

Provided for non-commercial research and education use.  
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

## perspectives

## Traversées d'anorexies : ponctuations cliniques

Sans distinction de classes sociales et d'appartenance culturelle, l'anorexie concerne aujourd'hui tous les âges de la vie. Le foisonnement des travaux scientifiquement étayés porte autant sur les sujets potentiellement sains que sur ceux à risques et aux troubles décompensés. Ainsi, les enseignements cliniques se révèlent en perpétuel mouvement.

### UNE "DÉSIDENTITÉ" IDENTITAIRE

Être anorexique n'est pas une identité mais paradoxalement un choix emprunté, consciemment ou pas, par nombre de contemporains (près d'un million de personnes en France d'après la Fédération française anorexie-boulimie [1]) qui souffrent de troubles des conduites alimentaires (TCA). L'anorexie y occupe une place d'élection supplantant, tant dans la *vox populi* que chez moult soignants, la boulimie, dont la prévalence est pourtant supérieure [2,3].

## Pour traverser l'anorexie avec tous ses enjeux de transition, de rémission partielle et/ou totale, il convient d'actionner l'ensemble des leviers de manière quasi simultanée et inconditionnelle

Cela tient en partie à :

- l'image mortifère véhiculée par l'amaigrissement ;
- la sévérité du trouble à même d'engager le pronostic vital (10 % de mortalité) ;
- la toute-puissance d'une symptomatologie comportant une part énigmatique.

■ **Dans sa quête de réussite à être "l'objet anorexie"**, la personne, quel que soit son âge d'entrée dans la maladie, s'inscrit dans :

- un corps sculpté et maîtrisé échappant autant à l'accomplissement de soi qu'aux aléas internes de l'émotion et du désir tout en attirant le regard de l'autre ;
- une dynamique socio-culturelle injonctive l'amenant à être (re)connu par le négatif de son soi tout en demeurant incompris des pairs.

■ **En cette dynamique de jouissance l'autorisant à faire l'économie** de son identité

subjective, le symptôme ne peut que résister et le temps se suspendre inexorablement vers l'épuisement [4–6]. Les équipes soignantes, avec le risque inhérent d'une usure compassionnelle, s'essaient à contenir et maintenir ces sujets [7,8].

### L'INCONFORT DIAGNOSTIQUE

Dans le champ des TCA viennent se ranger la boulimie, le *Bing Eating Disorder*, les *Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder*, les *Eating Not Otherwise Specified Symtoms*, l'orthorexie qui émaille l'évolution de l'anorexie et de ses aménagements vers des formes diverses de la guérison [9,10]. De plus, les comorbidités exprimées en termes de trouble du spectre de l'autisme, de troubles anxieux, dépressifs ou encore de la personnalité mettent en péril les classiques diagnostics psychodynamiques en structure névrotique versus psychotique, ou organisations limites [9,11].



JEAN-LUC SUDRES

Professeur de psychologie, psychologue, psychothérapeute, art-thérapeute, psychomotricien  
Centre d'études et de recherches en psychopathologie et en psychologie de la santé (CERPPS), EA 7411, Université Toulouse Jean-Jaurès, Maison de la recherche, 5 allée Antonio-Machado, 31058 Toulouse cedex 9, France

### NOTE

<sup>1</sup> Rappelons que la phase ou position schizo-paranoïde se réfère à une constellation d'angoisses, de défenses et de relations d'objets internes et externes considérée par la psychanalyste anglaise Melanie Klein comme caractéristique des premiers mois de la vie de l'enfant. Puis une phase ou position dépressive vient lui succéder vers le quatrième mois. Toutes ces phases peuvent, à des degrés variables, se cristalliser dans des comportements ou conduites. À l'adolescence, comme le souligne James Masterson, elles peuvent à nouveau se rejouer et permettre des organisations ou des aménagements somato-psychiques singuliers.

Adresse e-mail :

jean-luc.sudres@univ-tlse2.fr  
(J.-L. Sudres).

## RÉFÉRENCES

- [1] Fédération française anorexie boulimie. Les troubles des conduites alimentaires (TCA), parlons-en ! Juin 2023. [www.journeemondiale.ca.fr/](http://www.journeemondiale.ca.fr/).
- [2] Combe C. Soigner l'anorexie. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Dunod; 2009.
- [3] Scotto Di Rinaldi S, Sudres JL, Rousseau A, Bouchard JP. L'anorexie mentale, une pathologie familiale et complexe. *Soins* 2023;68(881):20-3.
- [4] Jenkins PE, Price T. Eating pathology in midlife women: Similar or different to younger counterparts? *International Journal of Eating Disorders* 2018;51(1):3-9.
- [5] Merand M, Lemoine M. L'anorexie mentale : une fatigue de ne pas être soi ? *Annales Médico-psychologiques* 2022;180:987-94.
- [6] Quelin R. Anorexie : le temps suspendu... *Psychosomatique relationnelle* 2020;9(1):222-44.
- [7] Chassaing JL. Parole à vide. Avide de rien. La cage de l'artifice. *La clinique lacanienne* 2010;18(2):49-67.
- [8] Koehler M, Lescœurs G, Ostermann G. Anorexie, du Rien au Réel. De la parole vide et vaine à la parole pleine. *Hegel* 2023;2(2):87-94.
- [9] Dajon M, Sudres JL. Orthorexie et troubles des conduites alimentaires : spécificité d'un profil ? *Annales Médico-Psychologiques* 2022;180(7):621-9.
- [10] Dajon M, Sudres JL, Bouchard JP. L'orthorexie : actualité et soins d'une pathologie de la modernité. *La Revue de l'Infirmière* 2021;70(267):37-9.
- [11] Carretier E, Blanchet C, Moro MR, Lachal J. Scoping review des stratégies de prise en charge du trouble dépressif caractérisé comorbide d'une anorexie mentale à l'adolescence. *L'Encéphale* 2021;47(1):72-8.
- [12] Sudres JL. Anorexie et art-thérapie : éléments pour une pratique. *Psychothérapies* 2012;32(2):73-83.
- [13] Dubreil J, Fabre É. Les écueils du contrat de poids. *Cliniques* 2023;23(1):154-68.
- [14] Satori N. Conjuguer les approches pour soigner l'anorexie. *Soins Psychiatrie* 2016;37(307):9-47.

*Déclaration de lien d'intérêts*  
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

la temporalité via une mise en historicité [6]. Pourtant l'errance diagnostique, comme le pointent fréquemment les associations de parents, se révèle par trop fréquente mais inhérente à la pathologie anorexique. En cet endroit, il devient pertinent de rappeler une lapalissade clinique : les soignants et les équipes finissent par épouser les symptômes et le fonctionnement de leurs patients !

## LA PRISE EN CHARGE : ENTRE GAGEURES ET TISSAGES

Par-delà la pluridisciplinarité, brandie à l'instar d'un maître-mot pourtant loin d'amener à une réunion féconde des parties, des acteurs en un tout, l'hospitalisation advient souvent comme un passage inéluctable dans la trajectoire anorexique. Ainsi, selon la sévérité de la symptomatologie, de sa résistance somato-psychique aux soins et de sa durée, le sujet anorexique peut rencontrer l'hospitalisation sous contrainte, en urgence non programmée ou programmée, séquentielle et de jour.

■ **Des sondes naso-gastriques aux contrats de poids** en passant par le sevrage ponctuel de toute relation familiale, les modalités de soins apparaissent multiples, rationalisées sur un expérientiel clinique ou étayées sur des travaux scientifiques en *Evidence Based Medicine/Evidence Based Practice*. Toutefois, des pratiques d'antan, toujours actuelles (et loin d'être validées au niveau international) subsistent sans qu'il soit par exemple vraiment possible de bien différencier (à tout le moins pour le patient) ce qu'il en est d'un contrat de poids, d'un contrat de soin et d'un contrat d'hospitalisation. Certes, tout le monde s'accorde sur un doux consensus : "c'est pour son bien".

■ **Truisme de rappeler que parfois nous rencontrons des patients** présentant un vécu d'enfermement, de dépouillement et d'humiliation "alimentant" un véritable trouble de stress post-traumatique [13]. S'il s'agit par cette stratégie de (re)trouver des figures d'autorité, voire d'identification négative ou positive, afin de limiter la jouissance immédiate et illimitée offerte, et même préconisée par nos sociétés, il convient de s'interroger sur cette violence fondamentale pathogène ou pathologique prescrite, à même de conforter la symptomatologie initiale.

■ **En fait, le rétablissement de "l'autorité sereinement bienveillante"** dans un cadre sécurisé rompu aux attaques somato-psychiques du corps propre et des corps tiers permet à la personne anorexique de laisser dans le ballast ses symptômes pour (re)trouver la problématique des vécus d'antan (traumatiques ou pas), de réifier les identifications

partielles en une totalité cohérente, de (re)parcourir les phases schizo-paranoïdes et dépressives kleiniennes<sup>1</sup>, tout en éructant bruyamment : « *ce dont j'ai le plus besoin, c'est ce que je refuse* ».

## L'OPTIMISATION THÉRAPEUTIQUE

Du psychobiotique (prébiotique et probiotique) contre le stress en passant par les effets de la méthylphénidate sur l'appétit et le poids ou par l'impact d'un environnement chaud sur l'hyperactivité physique, le sujet anorexique peut potentiellement croiser des programmes de stimulation cérébrale profonde, de réduction de la dissonance cognitive et/ou de remédiation cognitive implémentés éventuellement par l'intelligence artificielle. Tout cela sur les lieux de soins, comme sur ordinateur et téléphone à demeure. Au décours de cette somato-cognitivité, le corps plein de son vide introjecte davantage qu'il n'incorpore maintenant ainsi l'écart basique d'une jouissance pathologiquement dissociative.

■ **Depuis quelques années tai-chi-chuan, yoga, danse-thérapie, vidéographie, morphopictographie, ostéopathie, psychomotricité, hypnose, etc.**, adviennent sur la scène du soin corporel anorexique [14]. Étayées sur des travaux à la robustesse scientifique modeste, toutes ces pratiques, ces médiations thérapeutiques apparaissent comme des techniques de médecine complémentaire négligeant, d'une part, le poids du corps et le poids de tête, et d'autre part, une évaluation des effets psychothérapeutiques latéraux de telles sollicitations.

■ **Réaliser un atelier ou une prise en charge corporelle**, et cela quelle que soit la technique ou la méthode convoquée, devrait s'inscrire dans la dynamique d'une mise en identité, en motricité, en sensorialité, en expression créative et en verbalisation, avec l'alternance de plusieurs séquences de temps corporels faibles et forts [12].

## CONCLUSION

Pour traverser l'anorexie avec tous ses enjeux de transition, de rémission partielle et/ou totale, il convient d'actionner l'ensemble des leviers (self-help, entraide, soignants, familles, pair-aidants, associations) de manière quasi simultanée et inconditionnelle. Gageons que toutes ces actions, cristallisées dans des avancées comme la Journée mondiale des TCA, trouvent encore davantage d'écho en matière de prévention, de soins et de politiques de santé innovantes. ■