



HAL
open science

L'anorexie et la boulimie : différentes facettes d'une même psychopathologie

Brigitte Karcher, Thierry Bisson

► **To cite this version:**

Brigitte Karcher, Thierry Bisson. L'anorexie et la boulimie : différentes facettes d'une même psychopathologie. Kabaro, revue internationale des Sciences de l'Homme et des Sociétés, L'Harmattan ; Université de La Réunion, 2014, Culture et identités : approches cliniques, sociologique et anthropologiques, VIII (12-13), pp.9-19. hal-03484853

HAL Id: hal-03484853

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-03484853>

Submitted on 17 Dec 2021

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

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

L'ANOREXIE ET LA BOULIMIE : DIFFÉRENTES FACETTES D'UNE MÊME PSYCHOPATHOLOGIE

BRIGITTE KARCHER

A.T.E.R. EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

L.I.R.C.E.S. E.A. 3159 UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

THIERRY BISSON

MAÎTRE DE CONFÉRENCES EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

HABILITÉ À DIRIGER DES RECHERCHES

L.I.R.C.E.S. E.A. 3159 UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

Résumé

Les auteurs interrogent les fonctions psychiques qu'occupent les symptômes d'anorexie et de boulimie chez les sujets souffrant de troubles alimentaires. Le propos de cet article est de mettre en lumière ce qu'il y a de commun dans chacune de ces pathologies afin d'identifier les fonctions qu'occupent chacun de ces symptômes dans le psychisme du sujet souffrant de troubles alimentaires. Ce faisant, les auteurs aborderont successivement : l'anorexie comme une lutte contre l'impulsion boulimique et la boulimie comme une décompensation de l'anorexie. Les auteurs concluront sur le fait que les symptômes d'anorexie et de boulimie peuvent se penser sur un continuum et comme les différentes facettes d'une même psychopathologie

Mots-clés : Anorexie, Boulimie, Psychopathologie, Impulsion boulimique, Restriction cognitive

Abstract

The authors question the psychic functions occupy the symptoms of anorexia and bulimia in patients with eating disorders. The purpose of this article is to highlight that there are common in each of these pathologies to identify the functions occupied by each of these symptoms in the psyche of the subject suffering from eating disorders. In doing so, the authors discuss successively : anorexia as a struggle against the impulse bulimia and bulimia as a decompensation of anorexia. The authors conclude that the symptoms of anorexia and bulimia can think on a continuum and as different facets of the same psychopathology

Keywords : Anorexia, Bulimia, Psychopathology, Pulse bulimic, Cognitive restraint

A l'heure actuelle, il y aurait en France 1,1% de sujets anorexiques restrictifs âgés de 12 à 18 ans ; 0,8% de sujets anorexiques-boulimiques âgés de 15 à 25 ans ; 5% de sujets boulimiques âgés de 18 à 35 ans et 8 à 10% de sujets ayant des compulsions alimentaires âgés de 25 à 45 ans¹.

¹ D. Rigaud, Service d'endocrinologie et nutrition, CHU Le Bocage, *Epidémiologie Association Autrement*, Dijon, France, 2008.

Comme le suggère l'épidémiologie (répartition des âges) nous soutenons l'hypothèse que les symptômes d'anorexie et de boulimie peuvent se penser sur un continuum et comme les différentes facettes d'une même psychopathologie. Dans cette hypothèse, l'anorexie sera envisagée comme une lutte contre l'impulsion boulimique et la boulimie comme une décompensation de l'anorexie.

L'ANOREXIE UNE LUTTE CONTRE L'IMPULSION BOULIMIQUE

L'anorexie est « un trouble symptomatique de la conduite alimentaire se traduisant principalement par une restriction très importante de l'alimentation »².

Le sujet anorexique est souvent perçu comme un sujet peu concerné par la nourriture, se détournant de l'alimentation. Cependant, le fait de ne pas consommer de nourriture ne témoigne pas d'un désinvestissement de l'objet alimentaire. Au contraire, chez ces sujets nous retrouvons un envahissement psychique par des pensées obsédantes concernant l'alimentation et une lutte contre la faim que l'hyperactivité, très fréquemment associée à ce symptôme, permet d'atténuer.

Traditionnellement la psychanalyse considère ce symptôme comme un conflit œdipien réactivé à l'adolescence. Cependant, pour nous, le refus de manger, la peur de grossir, la dysmorphophobie et la lutte contre la faim seraient liés à un désir et une peur simultanée engendrés par un fantasme inconscient d'incorporation orale de l'objet maternel. L'objet alimentaire représentant au niveau fantasmatique l'objet maternel. La régression met en avant des pulsions partielles non encore reliées au complexe d'Œdipe. E. et J. Kestemberg³ mettent en avant une régression pulsionnelle qui ne rencontre aucun point de fixation et d'organisation au niveau des zones érogènes. La construction identitaire est directement en lien avec l'objet maternel pour lequel la position dépressive n'a pu être dépassée. Le symptôme venant alors comme défense contre la dépression, colmater cette brèche et rétablir l'unité mère-enfant.

H. Bruch⁴ souligne les distorsions quasi délirantes de l'image du corps, perçu comme un corps obèse alors qu'il est extrêmement maigre. Le sujet anorexique se voit obèse dans le miroir, car il ne voit pas l'image de son corps, mais la propre représentation imaginaire de son fantasme. C'est pour les mêmes raisons que ces sujets peuvent avoir une phobie des personnes en surpoids. Natacha, 27 ans, consultant pour symptôme

² R. Chemama, B. Vanderersch, *Dictionnaire de la Psychanalyse*, Larousse, 2009, « Anorexie » R. Chemama, p. 64.

³ E. et J. Kestemberg ; S. Decobert, 1972, *La faim, le ventre*, PUF, Paris, 2^e éd. 1977.

⁴ H. Bruch, 1984, *Les Yeux et le Ventre*, Paris, Payot.

anorexique au centre d'addiction, nous le signifiait ainsi : « Je ne suis pas raciste mais je ne peux pas m'asseoir à côté d'une personne obèse, ça me met mal à l'aise ». Lorsque ces sujets voient des personnes en surpoids ceux-ci matérialisent la peur qu'ils ont de devenir gros en incorporant l'objet.

Fantasmatiquement le sujet a incorporé l'objet. L'objet représente ici le premier objet : l'objet maternel. De ce fait, s'il incorpore l'objet, il n'y a plus de distance entre le sujet et son objet. Ce qui produit un évanouissement du sujet (*aphanisis*), une désobjectivation car le fantasme n'est plus médiatisé. Si le sujet détient l'objet maternel, il ne peut que se voir « monstrueux » et vouloir disparaître, dans un retrait mélancolique. C'est ce que mime le symptôme anorexique : le sujet n'est plus que l'ombre de lui-même et se présente d'allure cadavérique. Dans un suicide lent, il attend sa chute.

Le sujet tente alors de se purger de cet objet : il le vomit et/ou tente d'effacer toute trace d'incorporation par une hyperactivité physique (pour brûler les calories qui sont le résultat de cette incorporation fantasmatique) et entame une course à la perte de poids frénétique. Cependant, si le sujet se défend de cette impulsion boulimique à vouloir incorporer l'objet, c'est qu'il en a une certaine conscience. Dans ce sens, nous ne sommes pas face à une structure mélancolique à proprement parler.

Dans une étude publiée en 2003⁵, après 10 ans d'évolution, le décès concernait 1,06% des malades : 4/487. Les deux causes étaient une dénutrition extrême (IMC 9,4 kg/m²) avec arrêt cardiaque inopiné (un cas) et trois suicides chez des patientes devenues boulimiques.

Les sujets anorexiques restrictifs que nous avons rencontrés qui n'ont jamais eu de crises de boulimie sont également ceux pour qui le pronostic était le plus mauvais. Trois sujets anorexiques restrictifs n'ont jamais eu de crises de boulimie et sont décédés de dénutrition. Un sujet anorexique restrictif a eu par la suite des crises de boulimie. Il s'est suicidé par défenestration. Nous postulons que ces sujets anorexiques étaient de structure mélancolique. Le symptôme les amenant directement à la mort par dénutrition ou bien lorsqu'il y a des crises de boulimie, la honte ne pouvant être assumée, chez le mélancolique par passage à l'acte suicidaire. Ces chiffres s'appuient sur une pratique de sept années de consultations hospitalières auprès de sujets souffrant de troubles alimentaires. Il est à noter que nous avons davantage rencontré des sujets ayant des troubles alimentaires avec une demande de consultation suite à un passage à l'acte boulimique que des sujets souffrant d'anorexie pure. S. Freud⁶ rapproche généralement l'anorexie de l'hystérie, même s'il se demandait à l'occasion

⁵ Etude, 2003 : <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-345-role-des-facteurs-nutritionnels-dans-le-pronostic-de-l-anorexie-mentale.htm>

⁶ S. Freud, 1895, « Etude sur la mélancolie dans le manuscrit G », in *La Naissance de la psychanalyse*, trad. A. Berman, Paris, PUF, 1956.

quels liens il pouvait y avoir entre anorexie et mélancolie. Le désir est toujours lié au manque, de ce fait l'anorexique peut jouer d'un refus de nourriture comme d'un désir. Déjà l'hystérique⁷, par sa façon de lier le désir à l'insatisfaction, tend à démontrer que le désir ne porte pas sur l'objet particulier qu'il semble viser, qu'en dernier ressort il vise un manque, un « rien »⁸. Le rien pour Lacan, n'est pas une absence de quelque chose, mais est quelque chose. Le rien est, pour Lacan, un objet. Objet insolite et paradoxal car il ne peut être identifiable à l'aliment.

Lorsque le sujet anorexique tente de faire le vide par la restriction alimentaire, la purge et l'hyperactivité, nous pourrions penser qu'il tente d'élaborer le manque et la frustration afin de se castrer lui-même.

Dans la description du symptôme d'anorexie par le DSM IV-R⁹, le sujet est décrit comme ayant une estime de soi influencée par la forme corporelle. Or, si le sujet est envahi par l'objet, il ne peut que se sentir lesté, en surcharge de celui-ci.

En s'abstenant de manger, le sujet lutte contre cette incorporation dont il se sent déjà trop lourd. Il s'impose une limite calorique et/ou de poids pour tenter de créer une distance entre lui et l'objet. Il y a ici tentative de constituer un fantasme qui soutienne le sujet dans son existence. Le sujet qui n'a pu introjecter l'objet ne semble désirer qu'à l'endroit de cet objet qu'il matérialise par l'alimentation. Il y a alors envahissement de la pensée par l'alimentation.

Natacha nous expliquait la lutte qu'elle effectuait pour ne pas manger. Elle dit : « je pense à la nourriture à longueur de temps, j'aime le sucre et pourtant je n'en mange jamais. Il m'arrive de passer devant les boulangeries juste pour regarder les gâteaux dans la vitrine. La plupart du temps, j'ai de la chance et rien que de les voir ça me dégoûte. Je vois que c'est gras et ça m'écœure. Mais parfois, j'ai peur, j'ai peur d'en manger. Je rentre alors à la maison mais ça revient, j'y repense, et j'en ai envie de nouveau ». Elle ajoute : « Des fois, je n'arrive pas à me retenir et j'en achète, j'achète tout, tout ce dont j'ai envie : les éclairs, les tartes... je repars avec des gâteaux pour une vingtaine de personnes puis à la maison je les mets dans la cuisine et je ferme à clé. Après je sais qu'ils sont dans la cuisine et j'y pense. Alors pour ne pas craquer je vais faire du sport et quand ma famille rentre je leur offre. Il faut qu'ils mangent tout

⁷ C. Lasègue, « De l'anorexie hystérique », in *Études médicales*, Paris, Éd. Asselin et Cie, 1884.

⁸ J. Lacan, notamment dans *Le Séminaire Livre IV, La relation d'objet, 1956-1957*, p. 184 et 346. C. Dewambrechies-La Sagna indique une série de références à l'anorexie chez Lacan, dans son article « L'anorexie vraie de la jeune fille », *La Cause freudienne*, n° 63, 2006, p. 65.

⁹ *DSM- IV-TR, Critères diagnostiques* (Washington DC, 2000). Trad. Française par J-D. Guelfi et al., Paris, Masson, 2004.

surtout qu'il n'en reste pas sinon c'est encore plus difficile et la nuit j'y pense. S'il m'arrive de me lever pour en manger un bout alors je culpabilise et j'ai trop honte ».

Natacha met en avant un détournement de la pulsion par l'activité physique, l'activité motrice dissolvant la pensée obsédante. C'est ce qu'elle nous soulignera lors de futurs entretiens. Elle nous dira également qu'elle cuisine beaucoup pour sa famille et fait manger les autres.

La nourriture est parfois triée dans l'assiette comme pour différencier ce qui est « bon » et ce qui est « mauvais »¹⁰, non intégrable chez un objet maternel endommagé, dépressif. Les aliments sont classés en aliments « bon » et en aliments « mauvais », qu'il ne faut pas manger. La distinction et la différenciation s'appuient sur l'alimentation comme un objet transitionnel. Cependant l'alimentation ne peut jouer ce rôle d'objet transitionnel puisqu'il est par définition un objet incorporé. Ce qui ne permet pas une symbolisation. L'aliment est parfois déchiqueté, attaqué et haï à la place d'un objet maternel qui n'aurait pu résister aux attaques du bébé. Ce symptôme met en lumière une défaillance dans la relation primordiale mère/enfant. C'est ce que nous retrouverons dans la revue de littérature¹¹ concernant la clinique des sujets anorexiques.

Alors que le sujet lutte contre sa dépendance à l'objet primordial, son symptôme le rend dépendant de son entourage. Le sujet, devenu trop faible physiquement et incapable d'assumer seul ses besoins physiologiques est alors à la charge de son environnement familial.

Le sujet anorexique restrictif consulte rarement de son plein gré. C'est seulement à la demande du médecin ou de la famille que nous le rencontrons. Ce n'est qu'à l'occasion d'un risque ou d'un passage à l'acte boulimique que ces sujets consultent à leur demande. Le sujet anorexique tenant à distance l'objet par une lutte contre la faim (lutte contre l'impulsion boulimique) est dans un certain équilibre. Nous pourrions dire qu'il y a, grâce au symptôme anorexique, équilibre dans une instabilité fondamentale liée à cette problématique. Alors le symptôme d'anorexie pourrait ici avoir valeur de sinthome.

LA BOULIMIE : UNE DÉCOMPENSATION DE L'ANOREXIE

La boulimie est considérée au niveau psychanalytique comme « une perturbation des conduites alimentaires consistant dans la consommation

¹⁰ M. Klein, 1947. *Essais de psychanalyse 1921-1945*, trad. française 1968, Paris, Payot.

¹¹ P. Jeammet (2004), M. Corcos (2005), B. Brusset (1998), V. Marinov (2001), E. et J. Kestemberg (1972), C. Balasc (1990).

solitaire, à certains moments de crise, de grandes quantités de nourriture, de façon rapide et apparemment compulsive »¹².

La description du symptôme boulimique¹³ dans le DSM-IV-R recouvre la description du symptôme anorexique¹⁴ de ce même DSM-IV-R. A la différence qu'il est spécifié que le sujet perd le contrôle de son alimentation et passe à l'acte par la crise boulimique. Nous pourrions alors penser l'anorexie et la boulimie sur un continuum. C'est-à-dire deux versants d'une même pathologie. L'anorexie restrictive n'étant qu'une lutte contre l'impulsion boulimique. L'épidémiologie¹⁵ met en lumière, qu'il est très rare qu'un sujet anorexique restrictif le reste toute sa vie. Soit il décède par dénutrition : le taux de mortalité induit par ce symptôme est de 10%, soit il décompense avec des phases de boulimie.

C'est parce qu'il y a restriction alimentaire ou même tout simplement *restriction cognitive* qu'il y a par la suite passage à l'acte boulimique. La restriction cognitive se définit comme une intention de contrôler ses apports alimentaires dans le but de maigrir ou de ne pas grossir¹⁶. Elle se caractérise par un contrôle mental ou cognitif du comportement alimentaire par opposition à un contrôle par les facteurs internes et sensoriels, expression de l'homéostasie énergétique et nutritionnelle. Comme le souligne cette définition, la restriction cognitive se présente comme une intention de contrôle et non comme un contrôle effectif du comportement alimentaire ou du poids. Par conséquent, elle s'applique également à des personnes en état de perte de contrôle et ne fait pas référence à un statut pondéral particulier. Les notions d'intentionnalité et de contrôle mental constituent les aspects centraux de cette définition¹⁷. Jean-Philippe Zermati et Gérard Apfeldorfer¹⁸ ont démontré que l'état de contrôle constitue aussi un état pathologique qui conduit à l'effacement des sensations alimentaires (des désirs) ou à l'impossibilité de les respecter ainsi qu'à l'augmentation de l'impulsivité alimentaire.

La boulimie au niveau psychanalytique est appréhendée par certains auteurs¹⁹ comme un continuum de l'anorexie. Il y a peu d'écrits sur la

¹² R. Chemama et B. Vandermerch, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Définition : R. Chemama Larousse, 2009, p. 8.

¹³ *DSM- IV-TR, Critères diagnostiques* (Washington DC, 2000). Trad. française par J.-D. Guelfi et al., Paris, Masson, 2004, p. 260.

¹⁴ *DSM- IV-TR, Critères diagnostiques, op. cit.*, p. 259.

¹⁵ Hoek H.-W., Hoeken D., « Review of the prevalence and incidence of eating disorders », in *J. Eat Disord*, 2003.

¹⁶ J. Polivy, Herman P., 1991, « Good and bad dieters. Self-perception and reaction to a dietary challenge » *Intern. J. Eating Disorders*, 10, p. 91-99.

¹⁷ J.-P. Zermati, 2008, « La restriction cognitive, facteur d'obésité », in *Obésité*, 3, 3.

¹⁸ G. Apfeldorfer, 1995, *Anorexie, boulimie, obésité*, Paris, Flammarion.

¹⁹ H. Chabrol, *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*, P.U.F. « Que sais-je ? », 2004.

boulimie pure en psychanalyse. Tous²⁰ s'accordent pour repérer une faille narcissique, une difficulté de symboliser l'absence de l'objet, et une incapacité d'être seul. Colette Combe²¹ a consacré, en 2009, un ouvrage à la boulimie, *Comprendre et soigner la boulimie*, alors que sa pratique depuis 1980 porte sur les processus de guérison de l'anorexie mentale.

Comment ces écrits peuvent-ils soutenir notre hypothèse ? Elle décrit la boulimie comme une problématique d'envahissement psychique par l'Autre.

Pour cet auteur, le désir boulimique est celui d'incorporer l'Autre, de faire corps avec l'Autre. Lors de l'acte de nourrissage, le nourrisson regarde le visage maternel et se sent soutenu par ce regard et les bras maternels. Dans cette expérience, les sensations sont mêlées et confondues. En ce sens, les traces de cette présence maternelle peuvent être recherchées à travers l'acte alimentaire. Alors la boulimie serait une tentative de re-crée l'empreinte de traces corporelles insuffisamment inscrites. Le sujet boulimique engloutit de la présence. C'est là que nous voyons se déployer la difficulté de symboliser l'absence de l'Autre, un défaut d'introjection qui se traduit par de l'incorporation. Le sujet boulimique est face à un vide effrayant puisque l'objet n'a pu être introjecté. Il a besoin d'un appui sur des sensations physiques pour ressentir la présence de celui-ci. La tentative de symbolisation échoue dans une compulsion de répétition. Le sujet est dans l'angoisse d'une chute sans fin et dans un désir qui fait naître la peur de la disparition de l'Autre. S'il voit son corps comme monstrueux, c'est seulement du fait du désir cannibalique qui est en lui. Ce n'est pas une réalité objective.

En outre, ce désir peut se retourner contre le sujet lui-même et se renverser, c'est-à-dire que le sujet se fait chuter lui-même sans le secours des bras maternels. Ce retournement est le résultat de la prise de conscience du désir boulimique, dont le sujet s'effraie lui-même et se punit en se faisant tomber. Chuter jusqu'à mourir. C'est ce que Colette Combe souligne : « Faire tomber l'Autre au fond de soi pour le prendre au fond de soi et se l'assimiler, devient se faire tomber soi-même tout au fond »²².

L'anorexie survient alors comme un retournement contre soi-même de la lutte contre le désir boulimique.

La boulimie est un moment où le sujet se replie sur lui-même et contemple sa réalité interne. Effectivement le sujet boulimique est envahi par l'Autre, l'objet, qu'il vit par le biais d'un envahissement de la pensée par

²⁰ M. Flament, P. Jeammet, B. Rémy, *La boulimie Comprendre et traiter*, Paris, Masson, 2002.

M. Corcos, 2005, *Le corps insoumis : Psychopathologie des troubles alimentaires*, Dunod, 2^e éd. 2011.

²¹ C. Combe, 2004. *Comprendre et Soigner la boulimie*, Dunod, 2^e éd., 2009.

²² C. Couvreur, « Sources historiques et perspectives contemporaines », in *La Boulimie*, B. Brusset, Paris, PUF, 1991, p. 13-45.

la nourriture. La crise de boulimie est un moyen de se retrouver seul avec soi-même pour ces patients qui n'ont pu créer d'espace psychique à eux.

M. Marty²³, en 1976, dira que ce système de défense boulimique est soigneusement mis en place autour de la brèche narcissique. Cette faille donne naissance à un vécu de honte qui est un signal d'alarme d'un effondrement narcissique. En 1993, C. Chabert²⁴ mettra en avant les dépressions mélancoliformes dans les troubles alimentaires et les aménagements pervers qu'elle retrouve dans les conduites boulimiques pour suturer la faille narcissique. C. Couvreur²⁵ souligne que « dans la boulimie, bien qu'il ne s'agisse pas d'une psychose maniaco-dépressive, les patients tentent aussi de faire face à l'ambivalence extrême qui les lie à l'objet, support de leurs investissements narcissiques et cherchent à se préserver des effets de sa perte ».

Dans la boulimie, l'indifférenciation avec l'objet est moins importante du fait qu'une partie de la libido est investie dans un objet alimentaire (externe). Le sujet boulimique peut s'attaquer et se montrer agressif vis-à-vis de la nourriture. Le boulimique est dans la « monstration » d'un corps abject et par la pulsion scopique continue à solliciter l'objet. L'objet est alors en place de spectateur-voyeur impuissant. Il n'y a pas de plainte de sa part auprès de l'objet primordial mais il s'exprime sur un autre registre, il s'exhibe de manière à culpabiliser l'autre. La dévotion du boulimique à son objet, grâce à l'illusion de ses propriétés idéalisées, autorise tout de même l'expression des pulsions sadiques différenciatrices. A la différence du mélancolique qui se trouve dans l'indifférenciation avec son objet et disparaît avec lui.

A l'opposé du mélancolique, le sujet honteux n'est pas dans une identification narcissique totale à l'objet mais reconnaît une certaine différenciation entre lui et l'objet. La destruction puis la crainte de la perte dans la purge, donne lieu à des sentiments de honte, que nous pouvons qualifier d'équivalents de raptus mélancoliformes.

Les boulimiques expliquent bien que le vidage s'impose quand ils ont l'impression qu'une bouchée de plus entraînerait la mort.

Afin de mettre en avant les forces différenciatrices dans le symptôme boulimique, il est possible de faire un parallélisme entre le passage d'un masochisme érogène (lors de l'accrochage à l'objet alimentaire) à un

²³ P. Marty, *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot, 1976.

²⁴ C. Chabert, 1993, « La boulimie : perversion ou mélancolie », symposium international : « Les troubles des conduites alimentaires », Paris, 1991, *Neuro-psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, p. 250-253.

²⁵ C. Couvreur, « Sources historiques et perspectives contemporaines », in *La Boulimie*, B. Brusset, Paris, PUF, 1991, p. 13-45.

autosadisme destiné à expulser l'objet et le masochisme d'emblée moral pouvant verser dans le virage maniaque, dans la mélancolie.

Pour M. Corcos²⁶, dans la manie, il y a déni de la perte d'objet et accrochage à tout objet externe ; la perception hallucinatoire dans la manie n'est pas un sur investissement d'un objet substitutif du boulimique. Il y a solution délirante dans la maladie maniaco-dépressive. Il y a illusion (perception déformée d'un objet extérieur) dans la boulimie. L'illusion est un substitut de la réalité. L'hallucination est déréelle.

Le fantasme d'un gavage sans fin et l'avidité d'une fusion avec l'objet pour que cesse la discontinuité ont pour fonction de remplacer l'objet absent.

Tout rapproché relationnel déclenche le sentiment d'une menace et enclenche un maniement critique du goût et du dégoût avant celui de l'amour et de la haine envers l'objet. Tout recours au commerce objectal est parasité par le recours à la projection explosive, à l'identification sans borne puis au clivage mutilant. Défenses identitaires qui vont être à l'origine d'une rupture des liens en rapport avec des ruptures perceptives et associatives (l'objet se dérobe et ne répond pas).

En 1920, dans « Au-delà du principe de plaisir », « *wiederholungszwang* » (contrainte de répétition) ; « *Schicksalszwang* » (contrainte de destin), Freud souligne une caractéristique de la vie pulsionnelle et une des modalités d'un « au-delà » du principe de plaisir²⁷ qui signe la pulsion de mort. Nous pouvons alors envisager la contrainte de répétition au lieu des compulsions alimentaires. La pulsion de mort serait ainsi engagée au lieu des « crises de boulimie ». Enfin, dans ce terme « *zwang* », nous retrouvons le rôle qu'a le Moi envers le surmoi, à savoir « la contrainte d'obéir », comme l'enfant envers ses parents, écrit Freud en 1923. Le sujet souffrant de troubles alimentaires serait alors dans une contrainte d'obéissance envers le produit « alimentaire » au même titre que l'enfant serait pour un temps objet de ses parents.

CONCLUSION : UN CONTINUUM

De nombreux auteurs²⁸ (P. Jeammet, C. Combe) l'ont souligné : souvent les sujets boulimiques sont plutôt âgés de 20-30 ans, alors que les

²⁶ M. Corcos, 2005, *Le corps insoumis : Psychopathologie des troubles alimentaires*, Dunod, 2^e éd. 2011.

²⁷ S. Freud, « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 55.

²⁸ P. Jeammet, *Anorexie, Boulimie, Les paradoxes de l'adolescence*, Paris, Hachette littéraires, 2004. C. Combe, 2004, *Comprendre et Soigner la boulimie*, Dunod, 2^e éd. 2009.

sujets anorexiques sont plutôt âgés de 15-25 ans. Ils ont remarqué également que les patients boulimiques sont le plus souvent d'anciens anorexiques. Nous pensons que la base commune dans cette psychopathologie des troubles alimentaires est la lutte contre « l'impulsion boulimique » qui existe chez tous ces sujets. Dans l'anorexie, celle-ci est récusée mais elle existe, d'où la peur de grossir alors que ces sujets sont d'une maigreur impressionnante, ils ont peur de devenir obèses car il existe cette « impulsion boulimique ».

Une étude précédente dans une agence de mannequin²⁹ nous a permis de rencontrer de nombreux sujets ayant un symptôme d'anorexie. Certains nous ont dit « se priver » ou être « frustrés » des exclusions alimentaires qu'ils s'infligeaient. D'après l'article « La prise en charge des Troubles du Comportement Alimentaire : l'approche nutritionnelle »³⁰ écrit par le Pr Rigaud du CHU de Dijon, les régimes d'exclusion ou trop restrictifs favoriseraient les troubles alimentaires. A la suite de ce stage, nous avons étudié³¹ l'évolution du symptôme anorexique par une étude auprès des mannequins en cessation d'activité. Les résultats de ceux-ci montrent une décompensation de la lutte contre l'impulsion boulimique et une prise de poids chez la totalité des douze mannequins retraités ayant contribué à l'étude. Certains ont retrouvé un poids dans les normes médicales (six), d'autres ont présenté un surpoids (quatre) et deux une obésité. Ce qui tendrait à montrer que le signifiant mannequin pourrait fonctionner comme sinthome c'est-à-dire un support du moi défaillant pris dans le langage et qui fonctionne comme un liant évitant au sujet de décompenser dans la psychose ou dans la mélancolie.

BIBLIOGRAPHIE

- APFELDORFER, G., 1995, *Anorexie, boulimie, obésité*, Paris, Flammarion.
 BALASC, C., 1990, *Désir de rien*, Aubier.
 BRUCH, H., 1984, *Les Yeux et le Ventre*, Paris, Payot.
 BRUSSET, B., 1998, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris, Dunod.
 CHABERT, C., 1993, « La boulimie : perversion ou mélancolie », symposium international : « Les troubles des conduites alimentaires », Paris, 1991, Neuro-psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, p. 250-253.
 CHABROL, H., 2004, *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*, P.U.F. « Que sais-je ? ».
 COMBE, C., 2004, *Comprendre et Soigner la boulimie*, Dunod, 2^e éd. 2009.
 CORCOS, M., 2005, *Le corps insoumis : Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*, Paris, Dunod.

²⁹ Karin Models, Paris 8^e.

³⁰ D. Rigaud, « La prise en charge des Troubles du Comportement Alimentaire : l'approche nutritionnelle ».

³¹ B. Karcher, *Réflexion personnelle « Troubles alimentaires et Mannequinat »* in Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Nutritionniste-Diététicienne, 2004.

- COUVREUR, C., 1991, « Sources historiques et perspectives contemporaines », in *La Boulimie*, B. Brusset, Paris, PUF.
- FLAMENT, M. ; JEAMMET, P. ; REMY, B., 2002, *La boulimie : Comprendre et traiter*, Paris, Masson.
- FREUD, S., 1895, « Etude sur la mélancolie dans le manuscrit G », in *La Naissance de la psychanalyse*, trad. A. Berman, Paris, PUF, 1956.
- FREUD, S., « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.
- HOEK, H.-W. ; HOEKEN, D., 2003, « Review of the prevalence and incidence of eating disorders », *Int J Eat Disord*.
- JEAMMET, P., 2004, *Anorexie, Boulimie, Les paradoxes de l'adolescence*, Paris, Hachette littératures.
- KARCHER, B., 2004, Réflexion personnelle « Troubles alimentaires et Mannequinat » in *Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Nutritionniste-Diététicienne*.
- KESTEMBERG, E. et J. ; DECOBERT, S., 1972, *La faim, le ventre*, Paris, PUF, 2^e éd. 1977.
- KLEIN, M., 1947, *Essais de psychanalyse 1921-1945*, trad. française, Payot, 1968.
- LACAN, J., 1994, *Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet*, Le Seuil, coll. « Le Champ freudien ».
- LASÈGUE, C., 1884, « De l'anorexie hystérique », in *Études médicales*, Paris, éd. Asselin et Cie.
- MARINOV, V., 2001, *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, Paris, PUF.
- MARTY, P., 1976, *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot.
- POLIVY, J. ; HERMAN, P., 1991, « Good and bad dieters. Self-perception and reaction to a dietary challenge ». *Intern. J. Eating Disorders*.
- ZERMATI, J.-P., 2008, « La restriction cognitive, facteur d'obésité », in *Obésité*, 3.