

## INTRODUCTION

### L'OBJET DE LA RECHERCHE

Dans ce travail nous avons abordé le problème du refus dans la clinique de l'anorexie mentale. Le choix de ce thème, dicté en partie par notre expérience clinique dans ce domaine, est orienté précisément sur le point que nous considérons, sur la base des élucidations psychanalytiques de Lacan et de l'orientation lacanienne de Jacques-Alain Miller tout spécialement, comme le noyau fondamental de la question anorexique. En effet, le noyau du refus dans l'anorexie touche de façon radicale le rapport du sujet à la nourriture, à l'autre de la relation intersubjective, le rapport à l'Autre de la parole et du langage, et la relation du sujet à son corps et à sa jouissance.

Mais qu'est le refus, précisément, dans l'anorexie mentale ? Est-il possible d'en distinguer les manifestations phénoménologiques les plus évidentes à partir d'une dimension structurale ? Et s'il en est ainsi, qu'est-ce qui caractérise la structure du refus anorexique ? En quoi consistent sa modalité spécifique de jouissance et le réel pulsionnel qui régissent son économie de satisfaction ? Ce sont bien les questions fondamentales que nous nous poserons dans ce travail.

La fonction et le champ du refus dans la clinique de l'anorexie mentale pourraient bien être considérés, dans ce sens, comme l'axe fondamental de cette recherche.

Ce travail ainsi que la formulation des questions qui en sont le centre n'auraient pas été possibles sans rencontrer, sur notre chemin, les indications éclairantes de Lacan sur l'anorexie mentale. Dans ce sens, cette recherche peut être considérée comme une tentative systématique, dans les limites du possible, de clarification de l'enseignement de Lacan sur le fondement de l'anorexie. Et cela à la lumière des contributions sur l'anorexie provenant de la littérature psychanalytique et spécialement des écrits des auteurs d'orientation lacanienne, unies aux données provenant de l'expérience clinique de cas de patientes anorexiques, suivies par nous en analyse ou en institution.

De notre lecture, devrait émerger une discontinuité féconde de l'approche lacanienne sur le thème de l'anorexie mentale, non seulement par rapport aux

approches psychothérapeutiques cognitivo-comportementales et systémico-relationnelles, mais aussi par rapport aux orientations analytiques postfreudiennes contemporaines sur l'anorexie. Surtout, par rapport aux approches cognitivo-comportementales, l'anorexie mentale sera pensée comme une solution incarnant une position particulière du sujet ; non seulement, donc, comme un syndrome spécifique d'une constellation de troubles du comportement et de la cognition. Par rapport aux approches systémico-relationnelles, on mettra en valeur l'irréductibilité singulière de la position du sujet anorexique vis-à-vis de son statut de symptôme du système des transactions familiales.

Mais, concernant le thème de l'anorexie, il est important d'en souligner la différence par rapport aux approches analytiques postfreudiennes contemporaines. À ce propos, il nous semble capital de mettre ici l'accent sur un point essentiel : à propos de l'anorexie, la perspective de Lacan, comme nous l'avons déjà affirmé, marque une distance par rapport à toutes les perspectives analytiques qui focalisent le cœur de la question anorexique autour d'une problématique essentiellement narcissique. Ce n'est pas parce que, dans la perspective clinique lacanienne, on ne reconnaît pas l'importance de la fonction narcissique, mais plutôt parce qu'on évite de la réduire aux cadres égologiques d'une théorie de l'anorexie mentale, fondée sur la thèse de la centralité de la fragilité du Moi et de la carence narcissique du sujet anorexique. Théorie qui soutient et justifie une praxie de cure qui vise à renforcer le Moi fragile sur le modèle de l'Égo-Psychology, ou à soutenir les carences narcissiques d'un Soi peu structuré (sur le modèle de l'approche de Kohut dans *La Psychologie du Self*).

Dans le domaine de l'anorexie mentale, se repropose le même problème crucial que les orientations postfreudiennes de la psychanalyse affichent à propos de l'adolescent et de la lecture de sa crise et qui les éloigne de la leçon de Freud : le narcissisme est-il un moyen nécessaire à renforcer la position des postfreudiens ou un obstacle dans l'orientation de la cure ? Comme l'a bien souligné Philippe La Sagna, il y a donc deux façons d'envisager la cure dans l'adolescence : soit l'accent est mis sur l'identification, toujours trop fragile, de l'adolescent, soit l'accent est mis sur le désir. [...] Ou bien on choisit l'identification, ou bien on choisit la valeur de la dés-identification et du désir<sup>1</sup>.

Ce modèle de référence postfreudien, qui a sa racine profonde dans l'enseignement de Hilde Bruch sur l'anorexie, est largement diffusé dans les approches de matrice analytique postfreudiennes appliquées au traitement de l'anorexie et de la boulimie en institution. L'approche lacanienne n'est pas du tout insensible à l'importance de la problématique narcissique dans l'anorexie mentale. Il est vrai que Lacan, dans ses références à l'anorexie mentale, ne fait jamais appel à la question narcissique. Toutefois, comme cela a été plusieurs fois souligné par

1. Ph. LA SAGNA, « L'adolescence prolongée, hier, aujourd'hui et demain », *Mental. Revue Internationale de Psychanalyse*, n° 23, décembre 2009, p. 21.

des auteurs qui s'appuient sur l'œuvre de Lacan, et récemment aussi de façon systématique<sup>2</sup>, les coordonnées fournies par Lacan, à travers la théorie du stade du miroir et ses développements dans le schéma du modèle optique, permettent une lecture cliniquement importante des phénomènes à caractère narcissique, telle que, tout premièrement, la déformation de l'image corporelle dans l'anorexie mentale. Mais cela est valable à condition d'encadrer la lecture de la problématique narcissique de l'anorexie par le nouage du registre de l'imaginaire dans ses rapports structuraux au symbolique et au réel, autour du lien dévastateur du sujet anorexique à son propre corps.

Dans la perspective lacanienne, la problématique narcissique du sujet anorexique trouve son fondement dans la relation symbolique du sujet à l'Autre et à sa réelle économie de jouissance. En effet, c'est en faisant travailler le sujet dans la cure sur son rapport à l'Autre et à la jouissance, que la dimension narcissique de son fonctionnement peut, elle-aussi, arriver à se restructurer de manière moins mortifère pour celui-ci.

Comme nous le montrerons amplement, par rapport à l'anorexie mentale, les deux piliers structuraux sur lesquels la position du sujet se soutient sont représentés par un refus fondamental de l'Autre et par une économie de jouissance sans perte, qui tourne autour de ce que Lacan a défini l'objet rien.

En même temps, dans ce travail nous chercherons à montrer comment l'anorexie mentale met en question la psychanalyse dans son fonctionnement classique, en l'obligeant à repenser les fondements de sa propre clinique. C'est ce que Lacan fera, à plusieurs reprises dans son enseignement, par la référence à l'anorexie mentale comme exemplification clinique paradigmatique d'un tournant interne à sa lecture des fondements de la psychanalyse. Dans les années 1950, en antithèse au biologisme de l'Égo-Psychologie, il fait valoir l'anorexie comme incarnation extrême de l'impossibilité de réduire le désir et la demande d'amour à la dimension du besoin et au plan de la réalité. Dans les années 1960 et 1970, en antithèse à un réductionnisme tout signifiant, il fait valoir la jouissance anorexique du rien comme irréductible au champ de l'Autre symbolique, comme jouissance qui n'est pas en perte et qui refuse l'aliénation.

Plus en général et à la lumière des difficultés que la clinique, non seulement analytique mais avant tout médicale, met clairement en évidence (aussi bien sur son versant psychiatrique que sur celui nutritionnel), l'anorexie mentale se présente comme un défi aux fondements du savoir médical et psychopathologique contemporains. Dans ce sens, le parallèle avec l'hystérie ne nous apparaît pas incongru, dans le contexte du savoir clinique de la médecine et de la psychiatrie de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, avant la découverte freudienne de la psychanalyse.

2. S. MALAGUARNERA, « Déformation de l'image du corps chez l'anorexique à travers le stade du miroir », *L'anorexique face au miroir. Le déclin de la fonction paternelle*, Paris, L'Harmattan, 2010, p. 91-130.

Nous savons que Freud doit à la rencontre avec l'hystérique l'invention de la psychanalyse comme *talking cure* et que, à l'origine, la pratique freudienne fut le résultat d'une bonne rencontre entre la parole de l'hystérique d'un côté, et l'écoute et l'interprétation du psychanalyste, de l'autre. La raison fondamentale de cette réussite, qui s'ajoute à l'effet de nouveauté introduit par la pratique freudienne, est liée à la structure originale du symptôme hystérique et, plus généralement, du symptôme névrotique : il fonctionne, pour le sujet même, comme substitution symbolique se manifestant dans la conversion somatique de l'hystérique ou dans la rumination de la pensée de l'obsessionnel d'un désir inconscient et refoulé. L'hystérique produit son propre symptôme comme phénomène auquel elle attribue un sens énigmatique ; elle demande ensuite à l'analyste de l'interpréter dans le transfert, c'est-à-dire en supposant chez lui un savoir sur la vérité de cette énigme. Il appartient à l'analyste, hormis quelques cas rares, de ne pas satisfaire la demande de sens de l'hystérique, pour qu'elle puisse relancer le travail d'interprétation autour de l'énigme de son propre symptôme.

Nous ne rencontrons rien de tout cela dans la pratique clinique, lorsque nous avons à faire à l'anorexie mentale, hormis ces formes où, sous les apparences du symptôme anorexique, c'est l'hystérie qui se manifeste. L'anorexique ne vit pas sa condition comme un problème. Au contraire, elle a un rapport égosyntonique, d'identification pleine, et dénué de questionnement énigmatique sur son propre symptôme. C'est pourquoi elle ne demande rien à personne au sujet de celui-ci, elle n'a rien à en dire, elle ne développe aucun transfert ni ne montre la moindre intention de se défaire de son symptôme qui, au contraire, a plus de valeur pour elle que sa propre vie. C'est la difficulté radicale que le clinicien rencontre lorsqu'il trouve sur son chemin un sujet en anorexie mentale. L'anorexique pose entre l'Autre et elle-même une barrière imperméable de division et reste insensible à la sirène du sens et de l'interprétation. Dans ce sens, l'anorexique ne se limite pas à mettre sens dessus dessous la médecine, à la réduire à l'impuissance, à mettre en difficulté la nutrition clinique et à rendre marginale l'efficacité de la psychopharmacologie. Son défi le plus radical et nouveau est justement adressé à l'héritage des pratiques de soin de souche freudienne, aux cures de paroles, aux psychothérapies dynamiques et, en dernier lieu, à la noble mère de toutes ces pratiques : la psychanalyse.

Pour cette raison, notre travail a le double objectif d'éclaircir la structure, d'un genre nouveau, du « symptôme anorexique », en mettant en évidence sa différence par rapport à la forme classique du symptôme névrotique, et de repenser la clinique psychanalytique de l'anorexie mentale à la lumière de la spécificité de son fonctionnement. Cela nous amène à prendre sérieusement en compte les critiques exprimées, dans les années 1960, par Bruch et Selvini Palazzoli, au sujet du traitement analytique classique de l'anorexie mentale, conçu et pratiqué comme interprétation sémantique de l'univers fantasmatique

psychosexuel inconscient. Dans notre perspective, suivant Lacan, cela nous amène à orienter l'approche analytique vers le réel hors-sens, qui est au cœur de la jouissance anorexique. Par rapport à cette jouissance, il nous semble plus efficace une utilisation de la parole sur son versant d'acte plutôt que sur celui de l'interprétation sémantique.

## LES THÈSES CARDINALES

Notre recherche se structure autour de quelques thèses cardinales sur l'anorexie mentale, qui organisent et orientent le développement et que nous avons essayé de fonder théoriquement et cliniquement.

Tout d'abord, dans la perspective que nous avons choisie, l'anorexie n'est pas un trouble ou une constellation syndromique de troubles, mais au contraire, elle se révèle, avant tout, plutôt comme une « solution ». Il s'agit de la première thèse-clé que nous voudrions faire valoir, celle qui trace la ligne de démarcation entre l'approche analytique et la perspective cognitivo-comportementale. Il s'agit, bien sûr, d'une solution pathologique. Mais l'expérience clinique nous montre, de façon régulière, l'effet spécifique de « traitement » que le déclenchement et le développement de l'anorexie exercent sur les sujets, touchés par cette forme de trouble psychique qui implique de façon si radicale le corps. En effet, et c'est notre deuxième thèse, la solution anorexique fournit au sujet une réponse inconsciente à quelque chose d'insoutenable qu'il a expérimenté dans son rapport à l'Autre.

La troisième thèse, qui est le véritable fil conducteur de tout notre travail, affirme que, au cœur de la réponse anorexique, nous trouvons le refus. Ainsi, notre objectif sera celui de démontrer qu'il existe une centralité du refus dans la clinique de l'anorexie mentale.

Cette formule doit être complétée par cette spécification que la clinique psychanalytique de l'anorexie permet d'aborder et qui structure une quatrième thèse : l'anorexie, et de façon éminente le refus anorexique, représentant pour nous son noyau cardinal, fonctionnent comme réponse du sujet, dans sa relation à l'Autre, à quelque chose d'insoutenable qui se joue au niveau du désir et de la jouissance. Cette thèse signifie que, conformément à la perspective de Lacan et à celle de l'orientation lacanienne, la condition essentielle pour pouvoir éclairer le statut clinique du refus anorexique consiste en un travail de mise à jour des rapports structuraux entre le refus, le désir et la jouissance du sujet.

Il est clair, dans cette perspective, que le statut du refus subit une torsion et un déplacement par rapport à la position actuellement dominante dans le champ de la psychopathologie : il passe du statut d'une conduite (plus ou moins) altérée – selon l'orientation du DSM IV et des thérapies cognitivo-comportementales – au statut de réponse qui s'enracine dans la structure singulière du sujet. Dans ce

sens, l'orientation analytique s'éloigne aussi de l'orientation de la psychothérapie systémico-relationnelle classique, très développée et utilisée dans ce champ de la clinique. Pour la psychanalyse, et il s'agit de la cinquième thèse, entre en jeu, dans la production de l'anorexie, une solution singulière dans laquelle le choix inconscient du sujet occupe une place essentielle, qui n'est pas intégralement réductible aux exigences de stabilité du système familial.

L'approfondissement de la question du refus dans l'anorexie mentale nous a poussés à développer quelques thèses ultérieures, qui distinguent l'approche analytique lacanienne, non seulement des psychothérapies cognitivo-comportementales et systémico-relationnelles, mais aussi des perspectives actuellement dominantes dans le domaine de la psychanalyse postfreudienne.

En premier lieu, il faut distinguer l'épaisseur réelle du refus anorexique du négativisme secondaire, mis en acte par les patientes une fois le symptôme déclenché, sans réduire le premier au second. Il s'agit d'une thèse fondamentale : *le refus, qui se trouve au cœur de l'anorexie mentale, n'est pas réductible à un négativisme secondaire de la réponse anorexique*. C'est un point capital puisqu'il renverse la perspective élaborée par Bruch, selon laquelle le refus anorexique est un effet secondaire d'un déficit fondamental du Moi. Comme nous essaierons de le démontrer dans ce travail, et notamment dans le deuxième chapitre, la perspective que nous avançons, à partir de Lacan, autour du thème du refus dans l'anorexie, subvertit la perspective de Bruch. En effet, la perspective de Lacan situe au cœur de l'anorexie un refus plus radical où se greffent, en mesure égale, la phénoménologie du négativisme anorexique et l'adhésivité complaisante et conformiste que l'on retrouve dans l'histoire du sujet, en particulier avant le déclenchement de l'anorexie mentale. Le négativisme anorexique et l'adhésivité complaisante et conformiste à la demande de l'Autre ne sont que deux facettes de la même médaille ; nous les retrouvons aussi dans la phénoménologie et dans l'anamnèse historico-clinique de chacune de nos patientes, bien que toujours dans une version singulière.

Notre idée de la cure de l'anorexie mentale, et il s'agit de notre septième thèse, en ligne avec l'orientation analytique, ne correspond pas à l'idée d'une orthopédie normalisante et adaptative du négativisme anorexique. Cette perspective thérapeutique normalisante entre en collusion, au moment de sa réalisation avec l'autre versant phénoménologique du symptôme anorexique, celui de l'idéal supermoïque du conformisme d'un faux Soi où le sujet est supprimé par l'obligation de répondre de façon adhésive à la demande de l'Autre, qu'il s'agisse du parent ou du soignant. Ce travail se présente comme une étude psychanalytique des fondements cliniques du refus anorexique qui met en évidence premièrement, au-delà du négativisme de la réponse, des modalités différentes de fonctionnement mises en jeu par le sujet d'un cas à l'autre. Cela nous permet d'avancer notre huitième thèse, articulée largement dans le chapitre six, selon

laquelle il est possible de déterminer quatre fonctions du refus dans l'anorexie mentale. Celles-ci mettent en jeu différents niveaux de son fonctionnement et peuvent orienter par rapport au diagnostic et au traitement : le refus comme métaphore d'une demande (prédominante dans les formes hystériques et névrotiques d'anorexie) ; le refus comme défense de la pulsion ; le refus comme modalité de séparation de l'Autre ; et enfin le refus comme mode de jouissance.

Le fait de tenir compte de ces différentes modalités du refus, à identifier dans le rapport du sujet à l'Autre et à la jouissance, nous permet d'articuler une clinique différentielle de l'anorexie analytiquement fondée, comme nous pourrions le vérifier à l'aide de différents cas cliniques.

En renversant la perspective de Bruch, il nous a paru essentiel de mettre en évidence une dimension structurale du refus dans l'anorexie mentale, sur laquelle le négativisme secondaire de la réponse anorexique s'appuie. Il s'agit de notre neuvième thèse qui tente de traduire et d'argumenter la formule utilisée par Miller, selon laquelle « ce qu'il y a en premier plan dans l'anorexie, c'est le "refus de l'Autre" ».

Cette thèse pourrait être exprimée de la façon suivante : il n'y a pas, à la base de l'anorexie mentale, un déficit du Moi mais plutôt un refus fondamental de l'Autre.

Comment faut-il entendre cette dimension constitutive du refus de l'Autre dans l'anorexie mentale ? Notre thèse est que la structure de ce refus primaire, qui se trouve au cœur de l'anorexie mentale, doit être identifiée dans les deux niveaux grammaticaux de l'expression « refus de l'Autre ». En premier lieu, dans le sens subjectif du génitif, il s'agit d'un *refus de la part de l'Autre*, qui provient de l'Autre. C'est dans la structure symbolique de l'Autre que l'on peut identifier un point d'aveuglement inconscient, une confusion fondamentale, comme Lacan le dit dans *La direction de la cure et les principes de son pouvoir*, qui ne permet pas aux parents de reconnaître, malgré tout l'amour qu'ils déversent généralement sur leur fille, l'espace singulier de sa subjectivité émergente. Il y a quelque chose de « trop plein » dans cet Autre parental, quelque chose qui fait manquer le manque, qui ne permet pas de libérer un espace vide que le sujet peut occuper sans être rempli par leur investissement excessif sur le plan narcissique. Dans ce sens, le refus de l'Autre est le refus inconscient de la singularité du sujet en tant qu'autre, différent et irréductible aux cadres du narcissisme prédominant, interne à l'investissement parental inconscient sur leur fille. Et c'est aussi, si l'on veut, le refus des messages provenant du sujet anorexique au sein du système familial, que Selvini Palazzoli a mis acuitement en évidence, dans la phase systémique de sa recherche. À notre avis, c'est à partir de cette base que l'on peut encadrer aussi bien la difficulté maternelle de positionnement dans les relations primaires de *feed-back* avec la propre fille, que ses réponses incongrues à partir desquelles, selon Bruch, se produisent par la suite, les principaux symptômes dysperceptifs de l'anorexie mentale.

En deuxième lieu, dans le sens objectif du génitif, c'est le sujet anorexique qui refuse l'Autre, qui met un mur et un « non » fondamental entre soi et l'Autre. Ce « non » n'est pas généralement, dans l'anorexie mentale, celui de l'anorexie hystérique où le refus a, en réalité, la fonction essentielle d'une demande se fondant sur un « oui » originaire, produit par sa rencontre avec le désir de l'Autre. Ce refus est primaire et se produit, chez le sujet, dans le premier temps de sa rencontre avec l'Autre, dans l'interaction avec la mère, là où la future anorexique ne trouve pas dans la position maternelle l'espace d'un manque où trouver place sans devoir remplir ce manque et en être absorbée. Pour trouver une place dans cet Autre trop plein, la future anorexique est appelée à mourir en tant que sujet singulier, pour s'uniformiser à l'Autre et devenir son appendice. La solution anorexique que le sujet trouve sera celle d'adhérer à la loi aberrante de son Autre familial, en lui opposant, en même temps, un refus fondamental qui trouvera, dans le symptôme et dans le traitement du corps qui le caractérise, sa manifestation éclatante à la puberté.

La clinique de l'anorexie mentale se présente, donc, dans la perspective lacanienne, comme une clinique du refus et, plus radicalement, du refus de l'Autre. On pourrait dire, en suivant Lacan dans la *Note sur l'enfant* de 1969, que le symptôme somatique de l'anorexie incarne, à partir de l'anorexie de l'enfant, « un primordial refus<sup>3</sup> ».

Mais, en même temps, la clinique de l'anorexie mentale se présente comme une clinique de l'objet rien. C'est la thèse centrale que Lacan élabore sur l'anorexie mentale, à partir des références des années 1950 au *Séminaire*, livre IV et à « La direction de la cure ». C'est la dixième thèse que nous essaierons d'articuler : la clinique lacanienne de l'anorexie mentale est une clinique de l'objet rien.

En effet, Lacan a introduit et éclairé la fonction spéciale de l'objet dans la clinique de l'anorexie. Dans notre livre, nous avons tenté d'éclairer épistémologiquement le concept d'objet rien chez Lacan, en mettant en relief le statut double qui en fait, d'un côté, un objet symbolique, signifiant-clé qui soutient la structure métonimique du désir, de l'autre, un objet réel, l'incarnation d'une jouissance pleine, sans perte, autour de laquelle gravite la vie du sujet anorexique.

Mis en rapport avec le refus de l'Autre, l'objet rien comme objet de jouissance pleine, intact par rapport à l'action léthale du signifiant, se présente dans l'anorexie mentale comme son complément structural : l'anorexique refuse l'Autre pour ne pas céder à la jouissance sans limites que l'objet rien, enkysté dans son corps, lui permet. La clarification de ce point nous a permis de mettre l'accent sur la soudure logique des deux piliers régissant la lecture lacanienne de l'anorexie mentale : le refus et l'objet rien.

Sans annuler la duplicité de son statut qui s'avère très utile, surtout pour illuminer des aspects importants de la clinique de l'anorexie hystérique et plus

---

3. J. LACAN, « Note sur l'enfant » (1969), *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001, p. 374.

en général névrotique, nous avons mis en évidence, en même temps, la dimension du rien comme objet réel de jouissance dans l'anorexie. Cette vision du rien tend à s'imposer dans l'enseignement de Lacan, dès les années 1960, pour laisser dans l'ombre la définition du rien en clé signifiante. Dans le chapitre 7, nous nous sommes attelé à sonder la fonction de l'objet rien dans la clinique de l'anorexie mentale en développant cette trajectoire par rapport, également, à la question de l'anorexie infantile (chap. 8) et de l'anorexie chez la jeune fille (chap. 9).

## LA MÉTHODE D'ENQUÊTE

La méthode que nous avons utilisée dans notre travail, conformément au savoir et au travail analytique, ne peut être séparée, de façon abstraite et préalable, de l'objet de sa recherche. Au contraire, elle implique, au delà de toute perspective techniciste et formaliste, qu'il faille toujours partir d'un matériel signifiant déterminé, et que le travail de lecture, tout en respectant la rigueur scientifique de la référence ponctuelle et de la cohérence logique, soit déjà orienté par une direction à laquelle le chercheur, lui-même, se réfère.

Dans ce sens, notre travail se situe avant tout au sein de l'orientation lacanienne qui s'appuie sur la lecture du texte de Lacan élaboré par Miller. Partir de cette inscription signifie avant tout construire, à partir du texte de Lacan et de ses élèves, le champ de la problématique lacanienne relative à l'anorexie mentale. Cela comporte un travail sur le texte de Lacan et des analystes d'orientation lacanienne, autant sur le plan théorique que sur la base des cas cliniques publiés. La confrontation de l'orientation lacanienne avec les autres positions actuelles du champ de la psychanalyse constitue un nœud important de la recherche visant à éclairer les différencialités paradigmatiques entre les diverses approches et leurs retombées cliniques.

En même temps, pour appuyer notre argumentation, après plusieurs années d'intense activité clinique dans ce domaine, nous nous référons amplement, tout au long du déroulement de la recherche, à notre expérience clinique concernant des sujets anorexiques traités en institution ou en analyse. Dans une dialectique ouverte, les thèses théoriques élaborées durant ce parcours de recherche comprennent, à la fois, les lignes d'orientation issues de la lecture des cas cliniques et le résultat de cette lecture, corroboré toutefois par les rectifications nécessaires. Les dispositifs thérapeutiques et les conditions problématiques du traitement de l'anorexie mentale sont largement représentés dans ce travail : de l'analyse individuelle au petit groupe monosymptomatique à conduction analytique, au travail d'équipe en communauté thérapeutique, jusqu'aux problèmes inhérents à l'intervention en hôpital, très souvent essentielle dans le cadre d'un traitement général d'un sujet anorexique. Les conditions d'effi-

cacité d'une hospitalisation qui conduit ces patientes aux services de nutrition clinique (à cause de l'aggravation du symptôme alimentaire) ou de psychiatrie (fréquemment en jeu, à cause des décompensations psychotiques, des déclenchements, du refus radical de nourriture ou de médicaments) seront à leur tour sondés à partir de la singularité des cas, comme contribution à une avancée de l'élaboration théorico-clinique.

Bien que nous ayons indiqué, dans le dernier chapitre, des lignes d'orientation dans la cure de l'anorexie, en réalité, conformément à l'ébauche non formaliste du travail, nous avons évité d'articuler la recherche suivant une distinction nette entre théorie et traitement. Pour cette raison, contrairement à la position formaliste repérable dans la majorité des manuels de psychopathologie, les références aux cas et aux traitements sont utilisées largement et directement pour la construction et la démonstration des thèses de la clinique, tout comme dans les références aux textes de théorie psychanalytique sur l'anorexie.

## L'ARTICULATION

Ce travail se compose de dix chapitres abordant chacun le problème général de la refondation de la clinique psychanalytique de l'anorexie mentale à la lumière d'une question spécifique.

Le premier chapitre pose la question de la réduction du statut de l'anorexie à un trouble ou, plus précisément, à une constellation syndromique de troubles comportementaux et cognitifs, qui est à la base du système psychiatrique descriptif et de classification diagnostique des deux dernières éditions du DSM. Cette réduction est aussi le présupposé logico-opérationnel sur lequel se fondent les thérapies cognitivo-comportementales et leur façon de théoriser et de traiter les troubles du comportement alimentaire. Par contre, dans la perspective de la psychanalyse, l'anorexie se présente plutôt comme une solution trouvée par le sujet, surtout pendant l'adolescence, pour faire face à une impasse rencontrée dans le rapport à l'Autre et à la jouissance, dans ce moment délicat de l'existence qui commence à la puberté. La notion de « solution anorexique » est développée et mise en relation avec le concept psychanalytique de symptôme, tout en mettant en évidence la difficulté de ce rapprochement et l'exigence d'élaborer, à l'égard de l'anorexie, une notion non classique du symptôme, différent du paradigme analytique du symptôme hystérico-névrotique. Cette notion non classique de symptôme est plus facilement repérable dans le dernier enseignement de Lacan, en particulier à la lumière de son élaboration du *sinthome* et de sa conception de l'« inconscient réel », mise en valeur par Miller à travers la lecture des derniers écrits et *Séminaires* de Lacan. L'accent n'est plus mis, en effet, sur la dimension symbolique du symptôme comme métaphore du sujet, mais plutôt sur son statut de condensateur de jouissance hors-sens, en ligne

avec les difficultés que la clinique de l'anorexie mentale présente dès le début du traitement : absence de subjectivation de sa propre condition pathologique, caractère non-énigmatique pour le sujet de la condition anorexique, tendance conséquente à éviter les soins, à ne pas formuler une demande et à ne pas développer d'autre transfert que de nature nettement imaginaire-spéculaire.

C'est dans ce cadre de référence que l'on reprend et que l'on réarticule de façon critique l'inclusion de l'anorexie, aux côtés des toxicomanies, dans le paradigme des « nouvelles formes du symptôme » ; et cela en faisant spécialement attention à ne pas réduire la question aux seuls termes historico-diachroniques du symptôme social.

Dans le deuxième chapitre, nous posons les prémisses historiques et théoriques pour une refondation de la clinique psychanalytique actuelle de l'anorexie, à partir d'une lecture attentive de la critique adressée, dans les années 1960, au traitement analytique classique de l'anorexie par les « mères fondatrices » de la psychothérapie dynamique contemporaine de l'anorexie mentale : les psychiatres et psychanalystes Bruch et Selvini Palazzoli. À partir du constat de l'inefficacité de l'interprétation sémantique, mise au centre du traitement de l'anorexie par la psychanalyse au moins jusqu'aux années 1960, les auteurs parviennent à déconstruire de façon autonome le cadre de lecture du problème anorexique dominant à l'époque. Ce cadre se montrait ancré dans une sclérose codifiée des découvertes révolutionnaires de Freud et d'Abraham autour de la centralité de la fixation pulsionnelle orale précoce dans la clinique de l'anorexie et, plus généralement, dans les psychopathologies alimentaires. En effet, dans le cadre d'une systématisation de la théorie des stades du développement de la libido, opérée par l'orthodoxie postfreudienne et repérable dans le *Traité* de Fenichel, cette approche donnait vie, dans le travail des analystes, à une pratique standardisée d'interprétation, centrée autour du fondement d'un univers fantasmatique psychosexuel, de matrice orale, à dévoiler. La patiente anorexique se montre sourde, comme l'avaient indiqué Bruch et Selvini à plusieurs reprises, à cette interprétation qui ne produit aucun effet thérapeutique dans la cure.

Dans ce chapitre, nous mettons en valeur premièrement le point d'intersection existant entre l'orientation structuraliste de Lacan des années 1950 et l'approche des deux grandes spécialistes de l'anorexie, autour d'une position épistémologique systémico-structurale dans la clinique, influencée par la linguistique et la cybernétique et en opposition avec l'orientation biologique, prédominante dans la psychanalyse postfreudienne. En effet, c'est autour de la primauté du langage, du symbolique et des transactions systémico-communicativo-relationnelles que se produit une nouvelle lecture de la clinique et plus précisément de la clinique de l'anorexie mentale.

Des variantes internes à cette nouvelle approche cybernétique, avec laquelle Lacan entre en contact explicitement dans ses premiers *Séminaires* et dans ses

écrits des années 1950, à travers la médiation du structuralisme de Saussure et Lévi-Strauss, animent la refondation de la clinique de l'anorexie mentale des deux « mères fondatrices » de la psychothérapie contemporaine. Les thèses de Lacan des années 1950 sur la primauté du symbolique, qui visent à dé-biologiser la psychanalyse et la fonction de l'inconscient freudien, se reflètent dans sa lecture de l'anorexie mentale de cette période. Dans cette lecture, en effet, l'anorexie est placée dans une position clinique, paradigmatique de l'irréductibilité radicale du désir au champ du besoin et de l'irréductibilité du registre du symbolique aussi bien à l'imaginaire qu'au champ de la réalité.

En même temps, il convient de mettre en évidence l'impossibilité de réduire la position de Lacan sur l'anorexie à un paradigme symbolico-structural, en particulier lorsqu'il introduit, dans le cadre de son enseignement, la centralité de la pulsion dans son statut symbolique et surtout dans son noyau réel, comme on verra bien dans le chapitre 4.

Dans le troisième chapitre, nous reparcourons deux orientations du courant psychodynamico-psychanalytique, que nous considérons actuellement plus intéressantes, parallèlement à l'orientation lacanienne, pour la lecture et le traitement de l'anorexie et de la boulimie. La première, plus ancienne, débutant dans les années 1960, est représentée par la pédopsychiatrie psychodynamico française (dont Evelyne et Jean Kestemberg, Bernard Brusset, Philippe Jemmet et Maurice Corcos sont, en succession chronologique, les principaux représentants).

La deuxième, de formation plus récente, est représenté par le groupe de travail, d'influence kleinienne-bionienne, coordonné à la Tavistock Clinic de Londres, dès la deuxième moitié des années 1980, par Gianna Polacco Williams. Ces deux orientations, se situant dans le même sillon de l'orientation postfreudienne de la psychanalyse des relations objectuelles et partageant la référence commune à l'approche kleinienne, se différencient toutefois par l'importance attribuée à la matrice kleinienne. Le créneau français, qui présente aussi des différences internes considérables, parmi lesquelles un plus fort enracinement aux thèses de Freud chez Brusset, dialectise la matrice kleinienne avec les instances de l'Égo-Psychology et de la psychologie du Self de matrice kohutienne. Partant de ces présupposés, il accentue particulièrement la centralité de la dimension narcissique et du circuit additif-dépendant, par une mise en relief spéciale de la thèse de l'anorexie comme issue de l'impasse du processus de l'adolescence.

Dans une perspective différente, interne à la tradition de la psychanalyse anglo-saxonne mais sensible à la leçon de Lacan, l'approche tavistockienne de Polacco Williams accentue le côté kleinien-bionien de sa lecture de l'anorexie. À la base du processus de constitution de l'anorexie, on identifie un échec particulier, défini comme « inversion des rapports entre le contenant et le contenu » ; il s'agit de l'échec de la fonction de contenant pour « penser les pensées » et du travail de rêverie, propres à la mère.

Dans ce processus, la mère non seulement ne parvient pas à bonifier l'angoisse de l'enfant par sa métabolisation symbolique et sa restitution sous une forme « comestible », mais elle projette aussi sa propre angoisse sur la fille qui en devient le réceptacle et qui développe ainsi le symptôme anorexique comme voie de défense lui permettant de soutenir cette condition<sup>4</sup>.

Le quatrième chapitre est consacré à une reconstruction de la pensée de Jacques Lacan sur l'anorexie mentale. Il présente quatre paradigmes, identifiables dans quatre phases historiquement différentes de son enseignement et de sa recherche psychanalytique.

Dans *Les complexes familiaux* de 1938, il offre sa première contribution importante à la lecture de l'anorexie mentale. Selon une conceptualité influencée par Melanie Klein, le jeune Lacan développe, en perspective psychogénétique, sa théorie de l'anorexie mentale enracinée dans le « refus du sevrage » de la petite enfance qui se trouve régressivement réactivé dans le passage à l'adolescence. C'est à partir d'ici que le nœud crucial, le fil conducteur de la lecture lacanienne de l'anorexie, commencera à prendre forme. Dans ce sens, la déclinaison anti-séparative du refus anorexique qui vise à préserver une condition de fusion mythique avec l'objet maternel primaire, nous apparaît évidente. C'est dans cette perspective que, dans ce texte, Lacan rapproche l'anorexie des toxicomanies et des névroses gastriques, en développant la thèse d'un « appétit de mort » dans l'anorexie.

Dans les textes de la deuxième moitié des années 1950, en plein essor de la phase culminante du structuralisme de Lacan, lorsque le dialogue avec la linguistique structurale et la thèse de la primauté du symbolique atteignent le summum, Lacan développe un paradigme hystérico-dialectique de l'anorexie. Dans le texte de 1958, *La direction de la cure et les principes de son pouvoir*, aussi bien que dans *Les Séminaires, La relation d'objet* et *Les formations de l'inconscient*, la question anorexique est reprise par Lacan à partir d'une nouvelle perspective : celle de la dé-biologisation de la psychanalyse qui montre l'irréductibilité du désir au champ du besoin et l'autonomie du symbolique par rapport au registre de l'imaginaire et au plan de la réalité. Dans ce cadre, l'anorexie mentale devient incarnation clinique radicale de cette irréductibilité, le refus anorexique devient métaphore du désir et de la demande d'amour, la position anorexique est valorisée dans sa déclinaison la plus proche de l'hystérie. Ici le refus anorexique, plutôt qu'avec les caractères du *refus du sevrage*, indiqués dans le texte de 1938, se présente sous les traits du refus hystérique qui est un refus dialectique. Dans ce cadre conceptuel, pour la première fois l'on voit émerger la centralité de l'objet *rien*, attribuée par Lacan à l'anorexie mentale. Il est toutefois important de souligner que le rien qui prend forme chez Lacan, dans les années 1950, est un objet

4. G. WILLIAMS, « Reflections on some dynamics of eating disorders: "no entry" defenses and foreign bodies », *International Journal of Psycho-Analysis*, 78 (5), 1997, p. 927-941.

purement symbolique, un pur objet du désir, signifiant l'inaptitude structurale de chaque objet du monde à occuper la place de l'objet propre du désir. Dans cette période, le rien de l'anorexie mentale est forgé à partir de sa référence au rien comme objet de l'hystérie. Autrement dit, c'est l'anorexique hystérique qui domine le cadre de la théorie lacanienne sur l'anorexie des années 1950.

Une véritable *coupure épistémologique* est présente, à notre avis, dans les *Séminaires, L'angoisse* (1962-1963) et *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1964). Lacan reprend ici le thème de l'anorexie mentale et l'inclut dans sa refondation de la théorie psychanalytique autour de la nouvelle centralité donnée au registre du réel, qui était resté dans l'ombre pendant toute l'élaboration des années 1950. Cette opération comportera, pour Lacan, la reformulation du concept même d'inconscient comme non réductible intégralement à la structure signifiante et la reprise de la théorie pulsionnelle, réinventée sur la base de la conceptualisation de l'objet (a), mis au centre même de la nouvelle notion de pulsion et d'inconscient pulsionnel. Dans ce nouveau cadre, la thèse de Lacan « l'enfant anorexique mange le rien » met l'accent sur la dimension non plus symbolique mais réelle de l'objet rien qui incarne, de façon extrême, une irréductibilité de la jouissance à se soumettre à la loi de l'Autre symbolique. En rappelant, d'une certaine manière, la thèse du texte de 1938, l'anorexie mentale incarne ici une position où le sujet ne veut pas céder à l'Autre l'objet de sa propre jouissance et préfère mettre sa vie en danger plutôt que d'accepter la loi symbolique de la castration. Dans *Le Séminaire*, livre XI, à cette jouissance adialectique et hors-discours fait pendant, dans l'anorexie mentale, la menace de disparition comme modalité typique de l'anorexique d'ouvrir un manque qui provoque l'angoisse chez l'Autre parental.

Pour finir, dans *Le Séminaire* inédit « Les non dupes errent » de 1973-1974, nous trouvons une formalisation de la position anorexique qui accentue, de façon encore plus radicale, le caractère de jouissance du symptôme anorexique et qui met en relief son refus radical du savoir inconscient. C'est l'horreur du savoir inconscient qui pousse les jeunes filles anorexiques à la rumination constante sur le poids, le corps et les calories. Dans ce *Séminaire*, Lacan indique dans l'anorexie, de la façon la plus radicale, un mouvement complètement opposé à celui qui tend à ouvrir un manque chez l'Autre, une manœuvre d'évitement et de reniement de la castration qui en marque, si l'on veut, le trait constitutif de perversion. Il s'agit, selon nous, de la formulation de Lacan la plus proche de la thèse formulée par Miller, d'un refus de l'Autre dans l'anorexie mentale.

Dans le cinquième chapitre, nous avons essayé d'illustrer les principaux développements de l'orientation lacanienne au sujet de l'anorexie, après la mort de Lacan. Nous avons privilégié le travail de psychanalystes lacaniens qui, en plus de leurs contributions significatives sur la thématique, ont uni aux apports théoriques une pratique clinique constante avec des patientes anorexiques, aussi bien dans leurs cabinets que dans des institutions thérapeutiques. Et cela à

la lumière des raisons de méthode qui sont à la base de notre travail, selon lesquelles seulement l'expérience de la pratique clinique de l'anorexie, unie à l'étude de la littérature concernant le problème anorexique et à une connaissance approfondie de l'enseignement lacanien, peut permettre d'éclaircir les références de Lacan, éclairantes mais fragmentaires à cet égard.

À partir de ces présupposés, nous pouvons considérer Augustin Ménard comme le véritable initiateur d'une lecture unitaire de l'anorexie mentale, fondée sur les points de repère donnés par Lacan. Supporté par sa pratique de psychiatre en hôpital avec des patientes anorexiques et de clinicien analyste dans son cabinet, il a eu le mérite d'articuler pour la première fois les références de Lacan à l'anorexie mentale dans une lecture unitaire. Il a été, en même temps, le premier à souligner avec force l'exigence d'aller au-delà d'une lecture, répandue dans le domaine lacanien, qui tendait à réduire l'anorexie aux cadres de la structure hystérique. Il a ainsi fait valoir l'idée d'une clinique différentielle de l'anorexie qui met en évidence la présence de cadres anorexiques de nature psychotique, à distinguer soigneusement, dans le traitement, des cadres de l'anorexie hystéro-névrotique. Le point le plus original de sa lecture concerne la thèse de l'anorexie comme élision du temps logique de la castration, au moment crucial où, dans la puberté, la question de la perte d'objet se réactive comme condition d'accès à la voie du désir. À travers la lecture de Lacan, Ménard souligne que le futur sujet anorexique répond, dans cette conjoncture, par le refus de la castration et le choix de la voie de la privation en développant le symptôme.

À partir des années 1990, en Italie et en Argentine, se développent parallèlement deux expériences de recherche clinique d'orientation lacanienne sur l'anorexie et la boulimie. L'expérience italienne se produit au sein d'une institution thérapeutique mono-symptomatique, l'ABA, consacrée à la cure des troubles alimentaires. De nombreux analystes lacaniens de l'AMP ont travaillé dans cette institution, et c'est au travail de recherche de Massimo Recalcati, premier directeur scientifique de l'ABA, que nous devons la plus intéressante contribution théorico-clinique. Recalcati a contribué, de façon spécifique, à mettre en évidence une « antinomie féconde » dans l'enseignement de Lacan sur l'anorexie mentale. Antinomie représentée par le double statut du refus (dont il distingue un versant dialectique et un second autistique), du rien comme manque (dans les formes hystéro-névrotiques) et comme vide (dans les formes psychotiques). Parmi les auteurs d'orientation lacanienne, Recalcati est celui qui a le plus valorisé la thèse de Brusset sur l'anorexie-boulimie comme circuit unitaire de fonctionnement orienté par la même logique. Son travail prendra progressivement la direction d'une recherche théorique et clinique des nouvelles formes du symptôme où l'anorexie et la boulimie trouvent leur place ; il accentuera aussi le versant social de la psychanalyse dans sa version appliquée, aussi bien sur le plan de la thérapeutique que sur celui de la lecture des phénomènes sociaux.

La contribution sur l'anorexie et la boulimie, proposée par Nieves Soria et ses collègues (en particulier Fabian Schejtman et Alejandra Eidelberg) du département de l'Institut clinique de Buenos Aires, vise à une relecture de la question anorexique à la lumière du dernier enseignement de Lacan. Soria met spécialement en relief, dans l'anorexie mentale, les problématiques relatives à la question féminine, l'échec de l'équation corps = phallus et le refus du semblant, en parvenant ainsi à déconstruire très efficacement l'identification d'anorexie et d'hystérie en vogue dans le monde lacanien, au moins jusqu'aux premières années 1990. À notre avis, c'est à cette dernière que nous devons la lecture la plus originale de la dysmorphoperception de l'image corporelle et du rapport complexe avec le miroir dans l'anorexie, rapport entendu comme retour du réel de l'objet regard, sans médiation par le signifiant.

Une contribution qui introduit, à plusieurs niveaux, un changement d'optique sur l'anorexie a été proposée, depuis quelques années, par Carole Dewambrechies-La Sagna. À la lumière de son expérience de psychanalyste et de psychiatre en institution avec des patientes anorexiques, elle a apporté, tout d'abord, une large clarification de la fonction de l'angoisse dans la clinique de l'anorexie mentale, clarification qui s'est avérée précieuse pour la logique du traitement. Un passage décisif dans la cure de l'anorexie se produit, en effet, lorsque le sujet anorexique retrouve un rapport à l'angoisse qui ne se réduit plus seulement à susciter l'angoisse chez celui qui s'occupe de lui, par son symptôme. Les indications relatives à l'impraticabilité d'une cure de parole, lorsque l'anorexie se radicalise dans la perte de poids, et à la nécessité absolue de l'hospitalisation sont également essentielles et conformes aux indications de la tradition psychiatrique, comme voie pour poser une limite au sans-limite anorexique.

Dewambrechies propose, en outre, un encadrement autonome de l'anorexie mentale ou « vraie », qui est irréductible, à son avis, au cadre des structures cliniques freudiennes et qui doit se limiter au champ de l'anorexie de la jeune fille.

Le sixième chapitre est consacré à une exposition sur le thème du refus anorexique et ses fonctions fondamentales dans la clinique, identifiées dans ce travail.

Les quatre fonctions du refus y sont formulées à la lumière des situations cliniques : comme demande, comme défense, comme modalité de séparation et comme jouissance.

Le refus comme demande appartient spécifiquement au cadre de l'anorexie hystérico-névrotique et se caractérise par le statut symbolique du refus comme métaphore de la demande d'amour, c'est-à-dire par son caractère de message inconscient adressé à l'Autre pour lui demander le signe de son amour.

Le refus dans sa fonction de défense du réel est toujours présent dans l'anorexie mais prend des formes différentes dans les névroses (où le sujet se défend

fondamentalement de sa propre pulsion) et dans les psychoses (où le refus anorexique devient une barrière contre la jouissance envahissante de l'Autre).

Le refus comme tentative de séparation de l'Autre constitue la modalité imaginaire à travers laquelle les sujets en anorexie essaient de se constituer comme sujets autonomes et prennent leurs distances par rapport aux autres. Cette tentative révèle toutes ses limites dans la difficulté du sujet à accéder à la dimension symbolique de la castration comme voie permettant la séparation, à partir de l'assomption de sa propre dépendance structurale vis-à-vis de l'Autre.

Pour finir, le refus comme jouissance constitue la dimension érogénopulsionnelle au fond du refus anorexique, la racine libidinale de l'égosyntonie symptomatique de l'anorexie mentale et des phénomènes typiques qui la caractérisent : de l'euphorie à l'hyperactivisme, en passant par l'idéal autonomico-hypertrophique.

Le septième chapitre concerne l'objet rien dans la clinique de l'anorexie mentale et représente une tentative d'éclairer cette notion énigmatique que Lacan pose au cœur même de sa lecture de l'anorexie. Au-delà de la tentative d'éclaircir épistémologiquement la notion lacanienne de l'objet rien, par l'identification de sa spécificité au sein de la doctrine lacanienne des objets pulsionnels, nous avons tenté de clarifier son statut double tel qu'il apparaît dans le texte de Lacan (comme corrélé, d'une part, à la dialectique du désir et au champ de l'Autre et, d'autre part, comme objet de jouissance sans limites, déconnecté de la dialectique avec l'Autre).

À la lumière de ces considérations et à partir de cas cliniques traités en cabinet ou en institution, nous essayons, dans ce chapitre, de mettre en évidence quelques modalités structurales d'émergence du rien dans la clinique différentielle de l'anorexie.

Le huitième chapitre concerne la question de l'anorexie infantile et tout ce qu'elle peut nous apprendre sur le statut de l'objet et de la jouissance anorexique.

En effet, s'il n'y a aucun doute sur le fait que le cadre de l'anorexie mentale présente des différences irréductibles par rapport à l'anorexie infantile, il est toutefois important pour nous, comme l'a bien souligné François Ansermet, d'effectuer un détour par l'anorexie précoce<sup>5</sup>, parcourant ainsi le même cheminement théorique suivi par Lacan dans *Le Séminaire*, livre XI, où il affirme que l'enfant anorexique mange le rien.

Après avoir passé en revue les cadres descriptifs actuels des systèmes de classification de la psychiatrie de l'enfance sur l'anorexie (DSM-IV-TR, CD : 0-3-R, PDM), nous développons l'approche analytique de l'anorexie infantile de Bernard Brusset pour parvenir à isoler les apports lacaniens plus récents à ce propos : ceux de Ansermet et de Manuel Fernández Blanco.

5. F. ANSERMET, « Le refus anorexique », *Clinique de l'origine. L'enfant entre médecine et psychanalyse*, Lausanne, Payot, 1999, p. 161-164.

À la lumière de leur expérience en hôpital, dans les services de néonatalogie et de pédiatrie, Fernández Blanco, comme psychologue clinique à La Coruña, et François Ansermet, comme pédopsychiatre à Lausanne et à Genève, ont pu nous offrir des contributions intéressantes, dans un domaine de la clinique où la littérature lacanienne est exiguë.

L'accent est mis notamment sur deux formes irréductibles d'anorexie infantile, déjà distinctes phénoménologiquement et décrites par la tradition pédopsychiatrique et qui permettent de vérifier, dans une perspective lacanienne, les fonctionnements irréductibles de l'objet rien et du refus dans les anorexies précoces passives (proches du spectre autistique) et dans les anorexies infantiles « d'opposition ».

À partir de leurs considérations, l'hypothèse avancée dans le cadre de cette recherche est que, dans l'anorexie d'opposition, correspondant strictement au cadre nosographique de l'anorexie infantile, sont à l'œuvre quatre fonctions du refus, alors que dans l'anorexie précoce passive du nourrisson, le sujet ne fait qu'un avec l'objet rien et le refus fonctionne seulement dans la modalité fondamentale de la pure jouissance sans l'Autre.

Le neuvième chapitre concerne l'anorexie mentale de l'adolescent. Dans ce chapitre nous élaborons la thèse de l'anorexie mentale de l'adolescence comme échec (et tentative de réparation) du processus de symptomatisation de la puberté – en référence à la définition de l'adolescence fournie par Alexandre Stevens. Selon la psychanalyse de Freud, relue par Lacan, ce processus représenterait la tâche fondamentale de l'adolescence : la production, à partir des effets du passage à la puberté, d'une solution singulière du rapport du sujet à l'Autre et à sa jouissance.

À travers une relecture, à partir des indications de Lacan, du statut de l'adolescence contemporaine, nous tentons d'abord de comprendre les raisons de la diffusion du symptôme anorexique dans la société contemporaine et d'articuler une hypothèse sur la raison de sa diffusion prépondérante parmi les jeunes filles. Les points de repères chez Lacan, notamment dans sa *Préface à L'éveil du printemps*<sup>6</sup> de Wedekind, nous permettent de poser les bases pour une clinique différentielle du symptôme dans l'adolescence et, spécialement pour nos fins, d'une clinique différentielle de l'anorexie mentale à l'adolescence.

Notre hypothèse, déjà articulée ailleurs<sup>7</sup>, vise à montrer que, dans le texte de la *Préface*, il est possible de trouver deux temps logiques du processus de l'initiation sexuelle de l'adolescent, essentiels pour situer la position du sujet. Le premier temps logique (T1), que nous avons voulu définir comme le *temps du voile*, est relatif à l'entrée du sujet dans l'adolescence et présuppose la

6. J. LACAN, « Préface », *L'éveil du printemps* (1974), *Autres écrits*, op. cit., p. 561-563.

7. D. COSENZA, « L'initiation dans l'adolescence : entre mythe et structure », *Mental. Revue Internationale de Psychanalyse*, n° 23, décembre 2009, p. 46-50.

construction d'une fantasmatisation inconsciente autour du rapport sexuel qui inclut le jeune et dont il a un témoignage, au réveil, dans ses rêves concernant le sexe. Le deuxième temps logique (T2) que nous avons défini comme le *temps du traumatisme* constitue, pour Lacan, un véritable principe d'initiation et est représenté par la découverte, de la part du jeune, du fait que « le rapport sexuel n'existe pas » et que, derrière le voile couvrant le mystère du sexe, il n'y a rien. À la lumière de ces points cardinaux, nous avons distingué les anorexies dans l'adolescence qui répondent à une difficulté de subjectivation du T2 du traumatisme mais témoignent d'une traversée accomplie du T1 du voile, des anorexies où, dans la rencontre avec la pulsion, le T1 du processus de fantasmatisation ne s'est pas encore structuré efficacement et a laissé le sujet sans voile et sans le cadre de fantasmatisation autour du sexe qui est capable d'en orienter le fonctionnement. Les anorexies hystérico-névrotiques dans l'adolescence débutent comme réponse à l'impasse du T2, comme difficulté à assumer jusqu'au bout les effets de la castration symbolique. Les formes d'anorexie mentale au-delà de la névrose se caractérisent, par contre, par le passage inactif ou déficitaire dans le T1, bien que les véritables débuts soient souvent identifiables dans une conjoncture qui expose le sujet au traumatisme de la castration (T2).

Ces coordonnées nous permettent aussi de répondre à la question : pourquoi actuellement ce sont surtout les jeunes filles qui développent ce symptôme ? Toujours dans la « Préface », Lacan préconisait que la perte du voile autour du mystère du sexe, typique de la société contemporaine, n'aurait pas tardé à montrer ses effets.

Notre hypothèse, ici, détermine que ces effets se produisent avec plus d'incidence pour les jeunes filles, parce que le voile est dans un rapport plus structural avec la position féminine qui permet à la fille, à travers la mascarade, de rentrer dans la dialectique de la vie amoureuse. Différemment de l'anorexie hystérique, pour laquelle la fonction du voile est opérante sous la forme d'une phallicisation extrême de la maigreur, dans l'anorexie mentale on assiste à un échec de l'équation corps = phallus et à une rupture, voire à une véritable absence, du mariage avec le voile. En outre, notre hypothèse ultérieure, à la lumière de l'élaboration de Lacan dans *Le Séminaire, Encore* sur la jouissance féminine, est que la réponse anorexique, là où chez la fille l'équation corps = phallus ne s'établit pas efficacement, met en œuvre, sur le versant de la jouissance, une perversion du pas-tout féminin qui prend la voie du « sans-limite » typique du symptôme anorexique.

Pour conclure, le dernier chapitre trace les lignes d'orientation pour la cure de l'anorexie mentale, tirées de l'expérience clinique en institution et en cabinet avec les patientes anorexiques, ainsi que les indications de l'étude critique des auteurs d'orientation analytique, surtout lacanienne, qui s'y sont consacrées avec plus d'attention.