

**Jérôme Englebert, « Anorexie et intersubjectivité : étude
phénoménologique et éthologique »,
Annales Médico-Psychologiques, n° 173, 2015, p. 659-664.**

Observation

p. 660 :

Jeanne est une jeune patiente anorexique de 24 ans qui présente depuis trois ans des signes d'anorexie mentale. Elle présente un tableau clinique assez classique : amaigrissement, phases de boulimie avec vomissement, aménorrhée, vie sexuelle inexistante (avec des périodes de phobies spécifiques), hyperactivité paradoxale (elle est, entre autres, étudiante à l'université, s'exerce au violon à un bon niveau, pratique la plongée sous-marine et fait du baby-sitting durant les week-ends), intérêt paradoxal pour la nourriture (se présente comme une excellente cuisinière, apprécie nourrir les autres membres de sa famille, correspond activement sur un blog Internet dédié à la cuisine). Typiquement mince, elle parle peu de préoccupations esthétiques liées à son corps et dit reconnaître qu'elle a une problématique alimentaire. Elle dit avoir évolué dans le regard de son propre corps devant le miroir et exprime maintenant reconnaître son état de minceur (le déni fréquemment présent chez ces patientes semble avoir fait partie du tableau clinique dans les premiers mois de son anorexie). Elle explique en revanche, à plusieurs reprises, que le regard porté par autrui sur sa propre personne est une épreuve difficile. Elle expliquera un sentiment de honte qui reposerait non pas tant sur son physique, mais plutôt sur l'impossibilité de savoir ce qu'autrui pense, ce qu'il regarde précisément en elle. Précisons enfin que pendant huit mois, elle a été hospitalisée dans un centre spécialisé dans le traitement des troubles alimentaires dont elle garde un souvenir qu'elle qualifie de « traumatisant ». L'épisode emblématique de cette période est « l'épreuve de la balance » qui, si elle n'était pas satisfaisante (à savoir un gain de poids suffisant), lui interdisait de rentrer chez elle le week-end.

Par ailleurs, lorsque nous demandons à Jeanne de nous raconter un épisode emblématique de son existence avec ce trouble, elle nous exprime la scène de la vie quotidienne suivante : « Je suis dans la cuisine qui est un lieu de vie important pour la famille et j'ai préparé le repas. Mon frère, qui a deux ans de moins que moi, veut le servir et j'ai le sentiment qu'il cherche à s'appropriier le repas que j'ai cuisiné. » Jeanne précise pourtant d'emblée qu'elle sait que ce ressenti d'usurpation de la part de son frère est erroné, mais elle exprime qu'elle ne peut s'empêcher de le penser, que cela « dépasse le rationnel ». Elle explique ensuite qu'elle sent un malaise autour de la table, composée de son frère, son père et sa mère : « Je reste debout et continue à servir le repas alors que les assiettes sont toutes abondamment remplies. Mais je n'arrive pas à faire autre chose, j'ajoute des épices, je sors d'autres aliments du réfrigérateur, j'en remets d'autres que j'avais sortis précédemment, etc. Chacun, après avoir commencé à manger et avoir d'abord fait comme s'ils ne voyaient pas mon incapacité à m'arrêter, se met à tour de rôle à me dire de venir m'asseoir et manger avec eux. Je feins de ne pas les entendre, jusqu'à ce que mon père, excédé par une attitude qui se produit pour ainsi dire à chaque repas, se mette en colère. Je ne le supporte pas et vis cette scène comme une non-reconnaissance de ce que j'ai préparé, de toute l'énergie que j'ai mise à m'occuper du repas, je le vis comme une non-reconnaissance de ce que je

suis. » Jeanne précisera ensuite qu'elle a maintenant développé beaucoup de recul par rapport à son trouble et qu'elle aurait été incapable à ce moment-là de livrer le discours nuancé entre ses aspirations personnelles et celles des membres de sa famille qu'elle prononce aujourd'hui. Elle explique cette faculté de méta-réflexion grâce à son « expérience de la maladie » – précisons d'ailleurs que jamais elle n'emploie les mots « anorexie » ou « trouble du comportement alimentaire » pour nommer son trouble, mais les mots « maladie » ou « problème ».



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Anorexie et intersubjectivité : étude phénoménologique et éthologique



Anorexia and intersubjectivity: Phenomenological and ethological consideration

Jérôme Englebert

Department of psychology and clinics of human systems, university of Liège, boulevard du Rectorat, 3, bâtiment B33, 4000 Liège, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 27 décembre 2014

Accepté le 21 janvier 2015

Disponible sur Internet le 23 mai 2015

Mots clés :

Anorexie mentale

Cas clinique

Corps

Éthologie

Phénoménologie

Psychopathologie

RÉSUMÉ

À partir du cas de Jeanne, l'objectif de cet article est l'étude des modes d'être-au-monde spécifiques de la personne anorexique. Une approche phénoménologique et éthologique permet de dépasser la symptomatologie strictement alimentaire et médicale en éclairant les dimensions relationnelles et adaptatives essentielles à ce trouble. La véritable structure psychopathologique de la subjectivité anorexique repose, en effet, sur des modes d'interactions spécifiques. Les notions d'altruisme (alimentaire ou non), de corps-pour-autrui, et finalement d'intersubjectivité, mettront en évidence une existence émotionnelle incluant la honte dans le regard de l'autre, et surtout un déséquilibre entre l'autoconservation et l'attention pour autrui. Dans ce contexte, le fameux mécanisme de déni cesse d'être uniquement une caractéristique de l'anorexique, mais est également un processus rencontré tant dans l'entourage que dans l'environnement thérapeutique. Le déni anorexique repose sur l'anosognosie et le refus de constater la maigreur, alors que le déni du monde environnant consiste en une incapacité généralisée de percevoir l'altruisme et la problématique intersubjective sur laquelle repose son existence.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Keywords:

Anorexia nervosa

Body

Clinical case

Ethology

Phenomenology

Psychopathology

Objective. – Based on the case study of Jeanne, the objective of this article is to study patterns of anorexic people's specific *being-in-the-world*. We seek to identify the core vulnerability features of anorexic existence, beyond the dimension of feeding alone. The identification of a psychopathological structure will result in a better understanding of Jeanne's clinical situation and will help to formulate psychotherapeutic and prophylactic recommendations.

Method. – A phenomenological and ethological approach allows us to see past the strictly medical symptoms (eating disorder). The evolutionary perspective highlights the adaptive dimension of this disorder (e.g., in extreme situations such as famine). Specifically, Demaret's ethological hypothesis identifies altruism (feeding altruism and generalized altruism) as the core feature of anorexic conduct. Phenomenological reflection (phenomenological psychopathology and phenomenological philosophy) appears to complement the ethological approach. Phenomenology distinguishes two kinds of bodies: the *Leib* (emotional, subjective and experienced in the first person) and the *Körper* (devitalized, objective and experienced in the second person). Merleau-Ponty's works highlight the difference between the touching body and the touched body. These proposals show the problematic of the other in body configuration. It is in precisely this connection that anorexic existence is specific. Sartre's phenomenology and the *lived-body-for-others* is the final step of our reasoning to arrive at a configuration of intersubjectivity.

Results. – The analysis of Jeanne's case, combined with ethological and phenomenological perspectives, demonstrates that the real psychopathological structure of anorexic subjectivity rests on specific interaction modes. The notions of altruism, *lived-body-for-others*, and intersubjectivity highlight an

Adresse e-mail : jerome.englebert@ulg.ac.be

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.01.008>

0003-4487/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

emotional existence including shame in the eyes of others, and especially an imbalance between self-preservation and care for others.

Conclusions. – All our thinking suggests that so-called “denial” is a psychological mechanism that should be reconsidered. Denial is not a mechanism of anorexic subjects alone, but is also a process encountered both in the patient's family and in the therapeutic environment. Anorexic denial is based on anosognosia and the refusal to see one's own thinness, while other people's denial constitutes a widespread inability to perceive the altruism and intersubjective problematic on which the existence of an anorexic subject fundamentally depends.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Nous proposons à travers cet article de nous intéresser à la subjectivité anorexique. Plus précisément, notre hypothèse consiste à isoler une existence émotionnelle – et dès lors relationnelle – spécifique aux sujets souffrant d'anorexie. Partant du cas de Jeanne, et plus spécifiquement de l'évocation d'une scène qu'elle présente comme représentative de son trouble, nous ferons appel à deux perspectives épistémologiques originales et complémentaires. Les approches *phénoménologique* et *éthologique* permettent, en effet, de dépasser la symptomatologie strictement alimentaire et médicale en nous éclairant quant aux dimensions relationnelles et adaptatives inhérentes à ce trouble. Notre hypothèse est que c'est bien la subjectivité qui doit être considérée comme la structure psychopathologique fondamentale de ce trouble. Cette dimension émotionnelle et relationnelle, se jouant « à travers les corps », peut se mettre en scène dans la vie quotidienne, *in situ*, par exemple lorsqu'une famille passe à table ; mais également en psychothérapie, révélant des perspectives novatrices, traquant les paradoxes fréquents dans la prise en charge de ces patientes.

2. Le cas de Jeanne

Jeanne est une jeune patiente anorexique de 24 ans qui présente depuis trois ans des signes d'anorexie mentale. Elle présente un tableau clinique assez classique : amaigrissement, phases de boulimie avec vomissement, aménorrhée, vie sexuelle inexistante (avec des périodes de phobies spécifiques), hyper-activité paradoxale (elle est, entre autres, étudiante à l'université, s'exerce au violon à un bon niveau, pratique la plongée sous-marine et fait du baby-sitting durant les week-ends), intérêt paradoxal pour la nourriture (se présente comme une excellente cuisinière, apprécie nourrir les autres membres de sa famille, correspond activement sur un blog Internet dédié à la cuisine). Typiquement mince, elle parle peu de préoccupations esthétiques liées à son corps et dit reconnaître qu'elle a une problématique alimentaire. Elle dit avoir évolué dans le regard de son propre corps devant le miroir et exprime maintenant reconnaître son état de minceur (le déni fréquemment présent chez ces patientes semble avoir fait partie du tableau clinique dans les premiers mois de son anorexie). Elle explique en revanche, à plusieurs reprises, que le regard porté par autrui sur sa propre personne est une épreuve difficile. Elle expliquera un sentiment de honte qui reposerait non pas tant sur son physique, mais plutôt sur l'impossibilité de savoir ce qu'autrui pense, ce qu'il regarde précisément en elle. Précisons enfin que pendant huit mois, elle a été hospitalisée dans un centre spécialisé dans le traitement des troubles alimentaires dont elle garde un souvenir qu'elle qualifie de « traumatisant ». L'épisode emblématique de cette période est « l'épreuve de la balance » qui, si elle n'était pas satisfaisante (à savoir un gain de poids suffisant), lui interdisait de rentrer chez elle le week-end.

Par ailleurs, lorsque nous demandons à Jeanne de nous raconter un épisode emblématique de son existence avec ce trouble, elle nous exprime la scène de la vie quotidienne suivante : « Je suis dans la cuisine qui est un lieu de vie important pour la famille et j'ai préparé le repas. Mon frère, qui a deux ans de moins que moi, veut le servir et j'ai le sentiment qu'il cherche à s'approprier le repas que j'ai cuisiné. » Jeanne précise pourtant d'emblée qu'elle sait que ce ressenti d'usurpation de la part de son frère est erroné, mais elle exprime qu'elle ne peut s'empêcher de le penser, que cela « dépasse le rationnel ». Elle explique ensuite qu'elle sent un malaise autour de la table, composée de son frère, son père et sa mère : « Je reste debout et continue à servir le repas alors que les assiettes sont toutes abondamment remplies. Mais je n'arrive pas à faire autre chose, j'ajoute des épices, je sors d'autres aliments du réfrigérateur, j'en remets d'autres que j'avais sortis précédemment, etc. Chacun, après avoir commencé à manger et avoir d'abord fait comme s'ils ne voyaient pas mon incapacité à m'arrêter, se met à tour de rôle à me dire de venir m'asseoir et manger avec eux. Je feins de ne pas les entendre, jusqu'à ce que mon père, excédé par une attitude qui se produit pour ainsi dire à chaque repas, se mette en colère. Je ne le supporte pas et vis cette scène comme une non-reconnaissance de ce que j'ai préparé, de toute l'énergie que j'ai mise à m'occuper du repas, je le vis comme une non-reconnaissance de ce que je suis. » Jeanne précisera ensuite qu'elle a maintenant développé beaucoup de recul par rapport à son trouble et qu'elle aurait été incapable à ce moment-là de livrer le discours nuancé entre ses aspirations personnelles et celles des membres de sa famille qu'elle prononce aujourd'hui. Elle explique cette faculté de métaréflexion grâce à son « expérience de la maladie » – précisons d'ailleurs que jamais elle n'emploie les mots « anorexie » ou « trouble du comportement alimentaire » pour nommer son trouble, mais les mots « maladie » ou « problème ».

Ce récit, outre le fait qu'il témoigne que c'est bien dans la vie quotidienne et à travers l'étude de « l'homme en situation » que se joue la psychopathologie [4], est emblématique de l'impasse et de l'incompréhension anorexiques. Un réseau d'interprétations croisées se joue entre une jeune fille qui ne se sent pas *saisie* et *reconnue* dans le regard de ses proches et des parents qui sont interpellés par un apparent *déni* du trouble et un refus systématique de l'évoquer. Nous aurions, et le détail a son importance, pu construire notre phrase dans l'autre sens et parler de proches qui ne se sentent pas *compris* par la jeune fille et du *déni* manifesté par la famille à l'égard de l'altruisme de Jeanne et de sa préoccupation pour les siens. Nous reprendrons l'analyse de la situation de Jeanne en fin d'article, forts de l'apport des propositions éthologiques et phénoménologiques concernant l'existence anorexique.

3. Perspectives évolutionnistes et éthologiques

3.1. Perspectives évolutionnistes

L'anorexie et les troubles alimentaires en général ont une place importante dans les travaux de la psychiatrie évolutionniste. Des

thèmes comme la recherche de nourriture et le rapport à l'alimentation, la sexualité et le potentiel reproducteur, ou le rapport entre la consommation et la dépense d'énergie correspondent parfaitement au paradigme évolutionniste. La psychiatrie évolutionniste, à la différence du modèle éthologique que nous retiendrons *infra*, fait du refus alimentaire et de la perte d'appétit les symptômes principaux de la problématique anorexique – reproduisant, soit dit en passant, exactement la même analyse que les membres de la famille de Jeanne, analyse qui ne semble pourtant pas convenir à cette dernière.

Le refus alimentaire semble aller, de prime abord, à l'encontre d'une logique adaptative puisqu'il conduit dans les cas les plus extrêmes à la mort. C'est de ce paradoxe que partent plusieurs auteurs [2,14,23] quand ils proposent de recontextualiser ce comportement dans des conditions extrêmes comme les situations de famine. Il est par exemple intéressant de préciser que ce serait les pénuries historiques de Londres au ^{xviii} siècle et de Paris dans les années 1870 qui auraient vu émerger les premiers diagnostics d'anorexie posés par Morton et Lasègue, en raison de véritables « épidémies » [17]. L'anorexique parviendrait, grâce à l'hyperactivité qui la caractérise souvent, à conserver vitalité et énergie pour la recherche de nouvelles ressources malgré le peu d'apports nutritifs. On peut d'ailleurs constater une réaction différente face à la privation de nourriture de la part d'anorexiques ou de personnes non anorexiques subissant une malnutrition. Guisinger [9] observe par exemple que l'anorexique présenterait un affaiblissement moindre face à la privation de nourriture et se révélerait donc capable de continuer à fonctionner plus longtemps de manière adaptée en cas de sous-alimentation. Ces modélisations permettent de trouver des dimensions adaptatives au trouble anorexique et proposent également une explication des crises de boulimie à travers la tendance à stocker des réserves adipeuses en situations d'abondance, en prévision de périodes plus difficiles – le corps stockerait ainsi la nourriture qui ne peut pas être conservée ailleurs.

La place de la sexualité et du potentiel reproducteur est également fréquemment évoquée. L'anorexique supprimerait son potentiel reproducteur via l'aménorrhée lorsque les conditions sont mauvaises [14,24], ou verrait ce potentiel supprimé par une femelle dominante qui tente d'éliminer une rivale [2–15]. McGuire et Troisi [14] vont jusqu'à parler d'un « suicide reproducteur » qui jouerait le rôle de sacrifice au profit de personnes apparentées génétiquement (mères, sœurs, neveux, etc.), garantissant malgré tout la transmission d'une partie du patrimoine génétique. L'hypothèse de la soumission à une femelle dominante a quant à elle suscité des théories quelque peu farfelues. Citons par exemple l'idée que les créatrices de mode, véhiculant une image de femmes squelettiques, essaieraient par ce biais de contraindre les adolescentes à s'affamer, entraînant ainsi une aménorrhée et donc une sortie de la « course à la reproduction » [15]. La diffusion de ces idées « anorexogènes » par des femmes plus âgées et dominantes leur permettrait donc d'éliminer la concurrence de leurs rivales jeunes.

Stevens et Price [23] abordent également le trouble, au-delà de l'alimentation et de la sexualité, à partir de la « théorie du rang social ». Ils proposent ainsi de considérer les troubles alimentaires comme une sorte de reliquat de la lutte des classes. Selon les époques et les sociétés, ce sera soit la minceur, soit le surpoids qui sera vu comme un signe de haut statut social. Dans nos sociétés où les ressources sont relativement abondantes, et dans lesquelles les individus moins favorisés ont accès à une alimentation riche en sucres et en graisses, c'est la minceur qui est valorisée et qui est même comprise comme une preuve de volonté et de maîtrise de son corps. L'anorexique serait alors celle qui a trop bien intériorisé ces valeurs.

Ces hypothèses mettent en évidence le caractère adaptatif de certains symptômes de l'anorexie, mais aucune d'entre elles ne

parvient à rendre compte du tableau clinique de manière intégrée. Les différentes focalisations symptomatologiques offrent des modèles qui semblent désarticulés, incomplets, ne parvenant pas à identifier la structure organisatrice du trouble.

3.2. Perspectives éthologiques

Le modèle éthologique développé par Demaret [3,6] rencontre selon nous cette exigence de l'articulation des signes entre eux. Sa proposition est d'identifier l'élément structurant du vécu anorexique à travers les comportements groupaux, et plus particulièrement à travers les conduites d'altruisme. Il suggère, de façon quelque peu déconcertante, de ne plus focaliser l'attention prioritairement sur l'aspect purement médical relatif à la perte de poids. Ce symptôme est bien entendu le plus visible et le plus préoccupant – de ce point de vue, l'attitude de la famille de Jeanne est plus que compréhensible – car ce refus de manger, sans cause organique, peut conduire le sujet à un état d'amaigrissement très important voire, dans les cas les plus extrêmes, à la mort. Mais Demaret considère qu'il est essentiel de s'intéresser aux autres signes, parfois considérés comme secondaires, mais qui sont classiquement associés au tableau anorexique. Il relève la prédominance de ce trouble parmi la gent féminine, les crises de boulimie, les vomissements, l'aménorrhée – qui peut être la conséquence de la sous-alimentation mais survient parfois précocement –, l'absence habituelle de dépression et la négation de l'état de maigre, l'anosognosie, la conservation d'une grande activité physique et mentale, et l'altruisme alimentaire.

Malgré l'étymologie du mot (« *a* » privatif et « *orexis* » = appétit), Demaret rappelle qu'il n'y a pas de véritable perte d'appétit ou de la sensation de faim chez l'anorexique, bien que celles-ci se révèlent dysfonctionnelles. Cette confusion étymologique nous explique peut-être pourquoi Jeanne refuse, pour caractériser son trouble, d'utiliser les mots « anorexie » ou « trouble du comportement alimentaire », qui focalisent et réduisent la problématique à sa valence nutritive. Une dimension paradoxale est justement que l'anorexique présente un intérêt profond pour la nourriture : elle a généralement une grande connaissance de la diététique, cherche à nourrir autrui et cuisine pour son entourage, vole des aliments pour les dissimuler dans des cachettes – dont elle peut finir par oublier l'existence –, semble souvent obsédée par la nourriture et, rappelons-le, peut présenter des accès de suralimentation (boulimie). Une seconde dimension paradoxale du trouble anorexique est l'hyperactivité caractéristique. Ces jeunes filles, d'apparence si faible et fragile, assument une activité physique et intellectuelle impressionnante et permanente. Elles semblent, en outre, particulièrement résistantes aux maladies infectieuses, « comme si elles étaient immunisées » [3, p. 146] – sauf lorsque l'état d'amaigrissement prend trop d'ampleur et provoque de graves troubles métaboliques. Lorsque la maladie ne prend pas ces proportions extrêmes, on observe que les anorexiques possèdent d'étonnantes capacités adaptatives à leur milieu.

Le comportement qui retient particulièrement l'attention de Demaret est l'altruisme alimentaire, qu'il considère comme « la composante la plus fondamentale du syndrome [là où] la perspective médicale mettant l'accent sur [le refus alimentaire et la perte de poids qui en découle] empêche de reconnaître d'emblée la valeur adaptative du syndrome entier » [3, p. 152]. Pour comprendre la dimension fonctionnelle de cette tendance à nourrir l'autre, il faut avoir à l'esprit que la valeur adaptative des comportements n'est pas forcément orientée vers l'individu, mais s'étend au groupe auquel il est apparenté. Un individu qui consomme très peu d'aliments, reste actif et résistant tout en présentant une « obsession » pour la nourriture, facilitant sa recherche, et souhaite nourrir les autres membres du groupe,

présente un avantage considérable pour son groupe d'appartenance. Le bénéfice est particulièrement déterminant pour les enfants du groupe, qui nécessitent une grande attention et sont dépendants des autres pour se nourrir. Les vomissements ou régurgitations sont d'ailleurs des modes de nourrissage très répandus dans le monde animal et dans de nombreuses sociétés humaines [3]. Parler de l'intérêt pour les enfants nous amène à une nouvelle dimension paradoxale de l'anorexie. Alors qu'elles sont biologiquement incapables de procréer (aménorrhée) et souvent phobiques à cette idée, les anorexiques présentent un grand intérêt pour les enfants. Elles sont ou désireraient être baby-sitters, responsables de mouvement de jeunesse, puéricultrices, infirmières pédiatriques, logopèdes, éducatrices, institutrices, etc.

L'ensemble de ces éléments nous permet de généraliser la notion d'altruisme, qui transcende la sphère alimentaire. Le raisonnement de Demaret ne s'arrête pas là puisque, parallèlement à l'identification de ces nombreux comportements généralement considérés comme auxiliaires, il a recours à une analogie éclairante avec un modèle animal correspondant. Il trouve dans les comptes rendus de Goodall [8] à propos du comportement de femelles chimpanzés, lorsqu'elles s'intéressent au nouveau-né de leur mère ou de leur sœur, de troublantes similitudes. Elles endossent le rôle d'éducatrices pour ces jeunes en proposant une forme d'apprentissage des comportements pro-sociaux. Ces femelles primates n'ont pas d'enfant et élèvent donc un jeune qui n'est pas le leur mais fait partie de leur environnement proche – ce n'est pas le cas de Jeanne, mais de nombreux cas d'anorexie se déclenchent chez de jeunes adultes dont les parents (parfois un seul des deux) accueillent un nouvel enfant dans le giron familial. Le « jeu des analogies » [6] permet d'assumer une jonction entre ce comportement animal et la conduite anorexique, trouvant son point d'équilibre à travers la fonction d'*helpers at the nest*. L'analogie avec le monde animal permet de comprendre différemment la relation caractéristique des anorexiques au système familial proche. Très fréquemment observée, cette ambivalence relationnelle, qui fait notamment des parents les personnages centraux autour desquels s'organise l'évolution du syndrome, peut être reconsidérée sous l'angle des comportements altruistes. S'entrouvrent de nouvelles pistes d'interprétation de la scène de la vie quotidienne décrite par Jeanne, qui permettront de saisir sous un jour nouveau son discours, sans le cantonner au déni et à l'anosognosie.

Les hypothèses évolutionnistes nous ont permis d'identifier la valence adaptative de l'existence anorexique, et le modèle éthologique de Demaret de déplacer l'attention focale de l'alimentation vers l'altruisme et la relation à l'autre. Cette étape décisive, qui signe l'identification de la structure fondamentale de la pathologie anorexique, met donc en évidence un « organisateur de sens » [20], la découverte du « chaînon manquant » permettant d'affirmer que la problématique anorexique est avant tout à situer dans son rapport à l'intersubjectivité. Les apports de la phénoménologie vont nous permettre d'approfondir ce constat décisif.

4. Perspectives phénoménologiques

L'analyse phénoménologique en psychopathologie permet d'appréhender l'*être-au-monde* de l'individu et sa subjectivité. À la différence de la schizophrénie ou de la mélancolie, par exemple, l'anorexie n'est pas un objet d'étude récurrent de cette discipline. Cependant, quelques publications importantes se sont intéressées à l'existence anorexique. Ces études ont toutes conclu à un lien entre la psychopathologie anorexique et le processus complexe d'altérité [1,10–13,19,21,22]. Nous nous appuyons sur ces réflexions en rappelant d'abord une proposition traditionnelle de la phénoménologie qui consiste à distinguer deux expériences corporelles distinctes : le *Körper* et le *Leib*. Nous précisons ensuite la subtile mise en évidence de la dimension active (le « corps

touchant ») et de la dimension passive (le « corps touché ») de l'expérience corporelle décrite par Merleau-Ponty [16]. Nous terminerons notre incursion dans la phénoménologie avec une réflexion sur le concept sartrien de *corps-pour-autrui* et le vécu émotionnel qui découle de ce phénomène relationnel [18].

Le *Leib* est le corps en tant que vécu. Il s'agit de l'expérience directe et intuitive du corps, vécue de l'intérieur et en première personne par le sujet. Il correspond à ce que le sujet est pour lui-même, en tant qu'être spatio-temporel incarné dans le monde. Le *Körper*, ou le corps en tant qu'objet, est le corps explicitement perçu, vu de l'extérieur, en troisième personne. Le *Leib* est émotionnel et évoque la transcendance de soi, le *Körper* est dévitalisé ; l'un est mû par l'intentionnalité et la subjectivité, l'autre se résume à une mécanique objective. Le *Körper* est le corps qui peut être manipulé, par exemple celui auquel s'adresse le chirurgien lorsqu'il opère ou celui qu'étudie l'anatomiste, alors que le *Leib* est le corps qui manipule le monde, celui auquel s'adresse le phénoménologue mais également le clinicien. Dans l'exercice de la psychiatrie, ou dans de nombreuses perspectives de la psychologie cognitive, le praticien a affaire avec le *Körper* en ce qui concerne la médication ou les pratiques de remédiation des fonctions cognitives.

Ce premier apport est utile à notre compréhension de l'expérience corporelle de l'anorexique puisqu'il démontre qu'il est possible d'évoquer l'existence corporelle au-delà de la simple matérialité abstraite de ce corps, dès lors au-delà de la maigreur, parfois extrême. Le corps de l'anorexique ne peut se réduire aux stigmates de sa maladie. L'expérience corporelle de la personne anorexique transcende l'extrême maigreur de ses bras (qui, dans le cas de Jeanne, nous marquait toujours au début des entretiens). Son corps est bien mû par l'intentionnalité, c'est-à-dire par la tendance de la conscience à aller au-delà d'elle-même et à s'écarter dans le monde. Cependant, comme le souligne Bowden [1], on peut trouver une première problématique dans l'expression de ce *Leib*. La personne anorexique présenterait des troubles dans l'expérience corporelle, elle serait coupée d'une gamme de sensations, elle n'habiterait pas son corps de façon évidente, et ne serait qu'imparfaitement « dedans ».

Afin de mettre en évidence ce rapport pathologique à la « corporalisation », Bowden discute du corps en tant que sujet/objet à partir des travaux de Merleau-Ponty [16]. Ce dernier étudie le fait que le corps est pourvu d'une double sensation qui consiste à pouvoir toucher (dimension active) et à pouvoir être touché (dimension passive). Merleau-Ponty prend pour exemple le fait de toucher sa main droite avec sa main gauche : « La première est un entrelacement d'os, de muscles et de chair écrasé en un point de l'espace, la seconde traverse l'espace comme une fusée pour aller révéler l'objet extérieur en son lieu » [16]. Mais le philosophe précise bien qu'il y a des situations *mixtes*, révélant des sensations *doubles* : « Quand je presse mes deux mains l'une contre l'autre, il ne s'agit donc pas de deux sensations que j'éprouverais ensemble, comme on perçoit deux objets juxtaposés, mais d'une organisation ambiguë où les deux mains peuvent alterner dans la fonction de "touchante" et de "touchée". [Les] sensations doubles [correspondent] au passage d'une fonction à l'autre, je puis reconnaître la main touchée comme la même qui tout à l'heure sera touchante, – dans ce paquet d'os et de muscles qu'est ma main droite pour ma main gauche, je devine un instant l'enveloppe ou l'incarnation de cette autre main droite, agile et vivante, que je lance vers les objets pour les explorer » [16]. Mais cet entrelacs est également une question de contact avec les objets extérieurs, avec le monde. Par exemple, lorsque la main du pianiste rencontre l'ivoire de la touche, elle appuie sur cette dernière mais, simultanément, subit une pression inverse produite par le mécanisme des cordes du piano. Toute la puissance, la justesse et la virtuosité de la sonorité (et de la coloration personnelle que lui donne l'artiste) reposent sur

cette subtile alchimie du touchant et du touché conjugués [7]. Ultime étape, le corps touchant-touché a aussi affaire avec les autres corps – répondant également à cette dialectique – et cela nous rapproche fondamentalement de l'expérience anorexique. Le corps dans la jungle sociale est à la fois un sujet actif percevant le monde environnant et un objet passif pouvant être perçu. L'étau se resserre sur la problématique anorexique car c'est bien en regard du corps de l'autre que la problématique structurelle de l'expérience anorexique prend racine. Jeanne nous confiera un jour estimer que si elle vivait seule sur une île déserte, il n'y aurait personne pour parler d'anorexie et que jamais elle n'aurait souffert de ce trouble – souvenons-nous que ses compétences pour trouver de la nourriture lui permettraient sans doute, plus que d'autres, de s'adapter et de survivre dans une telle situation. Elle exprimera également un rêve récurrent dans lequel elle est dans une pièce dont les quatre murs sont des miroirs sans tain. Elle sait qu'elle est observée sans pourtant voir les personnes qui l'observent (ce qui est un paradoxe inter-corporel insoluble que seul tolère le rêve).

Notre réflexion philosophico-clinique trouve dans l'œuvre de Sartre le modèle le plus abouti en matière d'existence corporelle et d'expérience d'autrui. Pour ce dernier, cette problématique d'« être vu par autrui » est loin d'être secondaire, il s'agit même d'une expérience fondatrice du processus identitaire : « J'existe pour moi comme connu par autrui à titre de corps [...]. Le choc de la rencontre avec autrui, c'est une révélation à vide pour [le sujet] de l'existence de [son] corps, dehors, comme en-soi pour l'autre » [18]. Notre rapport à autrui est donc nécessaire pour l'accomplissement de notre ancrage corporel dans le monde et notre faculté d'habiter à l'intérieur de notre corps propre. L'autre est le seul capable d'accomplir une fonction qui nous est fondamentale : « nous voir comme nous sommes » [18]. C'est en s'appuyant sur ces analyses que Bowden [1], mais aussi Stanghellini et al. [21,22], suggèrent qu'il y aurait, chez l'anorexique, un déséquilibre entre le corps-sujet-percevant et le corps-objet-perçu, ce dernier prenant une place bien trop décisive. Sous le regard d'autrui, l'anorexique perd ses propres facultés de subjectivité corporelle, elle voit son intentionnalité lui échapper et dépendre du corps-regardant dont elle dépend déjà plus que n'importe qui d'autre. Jeanne développe une conscience exacerbée de ses moindres faits et gestes et le regard qu'autrui lui porte l'obsède. Elle dira par exemple que l'élément central de sa relation à son père est « ses yeux, la lourdeur de son regard qui me juge, qui juge ce que je suis ».

Sartre [18] précise que le sentiment associé au regard d'autrui sur mon corps est l'émotion de honte. Il prend comme exemple celui d'un homme qui regarde à travers le trou d'une serrure. Totalement absorbé et perdu dans le monde – il est un regard sans corps regardé –, il se rend compte, tout à coup, de la présence d'une personne derrière lui. Son corps-pour-autrui surgit à sa conscience à travers la découverte de l'autre en train de l'observer. L'espion devient l'espionné et l'émotion qui prédomine est la honte d'un individu qui se sent dépossédé de son rôle de sujet actif et en devient réduit à être assujéti à l'autre. Bowden [1] suggère un parallélisme entre ce sentiment de « honte relationnelle » et le vécu corporel anorexique. Ce *surgissement* du regard de l'autre est *permanent* chez le sujet anorexique.

Il semble que les conclusions auxquelles permet d'aboutir la « phénoménologie de l'anorexie » concordent, bien que procédant de voies épistémiques et méthodologiques différentes, avec la perspective éthologique. L'expérience corporelle et sa dimension relationnelle nous permettent également de décentrer l'attention sur l'évident refus alimentaire. De ce point de vue, la démarche que nous devons entrevoir pour *comprendre* la problématique de Jeanne consiste à dépasser ce symptôme dominant. Il convient de lire entre les lignes de l'évidence des faits. Cette proposition va à l'encontre du modèle dominant de l'*evidence-based practice* puisque précisément c'est après (ou avant), en décalage à tout le

moins, que le clinicien doit se positionner par rapport à l'attitude scientifique. Merleau-Ponty suggère à raison que la phénoménologie, « c'est d'abord le désaveu de la science » [16, p. II]. Le sujet n'est pas « le résultat ou l'entrecroisement des multiples causalités qui déterminent [son] corps ou [son] "psychisme", [il] ne [peut] pas [se] penser comme une partie du monde, comme le simple objet de la biologie, de la psychologie et de la sociologie, ni fermer sur [lui] l'univers de la science. [...] Tout l'univers de la science est construit sur le monde vécu et si nous voulons penser la science elle-même avec rigueur, en apprécier exactement le sens et la portée, il nous faut réveiller d'abord cette expérience du monde dont elle est l'expression seconde » [16, p. II–III]. De ce point de vue, phénoménologie et éthologie se rencontrent puisqu'à travers leur méthodologie d'observation, l'une fait apparaître des significations adaptatives cachées, l'autre révèle les états d'intersubjectivité et, toutes deux démontrent que l'être humain est un objet d'étude spécifique : « La nature privilégiée [du sujet humain] comme objet d'investigation ne rend pas la science psychologique impossible, mais l'oblige à adopter un type d'approche essentiellement différent des méthodes objectivistes classiques » [25, p. 19].

5. Anorexie et intersubjectivité

Forts des perspectives éthologiques et phénoménologiques, nous pouvons maintenant assumer les termes de notre titre et suggérer que la problématique fondamentale de l'anorexie est une question d'intersubjectivité. Une intersubjectivité qui intègre l'altruisme (qu'il soit alimentaire ou généralisé) mais aussi le processus d'intercorporité. Il nous reste à replacer notre réflexion « en situation », c'est-à-dire dans la vie quotidienne de Jeanne, et à chercher à caractériser l'émotion qui relie notre patiente à sa famille. Dans son anecdote *princeps*, elle nous confiait avoir cuisiné pour sa famille et se sentait incomprise, voire usurpée. Ce retour sur l'alimentaire nous permet peut-être de nous interroger sur ce que représente l'alimentation au-delà de la dimension nutritive. En effet, l'alimentation n'est pas qu'une affaire de nutrition, c'est également un puissant vecteur émotionnel [4]. Les « nourritures affectives » sont les composantes affectives majeures où les éléments culturels et familiaux sont associés aux aliments. La région dans laquelle on habite possède ses spécialités culinaires et la famille issue de cette région donne une interprétation personnelle de ces recettes. Enfin, à l'intérieur même de cette famille, les nouvelles générations ne parviendront jamais à reproduire à l'identique la finesse de la madeleine de la grand-mère. L'évocation à l'esthétique proustienne est évidemment incontestable et nous rappelle que l'alimentation est un besoin biologique essentiel sur lequel serait venue s'« étayer » une *signification sociale*, un *sens commun* qui se transmet intuitivement. Jeanne, et probablement s'agit-il d'une caractéristique centrale de l'*être-au-monde* anorexique, surinvestit ce fléchissement émotionnel du « passage à table », elle est garante de ce jeu émotionnel des traditions gastronomiques de sa famille. La relation aux autres, pour les autres, prend chez elle toute la place. L'anorexique a des difficultés à se positionner sur le continuum entre besoin émotionnel et besoin alimentaire que représente le repas. L'alimentation peut, dès lors, ne plus avoir aucune valeur nutritive (du moins pour elle), la denrée devenant un « fétiche naturel », pour reprendre l'expression de Sartre [5], qui fait circuler l'émotion.

Dès lors, il est inconcevable pour l'anorexique d'entendre parler de refus alimentaire pour caractériser son trouble, puisque c'est tout le contraire. L'alimentaire est même plutôt fondamental puisqu'il ouvre, dans le chef de l'anorexique, la voie à la rencontre de l'autre. Une thérapie basée sur l'épistémologie de l'*evidence-based practice* considérant que ce qu'il faut traiter est ce qui s'impose de façon évidente, c'est-à-dire le refus de s'alimenter, est

en fait aux antipodes de la subjectivité de l'anorexique. On comprend mieux pourquoi Jeanne se dit traumatisée par son hospitalisation qui lui interdisait, si elle n'avait pas pris de poids, de rentrer voir les siens le week-end, et dès lors de partager un repas avec eux. Ces positions thérapeutiques sont non seulement obsolètes mais, surtout, entrent en contradiction avec ce que le patient *sait* de son trouble. Elles reproduisent en réalité la procédure qui l'empêche de rencontrer autrui, elles singent l'attitude des membres de la famille de Jeanne qui sont interpellés par l'*évidence* de son refus alimentaire. Le mécanisme de déni n'est plus seulement expérimenté par la patiente anorexique et son anosognosie, il porte également sur l'incapacité d'autrui à percevoir son altruisme et sa problématique intersubjective.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Bowden H. A phenomenological study of anorexia nervosa. *Philos Psychiatry Psychol* 2012;19(3):227–41.
- [2] Brüne M. Textbook of evolutionary psychiatry: the origins of psychopathology. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- [3] Demaret A. Éthologie et psychiatrie. Bruxelles: Margada; 1979 [2014].
- [4] Englebert J. Psychopathologie de l'homme en situation. Paris: Hermann; 2013.
- [5] Englebert J. La magie et la sorcellerie des visages comme socle anthropologique de la philosophie sartrienne. *Etud Sartriennes* 2014;17 [In press].
- [6] Englebert J, Follet V. Essai de psychopathologie éthologique. In: Englebert J, Follet V, Demaret A, editors. Éthologie et psychiatrie. Bruxelles: Mardaga; 2014 p. 165–231.
- [7] Gély R. Imaginaire, perception, incarnation : exercice phénoménologique à partir de Merleau-Ponty, Henry et Sartre. Bruxelles: Peter Lang; 2012.
- [8] Goodall J. New discoveries among Africa's Chimpanzees. *Natl Geographic* 1965;128:802–31.
- [9] Guisinger S. Adapted to flee famine: adding an evolutionary perspective on Anorexia Nervosa. *Psychopathol Rev* 2003;10(4):745–61.
- [10] Jacobson K. The interpersonal expression of human spatiality: a phenomenological interpretation of anorexia nervosa. *Chiasmi Int* 2006;8:157–73.
- [11] Leder D. A disease of doubling. *Philos Psychiatry Psychol* 2013;20(1):93–6.
- [12] Legrand D. Object and others: diverting Heidegger to conceptualize anorexia. *Philos Psychiatry Psychol* 2012;19(3):243–6.
- [13] Legrand D, Taramasco C. Le paradoxe anorexique : quand le symptôme corporel s'adresse à l'autre. *Evol Psy* 2015;48(1):18–24.
- [14] McGuire MT, Troisi A. Darwinian psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- [15] Mealey L. Anorexia: a "losing" strategy? *Human Nat* 2000;11(1):105–16.
- [16] Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard; 1945.
- [17] Morin O. La psychiatrie darwinienne. In: Van der Henst J-B, Mercier H, editors. Darwin en tête ! : L'Évolution et les sciences cognitives. Presses universitaires de Grenoble; 2009. p. 35–65.
- [18] Sartre J-P. L'être et le néant. Paris: Gallimard; 1943.
- [19] Stanghellini G. For an anthropology of eating disorders. A pornographic vision of the self. *Eat Weight Disord* 2005;10:21–7.
- [20] Stanghellini G. Psicopatologia del senso comune. Milan: Cortina; 2006 [2008].
- [21] Stanghellini G, Castellini G, Brogna P, Faravelli C, Ricca V. Identity and eating disorders (IDEA): a questionnaire evaluating identity and embodiment in eating disorder patients. *Psychopathology* 2012;45:147–58.
- [22] Stanghellini G, Trisolini F, Castellini G, Ambrosini A, Faravelli C, Ricca V. Is feeling extraneous from one's own body a core vulnerability feature in eating disorders? *Psychopathology* 2014.
- [23] Stevens A, Price J. Evolutionary psychiatry: a new beginning. 2nd ed., London: Routledge; 2000.
- [24] Surbey MK. Anorexia nervosa, amenorrhea, and adaptation. *Ethology Sociobiology* 1987;8:47–61.
- [25] Thinès G. Phénoménologie et science du comportement. Bruxelles: Mardaga; 1977.