

LE MINIMUM EST LE MAXIMUM – UNE APPROCHE DE L'ANOREXIE

Mario Pablo Fuks

Résumé :

À une époque dont l'aspiration est celle d'un accès complet, libre et a-conflitif à tout type de réalisations et de plaisirs individuels, sans la gêne d'énigmes ni de drames existentiels, le rejet à l'alimentation, ou sa gestion quelques fois toute-puissante et d'autres fois incontrôlée, fait de la vie d'un nombre croissant de jeunes, de femmes pour la plupart, une énigme et un défi pour les savoirs et pour les pratiques thérapeutiques contemporaines. L'encadrement médical exclusivement objectiviste, quantificateur et pragmatiste prédominant dans l'actualité, centrée sur la normalisation du comportement alimentaire, tend à oblitérer toute problématique où la subjectivité se fasse présente. Le travail explore les modèles qui peuvent opérer comme référence, à l'intérieur de la psychopathologie psychanalytique pour orienter la compréhension clinique de ces formes de souffrance et la reconnaissance de mouvements de re-subjectivation émergents dans les processus thérapeutiques.

Dans un temps dont l'aspiration est celle d'un accès complet, libre et a-conflitif à tout type de réalisations et des plaisirs individuels, sans la gêne d'énigmes ni drames existentiels, le rejet de l'alimentation, ou sa gestion quelques fois toute-puissante et d'autres fois incontrôlée, fait de la vie d'un nombre croissant de jeunes, des femmes pour la plupart, une énigme et un défi pour les savoirs et pour les pratiques thérapeutiques contemporaines.

Mettre en jeu dans le corps une signification qui le dépasse, suscite un travail de recherche et d'élaboration qui articule fréquemment l'histoire, un

contexte socioculturel et une théorisation métapsychologique. En même temps que l'hystérie apparaît ici comme un terme obligatoire de référence et de comparaison, tant théorique que clinique, les considérations psychopathologiques rapportées aux vicissitudes du narcissisme et aux modèles explicatifs des impulsions et des adictions gagnent un espace chaque fois plus grand. La problématique identificatoire, la constitution du lien social et la dynamique de l'"idéal" sont, aussi, des éléments significatifs pour la compréhension de ces tableaux.¹

C'est prévisible qu'ayant accumulé déjà un considérable fonds d'informations, statistiques et discours spécialisés et de divulgation sur les anorexies et les boulimies, et en étant connu que les hystériques cherchent à se situer toujours en place de l'objet de quelque savoir constitué et en vigueur pour être reconnus par quelqu'un qu'il pose comme maître de ce savoir, vienne à apparaître une grande quantité de patients avec des perturbations alimentaires sur base hystérique². Avec cette figure du maître et son savoir supposé, l'individu tendra à établir ce type de lien particulier, d'amour et de questionnement, d'idéalisation menacée de déception, fondamentalement paradoxale, que le clinicien connaît aussi bien, sans pourtant ne pas se surprendre.

¹ J'ai développé certains de ces aspects concernant la production de la subjectivité dans la contemporanéité en : FUKS, M. "Questões teóricas na psicopatologia contemporânea", présenté à la première rencontre des États Généraux de la Psychanalyse, Paris, 2000.

<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3170/MarioFuks2.htm>

FUKS, M "Nos domínios das neuroses narcísicas e em suas proximidades", présenté au III Rencontre Latin-américain des États Généraux, Buenos Aires , 2002:

http://www.estadosgerais.org/terceiro_encontro/fuks-neuroses.shtml

² C'étaient déjà connus comme des "pathologies du Fantastique" (programme à la télé) des patients qui cherchaient les services de santé le lundi, le lendemain des programmes télévisés d'audience massive dans lesquels il est abordé quelques "maladies de l'actualité". Effet égal ou plus grand a été produit récemment

C'est justement autour de la manière de *savoir* sur sa souffrance, qui nous pouvons indiquer, pour introduire le sujet, une différence entre l'anorexie de base hystérique et la forme classique d'anorexie nerveuse, beaucoup plus sévère. Dans cette dernière, le patient tend à affirmer un savoir propre sur son malaise, qui s'oppose aux exhortations de la famille approuvées dans le sens commun et qui se renforce, de forme manifeste ou latente, quand la famille fait appel à l'approbation du médecin. Il s'agit d'un savoir qui, selon Lasègue, un des premiers à décrire ce tableau³, se construit à partir d'une idée, qu'il n'hésite pas à appeler d'hypothèse théorique ou d'hypothèse instinctive : "manger me fait mal et ce qui doit être fait est éviter de manger". Avec la marche du processus et la stabilisation de la conduite anorexique, se met en avant un optimisme inexpugnable, "moi, je ne me sens pas mal, donc je suis sain". Dans les cas le plus grave, il pourra s'installer un combat avec les médecins concernant la connaissance vraie des risques impliqués à maintenir les régimes⁴.

Il y a, dans toute cette relation avec le savoir et avec la vérité, un recours à une évidence autosoutenue et à une construction logique et rationalisante, que l'approche plus des modalités paranoïque et hypocondriaque, à l'intérieur du tableau des structures narcissiques, que de la névrose hystérique. Comme nous verrons plus en avant, il y a dans tout cela une recherche d'appropriation subjective.

par des protagonistes du "reality show" en parlant sur sa boulimie et en décrivant ou en montrant leurs pratiques purgatives.

³ Lasègue croyait que l'anorexie, connue à des siècles, était exclusivement une forme de manifestation de l'hystérie. LASÈGUE, C. (1873) "Da anorexia histérica", in *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 1, N° 3, 1998.

Les constructions rationalisantes peuvent changer conforme l'époque : dans les temps de Lasègue, ce qui justifie le régime est la douleur à l'estomac ; aujourd'hui, cette justification se centre sur l'image du corps. L'envie d'être maigre, faisant appel à des régimes rigoureusement contrôlés, ainsi comme à l'hyperactivité physique, cherche à se légitimer dans des valeurs culturelles des contemporains qui associent cette condition et ces pratiques à la sveltesse, beauté et santé. Vus depuis cet angle, les perturbations alimentaires peuvent être incluses entre les "symptômes sociaux" caractéristiques de l'époque⁵.

L'émergence croissante de patients avec des anorexies et des boulimies vient à la rencontre d'une médecine et principalement d'une psychiatrie qui traverse un moment particulier. D'une part, l'inclusion des désordres alimentaires comme facteur différencié à l'intérieur des classements psychiatriques nous fait évoquer, concernant ces tableaux, la valeur du geste de Charcot face à l'hystérie à l'octroyer à la dignité de maladie. D'autre part, le neo-organicisme absolue prédominant conditionne les paramètres et les critères à la base desquels ces classements se construisent, opérant, malgré cette reconnaissance, un effet de refus des dimensions subjectives et des histoires de vie associées à ces maladies. Un des paradoxes le plus curieux de la nosographie officielle actuelle habite au fait que'en même temps que par la porte du devant entrent les perturbations alimentaires, sort, par des fonds, rien moins que l'hystérie. Il en reste de cette maladie seulement des conglomerés des symptômes fragmentaires, distribués par les différentes sections. C'est que

⁴ Voir MANONNI, M.: "Un cas d'anorexie mentale"[*Le cas Sidonie*] dans *Le psychiatre, son « fou » et la psychanalyse*, Chap. II, 6: L'institution comme refuge contre l'angoisse. P 139-162, *le cas Sidonie*. Paris : Points, Éditions du Seuil, 1970.

le modèle psychiatrique hégémonique tend à supprimer la notion de processus psychopathologique et, dans la limite, celui de maladie. De ce qu'il s'agit, aujourd'hui, c'est de décrire et d'identifier des syndromes, conçus principalement à partir de sa modificabilité par un agent généralement neurochimique, basé sur un critère purement symptomatique. Ce projet ne s'applique facilement à la complexité des tableaux que nous considérons, et malgré le déficit nutritionnel indiqué comme le facteur causal de grande partie des symptômes, quelques auteurs, dans le champ psychiatrique, reconnaissent la nécessité d'une formulation plus large de la psychopathologie de l'anorexie nerveuse, vue la variabilité historique et culturelle de son expression psychologique⁶. L'action thérapeutique sera dirigée vers la correction du déficit nutritionnel et des symptômes résultants, comme l'aménorrhée, complétée avec la rééducation alimentaire et l'indication complémentaire d'une psychothérapie orientée vers la correction focale du comportement alimentaire.

Néanmoins, dans des innombrables travaux soutenus par des expériences cliniques, il est averti que si nous nous limitons à identifier et à agir sur les comportements alimentaires et leurs effets somatiques et psychiques sans prendre en compte les processus structurels et historiques qui "les ont sollicités", le résultat est nul, pauvre et tendant à la répétition ou à une substitution, non bénéfique, de la symptomatologie.

L'encadrement médical exclusivement objectiviste, quantificateur et pragmatiste, centrée sur la normalisation du comportement, tend à obturer toute

⁵ Voir FUKS, M.P. "Mal-estar na contemporaneidade e patologias decorrentes", in *Psicanálise e Universidade*, N° 9-10, 1998-1999.

problématique dans laquelle la subjectivité se fasse présente. Quand il s'insère dans le jeu de confrontation de forces qui déjà se développe dans le champ familial, outre le caractère répressif ou agressif qu'il puisse assumer, contribue pour renforcer la négation des expériences d'extrême abandon qui traversent ces patients⁷. Toute supposition concernant la sexualité ou quelque registre de la passion tend à être évité. La signification et le sens de symptômes et des comportements – soit quelque chose à être déchiffré, suivant la clef de la conversion hystérique, soit quelque chose à être reconstruit ou construit ayant comme référence les failles narcissiques précoces ou traumatiques - restent de côté.

Nous devons accepter, néanmoins, surtout dans des cas graves, l'existence d'une phase initiale dans laquelle les conditions cliniques exigent la prévalence exclusive des soins médicaux. Incluant quelque chose qui doit être reconnue et indiquée dans bonne quantité de cas, que c'est une centralisation initiale de la question alimentaire avec des patients inquiétés par elle et qui adhèrent à un traitement régulier par cette voie. Mais, une gestion psychiatrique et/ou nutritionnelle et même psychothérapeutique, qui refuse les dimensions plus englobantes de la subjectivité du patient et de son histoire de vie, peut limiter la compréhension des tableaux et la portée thérapeutique à laquelle se peut souhaiter.

⁶ Voir les conclusions de Russell recueillies par NUNES, M.A.A. et RAMOS, D.C. "Anorexia Nervosa: Classificação Diagnóstica e Quadro Clínico", in *Transtornos alimentares e obesidade*, Artmed, Porto Alegre: 1998, p. 22.

⁷ Lasègue remarquait l'utilité, dans ce champ, d'observer et se taire ; d'éviter surtout d'entrer en dispute faisant usage de l'autorité médicale, sous le risque de la perdre.

Voir, aussi, BRUSSET, B. "Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese", in *Anorexia e Bulimia* / R. Urribarri (org), São Paulo: Escuta, 1999).

Il s'agit, en général, de patients jeunes, souvent adolescents, dans sa grande partie des femmes, avec la vie dominée par un désordre de l'alimentation basée sur sa restriction quantitative et qualitative, intercalée, quelquefois, avec des épisodes de manger compulsif et désespéré, qui peuvent être accompagnés de l'induction de vomissements, de l'utilisation de laxatifs et de la pratique d'exercices physiques exténuants. Elles vivent surchargées, en même temps, par les procédures de contrôle de calories et par la préparation minutieuse et ritualistique des aliments. Certaines d'entre elles réussissent, après un temps variable, un important maigrissement, à partir duquel elles semblent s'affirmer dans une détermination : manger le minime. Pour les parents, principalement la mère, ceci se configure comme un "manger rien", sans que l'approprié de cette perception s'accompagne, des fois par un long temps, d'une conscience exacte du maigrissement, sa gravité et les risques qui sont courus.

La famille réagit en essayant de réarranger son alimentation et trouve une résistance têtue, basée, comme nous avons vu, dans des idées et des justifications variées, mais fondées sur un principe complémentaire explicite ou implicite : "je suis propriétaire, seule, de mon corps". Soutenues dans cette présupposition de base, elles se montrent excessives dans les régimes, dans les purgations, dans la manière de s'affirmer face aux autres, dans la forme totalitaire d'adhérer à l'idéal ascétique de maigreur qui cultuent et que les transforme en des êtres uniques, spéciaux et différenciés, qui ne sont pas soumis ni sont esclaves des nécessités comme les autres.

À partir de cette adhésion, l'éventail d'émotions qui les touche est polarisé entre l'excitant orgueil d'accomplir cet idéal, par lequel elles se sentent secrètement enviées et qui dissimule une image de soi presque toujours rabaissée, et la honte irréductible, dans une large mesure absurde, d'engraisser quand quelque chose dans sa routine vient à se bouleverser.

Dans la gestion narcissique de l'idéal, non seulement ils se régulent par des valeurs absolues ; elles, encore mieux, les représentent, les incarnent. Elles ne souhaitent pas la maigreur, elles sont la maigreur. Cette fusion avec l'idéal, cette condition toute puissante est le support de son énergie inépuisable et de la force de conviction qui, comme nous avons vu, soutient son savoir par rapport à elles même.

Historiquement, cette identification avec l'idéal inséré dans le système religieux en vigueur a permis aux Saintes anorexiques d'imposer la foi à la morale autour d'elles. La proximité de la mort et le triomphe sur elle, ça a été la condition pour sa divinisation, base pour l'idéal. Elles sont devenues, dans l'histoire, l'objet de dévotion ; des images cultuées, miraculeuses, elles qu'étaient dans ce monde comme si elles n'étaient pas de lui, et comme si leurs lois, qui valaient pour les autres, à elles ne s'appliquaient pas.

Nous avons tendance à placer l'irruption de la sexualité dans l'adolescence comme le facteur qui déclenche une bataille, intra et inter-subjective, entre mère et fille, déplacée souvent à d'autres territoires. Cette lutte se centre dans une recherche d'autonomie et, principalement, de différenciation, qui peut se teindre d'un biais matricide, qui aproxime le sujet de la fantaisie et de la possibilité réelle de sa propre mort.

Dans les cas que nous considérons, les jeunes développent un idéal d'autosuffisance que s'enchevêtre, néanmoins, avec des valeurs d'autosuffisance et de forteresse personnelle présentes dans la famille elle-même, qui s'est armé, au long de son histoire, d'une morale de ne pas s'affaiblir devant les adversités, les défis et les pertes qui ont eu d'affronter. Cela implique, des fois, un transours silencieux des deuils ou le blocage d'eux par refus à la souffrance⁸.

Dans ces corconstances, les Mères peuvent être « dures », peu disposées à la tendresse et liées principalement aux soins formels. Elles encouragent leurs enfants à assumer prématurément une attitude d'autonomie face aux responsabilités scolaires. Le soin du corps et la préoccupation avec des regimes deviennent présents dans le rapport avec soi même et avec leurs filles.

Il se produit, aussi, une difficulté pour l'entrée du père. Le père tend à être une figure éloignée, en partie absente, en partie indifférenciée. Il se fait présent au moment de la "crise", probablement quand la brèche apparue dans la relation mère-fille le facilite. Brèche celle-ci qui prend la forme d'un "échec" de la mère.

L'autosuffisance de la fille peut être expliquée comme défense contre l'édipien [modalité hystérique] ; mais principalement comme quelque chose à service du refus. Refus de la différence sexuelle, de la castration et de la mort. Mais, aussi, de l'alterité de l'objet, du passage du temps et des changements qu'il produit dans le corps. Son renoncement à la nourriture est un refus aux lois

⁸ Voir BRUSSET, B e ROVIRA, B. "Presentación y supervisión de un caso clínico de anorexia", *Zona Erógena* N°. 30, 1996.

propres de la nature mais, aussi, de la culture. Il est connu la place de la nourriture dans les rituels collectifs quotidiens et dans les grands événements, ayant été détachée, par la psychanalyse, son importance dans les processus d'identification constitutifs du lien tribal ou communautaire.

Nous avons tendance à penser que le rôle de la relation avec la mère, dans la genèse des difficultés qui éclatent dans l'adolescence, remonte aux stades initiaux du développement psychique. Soucieuses de répondre à la demande à travers la satisfaction de la nécessité, ces mères ont difficulté à identifier les différents types de pleure des bébés que elles créent. La monotonie de la réponse par moyen de la provision alimentaire induit l'enfant à une difficulté de codification et de décodification interne des messages interoceptifs et proprioceptifs. Leur signification va au-delà d'une faille dans le registre de signes ; ces processus impliquent une qualification d'intensités, des liaisons à des mots, et de production de sens.

Le regard de la mère est aussi important. Il a été indiqué la présence, dans ces mères, d'un haut degré de préoccupation avec l'apparence physique, le poids et le régime. On parle d'un regard maternel intrusif, traumatisant, qui empêche la vie privée ou s'impose en la partageant. Quelque chose dans ce regard est vécu comme indécent, abusif et, à la fin des comptes, incestueux⁹. La mère, qui est chargée d'accomplir, dans la phase du miroir, le rôle de garant de la relation avec l'image spéculaire, finit par être envahissante de cette relation, créant une urgence de séparation, simultanée à une impossibilité de la

⁹ Voir SAPOZNIK HOLCBERG, A. "As alpinistas", in *Colóquio freudiano. Teoria e prática da psicanálise contemporânea.*/ A. M. Sigal e I. M. de Villutis [orgs.], São Paulo: Via Lettera, 2001. p 95-112.

filles de se percevoir sans elle. Cela donne l'idée dont le corps de l'anorexique n'est pas un corps complètement propre, mais un corps partagé par la mère¹⁰.

Ce poids excessif de l'objet externe, dans leurs plusieurs fonctions aux phases initiales, rend difficile les processus d'intériorisation et de constitution du narcissisme et laisse une dépendance résiduelle qui "prive le sujet de lui-même", creusant les bases pour le développement des processus identificatoires ultérieurs.

Les conflits entre autonomie et dépendance propres de l'adolescence, impliquant des objets avec lesquels ça n'a pas été possible d'établir une différenciation claire, renouvellent et aggravent les angoisses d'intrusion ou d'abandon précédentes à la période de latence, fragilisant le moi et en exposant le sujet à des intenses sentiments de détresse, d'effondrement et de désespérance. Il est essayé d'annuler et de compenser ces expériences à travers l'adhésion ou fusion avec l'idéal et le contrôle tout puissant sur le corps lui-même qui répète, au moyen d'une inversion passif-actif, la relation vécue avec la mère.

Ne pas manger et maintenir la faim peuvent correspondre à une tentative de créer et préserver un vide dans lequel le psychique se rend possible à travers les représentations, sa constitution en réseau et le jeu des déplacements. Pouvoir, à partir d'une absence, ouvrir un chemin pour un continent intime dans lequel un désir puisse venir à se nicher. La négation, le

¹⁰ Voir GORGATI, S.B. "O feminino congelado na anorexia" in: *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo* / Depto. de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae; Silvia Leonor Alonso, Aline Camargo Gurfinkel, Danielle Melanie Breyton [Orgs.], São Paulo: Escuta, 2002.

"non à la nourriture", cherche à instaurer cette possibilité, dans une lutte de résistance destinée à affirmer une appétence par la vie.

Néanmoins, le poids de l'idéal anorexique, ajouté au manque d'un autre qui comprenne le sens de ce refus et puisse se placer hors du circuit environnemental d'action et de réaction, tend à re-inscrire ce mouvement dans les termes d'une autosuffisance refusatoire de tout manque et de toute alterité qui menace avec le retour de la souffrance. L'idéal de maigreur et de libération ascétique du corps sert comme contrecatexie contre des désirs d'incorporation résultants de l'urgence introjective que le processus mobilise.

La sujétion et la fusion avec l'idéal opèrent une espèce de triomphe maniaque sur l'objet. Mais il s'oppose, en même temps, aux expériences de fragilité narcissique, un renforcement de la représentation unitaire du moi qui impose une censure et un blocage de sensations et des impulsions, ainsi que de formations d'affects et de représentation, suscités à partir des sources érogènes de stimulation. Comme ça peut être observé dans d'autres pathologies narcissiques, les champs de l'image, de la motricité et de l'agressivité se prêtent particulièrement bien à la réalisation de ces objectifs, aux coûts d'un renoncement ou d'un sous-développement érotico-affectif. Une fois montée cette conformation défensive réactive, il sera essayé de régler ce qui puisse menacer avec une intrusion, venue des autres ou du propre intérieur, moyennant l'induction ou l'intensification sélective de sensations corporelles de plein et de vide à travers les comportements alimentaires.

La dimension d'exaltation et de triomphe maniaque, d'énergie et de vitalité connue depuis l'antiquité, est assistée, par ce qui paraît, par la libération

d'endorphines qui arrive quand le jeûne atteint un certain limite. Il se configure un tableau qui a été caractérisé comme une espèce de toxicomanie sans drogue.

Du point de vue de la gestion de la sexualité, la conduite anorexique implique l'assomption triomphante d'un idéal ascétique. L'objectif de l'anorexie est d'annuler le corps pulsionnel et sexué. Son idéal est un corps pur, sans libido, sans pulsation ; c'est l'idéal d'un corps désincarné. L'idéal anorexique opère dans le reniement, en particulier, de certains aspects de la féminité associés à la passivité et à la dépendance et figurés par l'image "d'une grosse douce, soumise et odieuse", à ce qu'on peut opposer la dureté tonique et autosuffisante du comportement actif et du muscle.

À partir des travaux présentés dans la rencontre de Toronto de 1981¹¹ il a été établi de manière incontestée l'existence, dans ces patients, d'une perturbation de la formation de l'image corporelle, se développant un débat autour de cette difficulté si elle est primaire ou postérieure à l'éclosion de la maladie.

Il est possible de penser, à partir de ce qui a été exposé, qu'une identification primaire avec la mère, mal résolue, ajoutée aux vicissitudes du processus de sexualisation (forte fixation maternelle, distance ou absence du père), peut conditionner que le développement, dans la puberté, de traits corporels féminins soit traité à travers le dédoublement projectif d'une imago féminine rabaisée, contenant des aspects indifférenciés de soi et de la mère. C'est l'image qui se présente perceptiblement pour l'anorexique avec le signe

de l'horreur quand elle réalise l'expérience *unheimlich* de se regarder au miroir et de se voir grosse. Ce qui est en opération dans cette situation c'est un retour plus du refusé que du refoulé, comme ça correspondrait à un symptôme névrotique.

À ça s'ajouterait que la tyrannie narcissique de l'idéal, la dominance de l'identique et l'omniprésence des mécanismes de refus imposent un régime de fonctionnement où la topique intra-psychique soutenue par le refoulement tend à échoir. Il est empêché le traitement élaborateur de désirs et des fantaisies à travers des processus introjectifs qui impliquent la symbolisation, la pensée et le mot.

Il est en vigueur une logique de fonctionnement qui est au-delà du principe du plaisir, dans le régime du traumatique, de la compulsion à la répétition, de la suspension ou abolition de la production de liaison et de l'émergence de sens, par l'effet pur, nous pourrions dire, de l'imposition d'un régime narcissique associé à un idéal absolu et de la fermeture de l'espace psychique. Fonctionnement celui-ci qui est propre des névroses narcissiques, dans lesquelles les stimulations ne se traitent pas par la voie élaboratrice mais à travers les recours évacuateurs, de la projection paranoïde au monde extérieur ou de la hypocondriaque dirigée au corps¹².

Nous avons vu précédemment qu'à travers les comportements alimentaires de remplissage et d'évidement, ainsi que d'autres formes de performance motrice (des exercices athlétiques, la marche), des sensations

¹¹ Voir, RAIMBAULT, G. e ELIASCHEFF, C. *Las indomables - figuras de la anorexia*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1991. p. 41 e seguintes.

¹² Voir FUKS, M. "Nos domínios das neuroses narcísicas e em suas proximidades", présenté à la III Rencontre Latine-américaine des États Généraux, Buenos Aires, 2002.

corporelles sont induites, administrables en érigeant le corps comme une frontière qui sépare un extérieur et un intérieur. Quelques-uns soulignent que cela constitue une défense contre le vide mental associé à la réalité interne défaillante et menaçante, mais qu'aussi ça pourrait et tendrait à se transformer en un facteur causal du même. Ainsi, il s'instituerait une tendance à la vidange de toutes les tensions par la voie commune et indifférenciée du déchargement quantitatif sensorio-moteur, induisant un court-circuit qui dévie les stimulations du chemin de la liaison avec le réseau de représentation et la conséquente transformation de quantité en qualité. Il s'applique, de cette manière, aux perturbations alimentaires, le modèle explicatif élaboré par Freud pour donner compte des névroses actuelles, les différenciant des psychonévroses, qui ont été reprises par la psychosomatique et utilisées aussi pour l'étude des addictions. Il s'agit d'une explication différente du modèle de la névrose narcissique, qui semble correspondre à des aspects différents du processus psychopathologique, confluant à un résultat commun, que nous caractérisons comme une fermeture de l'espace psychique élaborateur.

Quelques observations, néanmoins, permettent de penser de forme plus complexe et moins univoque la signification des conduites décrites. Nous avons vu qu'elles peuvent constituer le corps comme une espèce de frontière. Cependant, comme dédoublement du narcissisme, elles peuvent venir à constituer comme de l'espace de projections, assumant une fonction imaginaire inconsciente de corps-toilet, où l'objet peut être fait disparaître, par exemple, de façon fécalisée.

Le recours à des modalités hypocondriaques d'expression du corps implique des nouvelles possibilités de figurabilité, dans des termes de contenus et de dangers corporels, qui ont un caractère différent de la peur obsessionnelle d'engraisser associée à l'idéal le quel nous considérons précédemment. Dans un cas où la peur des conséquences physiques de vomissements pratiqués persistamment et jamais révélés à des tiers ça a été la raison déclenchante d'une recherche d'analyse, nous avons vu son importance comme indice dont s'initiaient des processus de médiation et de l'internalisation. Avancé le processus thérapeutique, la patiente a apporté des rêves qui, à travers des images de débordement d'égouts et d'associations liées, où il était figurée cette version fécalisée du corps et du comportement alimentaire, et qui étaient commentées avec un ton d'humeur ingénieux et réflexif qui rendait évident la présence de l'élaboration introjective.

L'investigation clinique de patients anorexiques en analyse qui s'habituent à des pratiques exténuantes de marche permet de reconnaître, aussi en elles, une certaine fonction de re-subjectivation. Selon Brusset, comme il est observé dans certains attaques boulimiques, "ce type de comportement addictif, en outre sa fonction de décharge, de prévention de l'activité psychique consciente et de l'exclusion psychique relative, peut avoir une fonction de stimulation, de néo-régulation et de liaison : des nouvelles liaisons semblent se faire possibles par le déliaison qu'il tend à s'instaurer".¹³

En même temps, cette activité les constitue comme sujets d'une action avec finalité précise, dans le contexte d'une insertion du corps en mouvement

¹³ BRUSSET, B. (1990) "La adicción anoréxica a la marcha y el trabajo psicoanalítico", in *Revista de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, Buenos Aires, N°.10, p. 160.

dans l'espace environnant. L'excès présent à l'exercice lui confère un caractère fréquemment souffrant et sacrificiel, ce pourquoi ils peuvent accepter les soins d'autrui, principalement de la mère, pour se refaire de l'épuisement, se nourrir et traiter les blessures pénibles des pieds. Il s'agit, selon l'auteur mentionné, de l'érotisation masochiste d'une activité moïque, rendant possible la réintroduction différenciée de l'objet et du désir. Il instaure l'accès à un plaisir autoerotique non antagonique avec la satisfaction narcissique. Enfin, elles sont diverses les fonctions "metapsychologiques" attribuées à la structuration complexe de cette activité.

Cet acheminement significatif d'actes qui pourraient fonctionner comme simple support d'un fonctionnement addictif desubjectivant se donne par la présence de l'analyste dans une relation d'accueil et de parole peut être pensé. En fait, pendant la période de la marche, se font présentes des pensées et des contenus divers qui seront apportés à la session.

L'approche psychanalytique des perturbations alimentaires, et de l'anorexie en particulier, permet d'entrevoir, ainsi, le caractère particulier et complexe des formations psychopathologiques variables qui les intègrent. La reconnaissance d'alternatives, associés à son incontestable condition de processus, qui impliquent la possibilité de recréation de signification et de sens dans l'expérience subjective de ces patients, permet d'envisager avec des attentes croissantes, malgré les difficultés, le travail thérapeutique qui se développe avec eux.

* * *