolescent de manière défensive d'une escalade dépressive, mélancolique. Pour Guillemette Balsan, elle constitue une « défense contre l'effondrement mélancolique et l'hémorragie de la culpabilité et de la honte. »¹

Ce temps de retrait, temps de l'absence, « temps de la disparition et promesse des retrouvailles »², n'est-il pas le temps de la représentation et du déploiement créatif du psychisme ? En effet, se déprimer ne permet-il pas avant tout au sujet de (se) penser, de rêver, à un monde meilleur ? de « donner forme psychique à un effondrement traumatique, afin que par l'acte, depuis sa décharge, quelque chose vienne s'inscrire autrement que sur du sable, qui tient lieu de penser. »³ et donc de sauver sa vie psychique de l'ennui et l'abrutissement ? Fédida explique l'utilité du gel psychique provoqué par cet état de dépressivité dans la conservation de la vie : « la dépression serait l'état d'une névrose glaciaire dont il serait aussi la protection. »⁴

5.1.2 Créativité comme axe de guérison

¹ Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

² *ibid*

³ Cyssau, C, – Les dépressions de la vie, Presses Universitaires de France, 2004, 239p

⁴ Fédida, P, (2001) – Des bienfaits de la dépression, Eloge de la psychothérapie, Odile Jacob, 2003, 200p

« Pourquoi s'échiner à rechercher et explorer l'inconscient, soit le hors-temps ; soit le temps d'avant la naissance quand Melle A. était dans la bulle du ventre maternel ; soit le temps perdu ; soit le premier moment de la rencontre, du fait de l'absence de l'objet, avec la douleur psychique, le réel, le néant, le vide... la mort... le moment où Melle A. a pactisé avec « *le manque de sens de la vie* », le hors-sens, l'inouï ? Eh bien, parce que c'est là (dans le temps resitué et restitué), que se trouve la réserve de la création. C'est à partir de là que Melle A. pourra se refaire un passé qui ne mélancolise pas le futur. »¹

La capacité de création dépend de l'élaboration réussie de la capacité dépressive. En effet, celle-ci serait signe de créativité, car permettant de réanimer le vivant psychique inanimé. Mélanie Klein² a montré comment le deuil consistait à revivre les angoisses dépressives précoces. Dans le processus de deuil, les premiers objets sont perdus pour être ensuite recréés, le deuil engendrant ainsi le désir de recréer le monde perdu. Vaincre la mort grâce à la création : n'est-ce pas ce que Proust ne cesse de démontrer par le besoin de l'artiste à retrouver le temps perdu qui l'amènerait à créer ? La richesse de l'angoisse précoce qui mène à l'élan créateur... Toute création serait en fait la recréation d'un objet auparavant aimé et total, mais maintenant perdu et abîmé. C'est lorsque le monde est détruit à l'intérieur de nous-mêmes, lorsqu'il est mort et dépourvu d'amour, lorsque nos bien-aimés sont en mille morceaux et nous-mêmes plongés dans un désespoir sans issue que nous devons recréer notre monde, rassembler les morceaux, recréer la vie.

Ainsi, créer une œuvre d'art permettrait à l'artiste de s'emparer pleinement du passé : « On ne peut recréer ce qu'on aime qu'en y renonçant »³. Grâce à son œuvre, il va pouvoir donner une vie éternelle à l'objet perdu et ainsi parvenir à surmonter l'angoisse dépressive pour recréer le monde. La réussite de l'artiste dépend de la mesure dans laquelle il est pleinement capable d'admettre et d'exprimer ses fantasmes et ses angoisses dépressives.

En thérapie, le patient attend d'être reçu tout entier par le thérapeute, malgré l'état « informe » dans lequel il se sent, attendant de lui qu'il lui renvoie une sensation de substance interne. La créativité est possible s'il a existé cette aire transitionnelle entre le bébé et sa mère, aire qui les sépare et les réunit. Aire de différenciation entre le subjectif (réalité interne) et ce qui est objectivement perçu (réalité externe). La psychothérapie, selon Winnicott, est un « lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient, et celle du thérapeute. (...) Là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer, à un état où il est capable de le faire. »⁴ Jouer est une thérapie dans le sens où elle permet une expérience créative sans but précis. S'autoriser à jouer, c'est s'autoriser à

¹ Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

² Klein, M, (1934) – Deuil et dépression, Payot, 2016, 160p

³ Besse, P, – Caractéristique phénoménologique du délire mélancolique, 1992

⁴ Winnicott, D.W., (1971) – Jeu et réalité, l'espace potentiel, Gallimard, 1975, 212p

créer, à se sentir réel pour pouvoir commencer la quête de soi. La création va venir bousculer ce qui paraissait fixé, immuable, englué dans le gel psychique du mélancolique et de l'anorexique, dans le but que peu à peu, leurs corps dévitalisés se rechargent, se réaniment, se réchauffent, qu'ils trouvent leur propre rythme afin de pouvoir accueillir leurs âmes avec sécurité.

L'objectif essentiel de la prise en charge des anorexiques consiste à les dégager de la nourriture en éveillant chez elles la spontanéité, la créativité. Les soins doivent être les plus fantaisistes possibles. Le psychothérapeute va devoir se faire une petite place au sein de la bulle qui les protège, pour que, peu à peu, elles puissent d'elles-mêmes avoir le courage de percer cette bulle de l'intérieur, s'ouvrir vers l'extérieur et enfin pouvoir sortir de ce qui pourrait être considéré comme le ventre maternel¹?

5.2 La narrativité fait liaison

« Roc, compactage, cimentation du sujet. L'anorexie n'est pas seulement un appel mais aussi un mur. C'est un mur contre le mur du langage : l'anorexie est fermeture. »²

L'enveloppe narrative est la base de toute expérience subjective. La berceuse, définie par Anzieu comme « enveloppe sonore »³, prévient le coucher et donc la séparation d'avec la mère. L'identité se construit dans le récit, et la berceuse de la mère pourrait s'inscrire comme prototype du récit du bébé, dans lequel la mère lui chante son histoire, permettant au bébé de devenir sujet de son propre récit. Les traumatismes de la vie, comme les deuils, vont être à l'origine de ruptures et donc de discontinuités du fil narratif. En psychanalyse, la narrativité est anti-traumatique, car elle fait liaison, permettant de remettre à l'heure l'horloge interne des désirs : « Analyser, c'est déconstruire. Car plus le sens est construit et plus le système tend à se refermer sur lui-même, à se clôturer »⁴. En effet, parler de soi, se raconter, s'assimile au fondement des assises narcissiques. L'œuvre de création, qu'elle soit artistique ou psychothérapeutique, oriente vers une ouverture sur sa subjectivité et ainsi sur le monde.

¹ Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

² Recalcati, M, – Séparation et refus : considérations sur le choix de l'anorexie, ERES, Psychanalyse, 2010/2, 18 : 5-17

³ Anzieu, D, – L'enveloppe sonore du soi, Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1976/13 : 161-80

⁴ Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p

Au CHU d'Amiens, ont été proposées des thérapies multifamiliales dans le cadre des prises en charge de patientes anorexiques. Elles consistaient à réunir une fois par mois séparément un groupe d'adolescentes anorexiques et le groupe de parents de ces patientes. Ce récit, « construit à plusieurs voix, revient comme un *leitmotiv* ayant pour fonction de convaincre les nouveaux arrivants encore sceptiques de la possible issue favorable d'un tel processus. »¹. La dynamique de groupe a permis un étayage réciproque entre les patientes et les parents, tout en séparant les espaces psychiques, réunis par le même thérapeute qui choisissait de faire circuler certaines choses plutôt que d'autres entre les deux groupes. En plus du soutien collectif, l'objectif thérapeutique était celui de liaison narrative, en redonnant « à l'appareil psychique sa fonction d'élaboration des conflits, d'aménagement et de médiatisation des contraintes internes et externes, et de protection du sujet. »² Pour Philippe Jeammet, donner un sens aux patients qui ont déjà perdu quelque chose les préserve d'un nouveau sentiment d'abandon.

Les soignants médiateurs, avec le thérapeute, aident à la mise en récit de l'adolescent, en l'aidant à accepter d'ouvrir ce vide en soi, et de dialoguer avec celui-ci pour peu à peu l'occuper pleinement. Il faut l'aider à se construire « une identité narrative, pour suppléer aux courants d'air froid de son identité trouée »³, comme un puzzle pour lequel il manquerait des pièces. Nous devons l'aider à remplir les cases vides de son histoire pour qu'il se raconte, se récite, afin de l'éloigner de la confusion entre la réalité et l'autofiction. Car, avant une présentation symptomatique, c'est avant tout un patient qui se raconte, qui nous raconte sa souffrance, et nous ne pouvons accélérer ce récit. C'est ainsi, au prisme de sa subjectivité et de sa temporalité que le thérapeute va travailler avec lui dans la compréhension de sa souffrance psychique.

Les patientes anorexiques sont souvent dévorées par des contraintes internes, et c'est au thérapeute de les soulager en leur imposant des contraintes externes. Car si elles pouvaient changer de l'intérieur, elles le feraient. C'est au thérapeute de les aider à pouvoir reconstruire avec elles quelque chose d'acceptable, et cela peut passer par la prescription de ce qu'elles ont envie au fond d'elles. En leur imposant une limite, nous leur donnons accès à une liberté jusque-là interdite par elles-mêmes.

¹ Mille, C, et al – Groupes d'anorexiques, groupes de parents : penser le trouble ensemble et autrement?, HS1 Congrès français de Psychiatrie, 2015/30 n°2

² Jeammet, P, – Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires, 95-108, In : Passelecq, A et al – Anorexie et boulimie : une clinique de l'extrême, De Boeck, 2006, 163p, ISBN : 978-2-8041-5225-3

³ Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p

6 Conclusions

THESE SOUTENUE PAR Mme BENHAMOU Marie

CONCLUSIONS

À partir du cas clinique d'une patiente suivie pendant plusieurs mois, nous avons choisi de réfléchir sur les liens cliniques et psychopathologiques entre l'anorexie et la mélancolie à l'adolescence.

L'adolescence est une période pleine de remaniements physiques et psychiques qui peuvent profondément déstabiliser l'adolescent jusqu'à l'égarer sur la question identitaire et narcissique. Cependant, elle est aussi une période particulièrement féconde, car elle permet, par la créativité, une ouverture sur soi et sur le monde. Ainsi, pour celui pour lequel être seul et soutenir le conflit par la coexistence d'imagos aimées et haïes sont impossibles du fait d'un Moi insuffisamment solide et structuré, une séparation pourtant nécessaire va être contournée par des mécanismes défensifs. Or, ce manque identitaire va imprimer chez le sujet un sentiment de défaut de soi, l'installant soit dans un faux-self (retrouvé chez l'anorexique), soit dans une auto dévalorisation et une culpabilité excessives (retrouvées chez le mélancolique).

Cela nous amène au lien principal qui réunit dépression et anorexie, deux pathologies émergentes à l'adolescence. Ce dernier semble résider, par la question de la séparation et de la perte du lien à l'objet, dans la figure du vide, dans l'existence dans l'absence, qui conduirait vers un destin commun : celui de la mort. En effet, par la question de l'anorexie, nous avons posé celle de la maîtrise de soi et de la dépendance du lien à l'Autre, qui parfois emporte le sujet dans une escalade vers la mort. Car l'anorexie mentale ne se résout pas à l'acte de manger, mais elle désigne bien un appétit spirituel et affectif avant tout. Néanmoins, le comportement anorexique ne s'inscrirait-il pas aussi dans une fonction palliative, thérapeutique, antidépressive, en protégeant le sujet de l'angoisse de perte ou de la dépression ? N'apparaît-il pas alors comme le revers de la dépression ou – poussée à

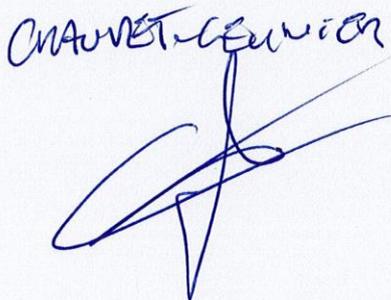
l'extrême – de la mélancolie, en préservant le sujet d'un effondrement inéluctable? Car, quand une anorexique va cliniquement mieux, c'est-à-dire, quand elle commence à abandonner sa quête de maîtrise, quand elle réchauffe le gel psychique qui maintenait jusqu'ici ses angoisses par un phénomène de conservation comme on conserve au froid les aliments, ne s'expose-t-elle pas à la résurgence massive des angoisses, au débordement pulsionnel et ainsi à la menace identitaire qui la ferait sombrer dans l'état mélancolique? N'est-ce pas la raison de la fréquence de suicides chez les anorexiques alors que leur trouble alimentaire s'améliore?

Le délicat exercice du soin de l'anorexique vise à l'amener subtilement vers la créativité (de soi) sans qu'elle soit envahie par un sentiment d'insécurité narcissique. Car, pour créer, l'artiste ne doit-il pas être avant tout dans l'abandon de soi, le lâchage, et le partage de l'Autre? Ce que Lene Marie Fossen ne semble pas être parvenue à atteindre, son art se limitant à celui de la décomposition structurée, de la morbide décrépitude. Nous pourrions ainsi ouvrir ce travail sur la question de l'Art dans le soin : est-il toujours libérateur ? N'entretient-il pas parfois le trouble, jusqu'à entraîner le sujet dans sa perte?

Le Président du jury,

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 26 Octobre 2020
Le Doyen

Pr.



Pr. M. MAYNADIÉ

7 Bibliographie et Filmographie

7.1 Bibliographie

1. Abraham, N, Torok, M, (1959-1975) – L'écorce et le noyau, Flammarion, 2009, 480p, ISBN-10 : 2081223848
2. Alvin, P, (2001) – Anorexies et boulimie à l'adolescence, 4^{ème} édition, Doin, 2013, 232p
3. Anzieu, D, – L'enveloppe sonore du soi, Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1976/13 : 161-80
4. American Psychiatric Association, trad. Crocq, M-A, Guelfi, J-D, – DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, 2015
5. Aulagnier, P, – Se construire un passé, exposé théorique, *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 7, Le narcissisme à l'adolescence (Colloque de Monaco), Bayard, 1989, In : Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p, ISBN 9782343130569
6. Balsan, G, – Temps et mélancolie Après-coup, l'adolescence, L'Harmattan, 2017, 291p, ISBN 9782343130569
7. Bell, R-M, – Holy Anorexia, The University of Chicago Press, 1985, In : Venisse, J-L, – Les nouvelles addictions, Masson, 1991, 263p
8. Bell, R-M, – L'anorexie sainte : jeûne et mysticisme du Moyen Âge à nos jours, Presses Universitaires de France, 1994, 320p, ISBN 10 : 2130453260
9. Besse, P, – Caractéristique phénoménologique du délire mélancolique, 1992
10. Binswanger, L, (1960) – Mélancolie et manie, Presses Universitaires de France, 2002, 136p
11. Brillat-Savarin, J-A, (1825) – Physiologie du goût, ou Méditations de gastronomie transcendante, J. de Bonnot, 1968, 461p
12. Brusset, B, – Psychopathologie de l'anorexie mentale, Dunod, 1998, 229p

13. Campbell, K, Peebles, R, – Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review, Pediatrics, 2014

14. Chabert, C, – Féminin mélancolique, Presses Universitaires de France, 2003. In : Givre, P, – Conséquences psychiques induites par « l'effet-mère », GREUPP « Adolescence », 2014/3 T.32 n°3 : 641-55

15. Chabert, C, – Figures de la dépression, Dunod, 2004, 256p, ISBN-10 : 210007637X

16. Chartier, J-P, – Circulez, il n'y rien à voir. Clinique psychanalytique des états dits « bipolaires », L'esprit du temps, « Topique », 2009/3 n°108 : 237-47, ISBN 978284795159

17. CIM-10 Version 2008, Disponible : <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>

18. Corcos, M, – Le corps absent, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Dunod, Paris, 2000, 329p. In : Vibert, S, Chabert, C, – Anorexie mentale : une traversée mélancolique de l'adolescence ? Etude clinique et projective des processus identificatoires dans les troubles des conduites alimentaires, Presses Universitaires de France « La psychiatrie de l'enfant », 2009/2 vol. 52 : 339-72, ISBN 9782130572794

19. Corcos, M, – Approche psychosomatique des comportements boulimiques, In : Passelecq, A et al – Anorexie et boulimie : une clinique de l'extrême, De Boeck, 2006, 163p, ISBN : 978-2-8041-5225-3

20. Corcos, M, – L'anorexie mentale, Journal des psychologues, 2006, 234 : 58-62, In : Pingaud, A, – Anorexie mentale chez l'adolescente : réflexions sur le cadre thérapeutique sans contrat de poids, Mémoire, 2008, 84p

21. Corcos, M, Dupont M-E, – Approche psychanalytique de l'anorexie mentale – Nutrition clinique et métabolisme, 2008

22. Corcos, M, Lamas, C, Pham-Scottez, A, – L'anorexie mentale, Dénis et réalités, Doin, 2008, 88p

23. Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p, ISBN : 9782738147769

24. Cotard, J, – Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse, Annales Médico-psychologiques, 1880/4 : 168-74

25. Cyssau, C, – Les dépressions de la vie, Presses Universitaires de France, 2004, 239p

26. Dassonville, M, – Clinique des familles et familles dans la clinique, In : Passelecq, A et al – Anorexie et boulimie : une clinique de l'extrême, De Boeck, 2006, 163p, ISBN : 978-2-8041-5225-3
27. De la Gorce, B, – L'idéologie du contrat de soins à l'aune de la contrainte anorexique, Perspectives Psy, 2005/44 n°2 : 117-26
28. Deutsch, H, – La psychologie des femmes : études psychanalytiques, Presses Universitaires de France, 1997. In : Givre, P, – Conséquences psychiques induites par « l'effet-mère », GREUPP « Adolescence », 2014/3 T.32 n°3 : 641-55
29. Dilet, R-S, Birmaher, B, (2012) – Bipolar disorder in children and adolescents. In : Marcelli, D, Braconnier, A, – Adolescence et psychopathologie, 8^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013, 669p
30. Duverger, P, et al. – Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent, Médecine Sciences Publications, 2017, 248p
31. Ehrenberg, A, – La fatigue d'être soi, Odile Jacob, 1998, 414p, ISBN-10 : 2738108598
32. Fédida, P, – *Une faim de non recevoir*, Corps du vide et espace de séance, Ed. Jean-Pierre Delarge, 1977. In : Corcos, M, – Abécédaire de l'anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p, ISBN : 9782738147769
33. Fédida, P, (2001) – Des bienfaits de la dépression, Eloge de la psychothérapie, Odile Jacob, 2003, 200p, ISBN-10 : 2738112447
34. Fédida P., Wolf-Fédida M. (sous la dir. de), (1986) – Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse, collection Phéno, Le Cercle Herméneutique, 2004; réed. de Echo-Centurion.
35. Ferenczi, S, (1909) – Transfert et introjection, In : Œuvres complètes T1, Payot, 1990, 265p, ISBN-10 : 2228881538
36. Freud, S, – « Manuscrit G », La naissance de la psychanalyse, Presses Universitaires de France, 1895 : 91-97
37. Freud, S, – La décomposition de la personnalité psychique, XXXI^{ème} conférence, trad. Française in Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, Gallimard, 1984, 80-110
38. Freud, S, (1915-1938) – Métapsychologie, Gallimard, 1986, 185p, ISBN-10 : 2070323404
39. Freud, S, (1905) – Trois essais sur la théorie sexuelle, Gallimard, 1989, 211p, ISBN-10 : 2070325393

40. Freud, S, (1920) – Au-delà du principe de plaisir, Payot, 2010, 160p, ISBN-10 : 2228905534
41. Freud, S, (1917) – Deuil et Mélancolie, Payot, 2011, 96p, ISBN-10 : 2228906123
42. Genet, J, (1958) – L'atelier d'Alberto Giacometti, Gallimard, 2007, 96p, ISBN-10 : 2070786315
43. Givre, P, – Conséquences psychiques induites par « l'effet-mère », GREUPP « Adolescence », 2014/3 T.32 n°3 : 641-55
44. Gorwood, P, Wohl, M, Purper, D, – Génétique des pathologies psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent, EMC, 2004, Psychiatrie 1 : 4-14
45. Gorwood, P, et al – New insights in anorexia nervosa, Front Neurosciences, 2016/10 : 256.
In : Ramoz, N, Clarke, J, Gorwood, P, – Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires, Biologie, 2017/211, 1 : 97-102
46. Grall-Bronnec, M, Guillou-Landreat, M, Venisse, J-L, – Aspects sémiologiques de l'anorexie mentale, Nutrition clinique et métabolisme, 2008/21 n°4 : 135-212
47. Gramond, A, Consoli, A, Maury, M, – Les thymorégulateurs chez l'enfant et l'adolescent, Neuropsychiatrie Enfance Adolescence, 2012/60 : 5-11
48. Green, A, (1983) – Narcissisme de vie, Narcissisme de mort, Les Éditions de Minuit, 2007, 317p
49. Gutton, P, – Le pubertaire, Presses Universitaires de France, 1991, In : Marcelli, D, Braconnier, A, – Adolescence et psychopathologie, 8^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013, 669p
50. Guyomard, D, – L'effet-mère, Presses Universitaires de France, 2009 In : Givre, P, – Conséquences psychiques induites par « l'effet-mère », GREUPP « Adolescence », 2014/3 T.32 n°3 : 641-55
51. Hugo, V, (1864) – William Shakespeare, Flammarion, 2014, 589p, ISBN-10 : 2081331845
52. Inserm, – Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective, Les Editions Inserm, 2002, 878p
53. Jaspers, K, (1928) – Psychopathologie générale, Bibliothèque des introuvables, 2000, 536p, ISBN-10 : 2845750226
54. Jeammet, P, – L'anorexie mentale, Doins Editeurs, Paris, 1985

55. Jeammet, P, – Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l’adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance, *Confrontations psychiatriques*, 1989, 31 : 177-202
56. Jeammet, P, – Les vicissitudes du travail de séparation à l’adolescence, *Approches psychopathologiques et thérapeutiques*, Exposé présenté aux Journées Annuelles de la Société Française de Psychiatrie de l’Enfant et de l’Adolescent, Amiens, 14-16 mai 1993
57. Jeammet, P, – Le passage à l’acte, *L’Esprit du temps*, 2005/2 n°16 : 57-63
58. Jeammet, P, – Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires, 95-108, In : Passelecq, A et al – *Anorexie et boulimie : une clinique de l’extrême*, De Boeck, 2006, 163p, ISBN : 978-2-8041-5225-3
59. Jeammet, P, Corcos, M, – Evolution des problématiques à l’adolescence. L’émergence de la dépendance et ses aménagements, Doin, 2010, 140p
60. Kestemberg, E, Kestemberg, J, Decobert, S, (1983) – *La faim et le corps, Une étude psychanalytique de l’anorexie mentale*, Presses Universitaires de France, 2005, 306p
61. Kestemberg, E, – *L’Adolescence à vif*, Presses Universitaires de France, 1999, 280p, ISBN-10 : 213049823X
62. Klein, M, (1934) – *Deuil et dépression*, Payot, 2016, 160p
63. Kraus, A, – La temporalité dans la constitution prémorbide des mélancoliques, *Actualités psychiatriques*, 1986/5, p35-41
64. Linehan, M, – *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, 1993, p584
65. Loesch, O, – A propos d’un cas d’anorexie mentale du garçon, *Mémoire*, 2002, 76p
66. Mâle, P, (1971) – *Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l’adolescence, La crise juvénile, Œuvres complètes, tome I*, Payot, Paris, 1982, 280p
67. Maldiney, H, (1991) – *Penser l’homme et la folie*, Ed. Jérôme Millon, 2007, 308p
68. Marcé, L-V, – Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus alimentaire, Séance de la Société Médico-psychologique du 31 octobre 1859. In : « *Annales médico-psychologiques* », tome sixième, 3ème série, 1860 : 15-28.

69. Marcelli, D, Braconnier, A, – Adolescence et psychopathologie : le problème de la dépression, Elsevier Masson, 2008
70. Marcelli, D, Braconnier, A, – Adolescence et psychopathologie, 8^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013, 669p
71. Meuret, I, – L’anorexie créatrice, Klincksieck, 2007, 208p, In : Corcos, M, – Abécédaire de l’anorexie, Odile Jacob, 2020, 329p, ISBN : 9782738147769
72. Mille, C, et al – Groupes d’anorexiques, groupes de parents : penser le trouble ensemble et autrement ?, HS1 Congrès français de Psychiatrie, 2015/30 n°2
73. Minkowski, E, – Etude sur la structure des états de dépression : les dépressions ambivalentes, Nouvel objet, 1993, 118p, ISBN-10 : 2840850060
74. Minuchin, S, Rosman, B, Baker, L, – Psychosomatic Families, Anorexia nervosa in context, Harvard University Press, 1978, 351p
75. Passelecq, A et al – Anorexie et boulimie : une clinique de l’extrême, De Boeck, 2006, 163p, ISBN : 978-2-8041-5225-3
76. Perdereau, F, Godart, N, Jeammet, P, – Antécédents psychiatriques familiaux dans l’anorexie mentale, Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence, 2002, 50 : 173-82
77. Perret-Catipovic, M, Ladame, F, – Adolescence et psychanalyse : une histoire, Delachaux et Niestlé, 1997, 253p
78. Pigeaud, J, – La maladie de l’âme. Etude sur la relation de l’âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique, Les Belles Lettres, 1981, 592p, ISBN-10 : 2251328424
79. Pingaud, A, – Anorexie mentale chez l’adolescente : réflexions sur le cadre thérapeutique sans contrat de poids, Mémoire, 2008, 84p
80. Pomerleau, G, – Anorexie et boulimie : Démystifier les maladies mentales, comprendre pour agir, Ed Gaëtan Morin, 2001, 212p
81. Porcheret, B, – L’essence de la tragédie, Un commentaire de l’Antigone de Sophocle, 2016, consulté le 03 septembre 2020, Disponible : https://www.lacan-universite.fr/wp-content/uploads/2016/11/5_PORCHERET.pdf
82. Ramoz, N, et al, – Eating disorders : an overview of treatment responses and the potential impact of vulnerability genes and endophenotypes, Expert Opinion on Pharmacotherapy,

- 2007/8, 20292044. In : Ramoz, N, Clarke, J, Gorwood, P, – Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires, *Biologie*, 2017/211, 1 : 97-102
83. Ramoz, N, et al, – Anorexia nervosa and estrogen receptors, *Vitamins and hormones*, 2013/92 : 141-163. In : Ramoz, N, Clarke, J, Gorwood, P, – Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires, *Biologie*, 2017/211, 1 : 97-102
84. Ramoz, N, Clarke, J, Gorwood, P, – Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires, *Biologie*, 2017/211, 1 : 97-102
85. Recalcati, M, – Séparation et refus : considérations sur le choix de l'anorexie, *ERES*, « *Psychanalyse* », 2010/2, 18 : 5-17, ISBN 9782749212289
86. Recalcati, M, – L'anorexie comme suicide différé, *ERES*, « *La clinique lacanienne* », 2011/2, 20 : 59-74, ISBN 9782749214955
87. Révah-Lévy, A, – Évaluation de la dépression chez l'adolescent ; de la clinique à la psychométrie. Thèse de psychologie, Université Paris XIII, 2005
88. Reznik, S, – Personne et psychose, *Etudes sur le langage du corps*, Hublot, 1999, 218p
89. Rey, J-M, Bella-Awusah, T, Jing, L, (2012) – Depression in children and adolescent, In : Marcelli, D, Braconnier, A, – *Adolescence et psychopathologie*, 8^{ème} édition, Elsevier Masson, 2013, 669p
90. Richard, B, – Parcours thérapeutique d'une anorexique, *ESF*, 1996, Paris, 149p
91. Rigaud, D, – Composantes neurosensorielles et hormonales dans l'anorexie mentale, *Nutrition clinique et métabolique*, 2007
92. Rilke, R-M, (1912-1922) – *La Première Élégie*, *Élégies de Duino*, Allia, 2015, 64p, ISBN-10 : 2844859836
93. Rosenberg, B, – Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie, *Presses Universitaires de France*, 1999, 160p, ISBN 9782130434900
94. Rossi, P, – Manger : besoin, désir, obsession, *Arléa*, 2012, 168p, ISBN 10 : 2869599773
95. Rousset, I, Kipman A, Ades P, Gorwood P – Personnalité, tempérament et anorexie mentale, *Ann Méd Psychol*, 2004, 162 : 180-88
96. Roussillon, R, – Dépression du bébé, dépression de l'adolescent (partie 3) : La perte du potentiel. Perdre ce qui n'a eu lieu, *Carnet Psy*, 2008, 130 : 35-39

97. Rufo, M, – *La consultation d'adolescents*. In Duverger, P, et al. – Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent, Médecine Sciences Publications, 2017, 221-24
98. Schiltz, L, – Le monde en blanc dans l'anorexie mentale de la préadolescence, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2006, 54 : 297-303
99. Starobinski, J, – *Dans ton néant j'espère trouver ton tout*, L'encre de la mélancolie, Seuil, 2012, 661p
100. Sophocle, (441 av. J.-C.) – *Antigone*, Librio, 2005, 94p
101. Tandonnet, L, Bridier, F, Nouyrigat, E et al., – Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. *Argumentaire scientifique*, HAS, 2014
102. Tandonnet, L, Marcelli, D, – *Manifestations dépressives et troubles de l'humeur à l'adolescence*. In : Duverger, P, et al. – Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent, Médecine Sciences Publications, 2017, 190-200
103. Tatossian, A, (1979) – *La phénoménologie des psychoses*, Le Cercle Herméneutique, 2002, 256p
104. Tatossian, A, (1986) – *Pratique psychiatrique et phénoménologique*. In : Fédida, P, Wolf-Fédida, M, (sous la dir. de), *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*, collection Phéno, Le Cercle Herméneutique, 2004, ISBN : 978-2-9516507-8-7
105. Tellenbach, H, – *La mélancolie*, Presses Universitaires de France, 1979, 336p
106. Thapar, A, Collishaw, S, Pine D-S, – Depression in adolescence, *Lancet*, 2012/379 : 1056-67
107. Venisse, J-L, – *Les nouvelles addictions*, Masson, 1991, 263p
108. Vinet, C, Hassan, R, Louppe, F, – *Lecture des troubles de personnalité limite à travers la théorie de l'attachement*, AMP, 2017, 176 : 456-61
109. Vibert, S, Chabert, C, – *Anorexie mentale : une traversée mélancolique de l'adolescence ? Etude clinique et projective des processus identificatoires dans les troubles des conduites alimentaires*, Presses Universitaires de France « La psychiatrie de l'enfant », 2009/2 vol. 52 : 339-72, ISBN 9782130572794

110. Voyer, A, Nicolas, I, Corcos, M, – *Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence*. In Duverger, P, et al. – *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent*, Médecine Sciences Publications, 2017, 159-69
111. Widlöcher, D, – *Séminaire de l'Hôpital de la Salpêtrière*, 1979
112. Winnicott, D.W., (1971) – *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Gallimard, 1975, 212p, ISBN-10 : 2070293033
113. Winnicott, D.W., (1974) – *La crainte de l'effondrement, et autres situations cliniques*, Gallimard, 2000, 370p, ISBN-10 : 2070733629

7.2 Filmographie

1. Besson, L, – *Le Grand Bleu*, Les Films du Loup et Gaumont, France, États-Unis, Italie, 1988
2. Olin, M, Wallin, E, Høgset, K, – *Lene Marie ou le vrai visage de l'anorexie*, Speranza Films, BR/ARTE, 2020
3. Wong, K-W, – *2046*, Orly Films, Hong Kong, 2004

**TITRE DE LA THESE : LA MELANCOLIE ET L'ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENTE :
QUELS LIENS ? REFLEXION CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE.**

AUTEUR : MARIE BENHAMOU

RESUME :

L'enjeu de l'adolescence réside dans la capacité à se séparer de ses figures parentales, malgré la peur de les perdre. Pour cela, l'adolescent va devoir débiter un réel travail de deuil : perte du monde de l'enfance, perte de ses objets d'amour infantiles. L'énigme de l'adolescence renverrait à celle du vide et de la terreur d'exister, d'aimer et d'être aimée. Nous retrouvons ces angoisses chez le mélancolique et l'anorexique, pour qui la conflictualisation est impossible, du fait d'un Moi insuffisamment solide et structuré.

Dans la mélancolie, le processus de deuil est entravé par une perte sans objet identifié, le mélancolique s'identifiant alors à l'objet perdu (la mort), alors que l'anorexique refuse obstinément le travail de séparation en s'installant dans un processus d'anti-deuil. L'appétit de mort par le fantasme d'incorporation anime ces patients. Il s'exprime physiquement par un corps dévitalisé, monstrueux, cadavérique. La régression cannibalique est poussée à l'extrême : manger le mort, c'est l'assimiler dans le Moi qui est en deuil.

Le mélancolique et l'anorexique se rejoindraient sur le souhait inconscient de la répétition d'un passé qui ne passe pas : serait-ce le temps de l'*infans* ? À l'inverse de l'artiste, qui, par le biais de sa créativité, va exceller pour tenter de se réparer narcissiquement (se recréer à nouveau), celui qui ne peut créer va (se) détruire pour exister, comme le fait le toxicomane. Fuir dans l'échec par peur de ne pas être à la hauteur et de subir un sentiment de culpabilité. L'œuvre de création, qu'elle soit artistique ou psychothérapeutique, fait liaison, et oriente vers une ouverture sur sa subjectivité et ainsi sur le monde.

**MOTS-CLES : ANOREXIE – MELANCOLIE – DEPRESSION – ADOLESCENCE –
PSYCHOPATHOLOGIE.**