

De la honte corporelle à la culpabilité psychique : à propos de deux patientes anorectiques-boulimiques

Auteur(s) : Gérard Pirlot

Mots clés : acting - anorexie - boulimie - corps - culpabilité - honte - oralité - perversion - psychosexualité

La boulimie dans ses aspects, cliniques et psychopathologiques

Cette année le cycle de conférence est centré sur la question du « corps », aussi ai-je pris ce terme de « corps », non pas dans le sens du « soma » (en allemand *Körper*), et donc avec une approche psychosomatique, mais plutôt dans le sens d'enveloppe corporelle (en allemand *Leib*) impliquée dans nos conduites et nos relations d'objet.

La question de la boulimie se présenta à moi comme pouvant introduire cliniquement à ce thème, ceci à partir de la prise en charge de deux patientes. Celles-ci ne sont pas venues pour ce symptôme de boulimie bien que dans leurs entretiens préliminaires, elle avait été évoquée.

Quelques mots de rappel, d'ordre nosographique, me permettront d'introduire les questions qui concernent ce syndrome spécifique

de boulimie.

La boulimie s'est aujourd'hui individualisée à côté de l'anorexie et l'obésité.

C'est un syndrome intéressant pour la recherche clinique. Il est plurifactoriel, à des étiologies intriquées, et se trouve être très variable.

D'un point de vue descriptif psychiatrique il appartient à cette catégorie de comportements pathologiques qualifiés d'impulsifs ou obsessifs-compulsifs (TOC) dans la littérature internationale.

Il y a, en effet, un continuum du comportement alimentaire normal à l'envahissement complet de la personne par cette addiction particulière celle de manger, grignoter, relevant de la boulimie. En fait, de multiples situations peuvent être observées dans la pratique clinique, de l'impulsion alimentaire modérée survenant exceptionnellement à la répétition pluriquotidienne de crises massives et totalement incontrôlées » (Vindreau C., 1991) [1]¹.

Les critères diagnostiques de la boulimie (DSM IV, 1994) sont :

« Survenue récurrente de crises de boulimie (« *binge eating* ») qui répondent aux deux caractéristiques suivantes :

- absorption, en une période de temps limitée (par ex., moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;
- sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement

alimentaire pendant la crise (par ex., sentiment de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

Dans ce contexte il existe également des comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.

Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois.

[Ce que l'on désigne comme] « estime de soi » est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale. »

Du point de vue psychanalytique ce syndrome ne peut évidemment être appréhendé et compris sans faire référence à l'histoire du sujet, son fonctionnement psychique, ses traumatismes, etc.

La prévalence économique auquel il renvoie évoque « les esclaves de la quantité », naguère décrits par M. de M'Uzan [2]² de même qu'il renvoie à la défaillance de mentalisation de P. Marty (1976 ; 1980 [3]³), voire aux *névroses de caractère* décrit par ce dernier ou comme comportement visant à palier des menaces de désorganisation psychiques plus profondes.

Située, aux confins du psychique et du somatique, la boulimie

reste toutefois complexe : elle est, comme le dit M.-C. Célerier [4]⁴ (citée par C. Couvreur [5]⁵), « *un symptôme carrefour... mise en scène corporelle entre le non-sens psychosomatique et le signifiant hystérique* » (1977) et B. Brusset nous a montré que « *la disparition de la boulimie pendant la cure analytique montre (...) l'importance des particularités des phénomènes de transfert et permet, par extension, de percevoir l'intensité des affects (...) la proximité d'une fantasmatique inconsciente beaucoup plus riche que le seul point de vue économique pourrait le laisser penser* » (1991, p. 111) [6]⁶.

La boulimie est ainsi pour moi comme d'autres auteurs (Brusset, Jeammet, Couvreur, Vindreau, Corcos [7]⁷, Combe [8]⁸), moins un symptôme relevant de la nosographie anorectique-boulimique qu'une conduite, un « acte-symptôme », comme nombre d'addictions [9]⁹ reflétant une instabilité de l'organisation psychique sous-jacente, témoignant d'une vulnérabilité de la personnalité et une instabilité de son fonctionnement psychique, particulièrement lorsque surgissent des affects vécus avec intensité.

Ce syndrome laisse entrevoir les liens souterrains entre pulsion d'emprise, affects en excès jusqu'à l'*aphanisis*, manque de contrôle, honte et « syncope subjectale », analogon d'une jouissance psychosexuelle, floues dans les limites dedans-dehors de la psyché comme dans les représentations du corps.

Cette vulnérabilité du sujet repose sur le relatif échec des intériorisations précoces assurant des assises narcissiques

suffisamment stables afin de garantir un sentiment de sécurité et de continuité psychique. C'est cet échec des mécanismes d'intériorisation comme bases auto-érotiques qui ne permet pas à l'organisation névrotique de jouer suffisamment un rôle organisateur des conflits.

Cette insuffisance des appuis internes et des points de fixations se voit évidemment être un des éléments sur lesquels psychothérapie et cure analytique, de part leur cadre, vont jouer positivement, permettant un ré-étayage narcissico-objectale nécessaire à toute psychisation névrotique ultérieure.

Dans ce contexte les facteurs dynamiques s'avèrent plus importants à repérer que l'organisation structurale, menacée à tout moment de désorganisation. À cet égard les patientes dont nous allons parler relèveraient plutôt du cadre nosographique des « états-limites », dont les éléments névrotiques pourront se développer pendant leurs prises en charge. Le chemin d'affects de honte mêlés à ceux de culpabilité, y compris culpabilité de la honte elle-même, ne fut pas sans risque pour ces deux patientes, tant la culpabilité était chez elle pourvoyeuse de dépression et de somatisation.

Vignette clinique n° 1. : STEPHANIE

Stéphanie, la trentaine d'année, mariée avec deux enfants au début de l'analyse avec cadre aménagé en face à face, était venue pour une anxiété omniprésente en lien avec une envie continuelle de tromper son mari. C'est un médecin généraliste qui, la suivant

jusque là, me téléphona pour que je la reçoive, inquiet d'un des passages à l'acte de cette patiente. Recevant un plombier, un jour du début de l'été où elle était seule à la maison, Stéphanie ne put réprimer un désir irrépressible d'exhibition, « *alors que l'homme travaillait dans la cuisine, sous l'évier, elle se dévêtit complètement devant lui, avant de sortir tranquillement de sa maison et se jeter dans sa piscine* », me dit le confrère.

Anticipons de quelques mois pour dire qu'en fait cette « tranquille » déambulation jusqu'à la piscine, cachait en fait, comme elle me le précisa plus tard, un affect de honte indicible, qui l'amena ensuite directement au frigo... pour se goinfrer.

J'ajoute ici qu'il apparut en cours d'analyse que les modalités « limites » de fonctionnement psychique de Stéphanie qui la firent agir ce fantasme d'exhibition reposaient, outre sur le couple pulsionnel exhibitionnisme-voyeurisme, sur celui sado-masochisme.

C'est dans ce contexte du coup du fil que j'acceptais de recevoir Stéphanie puis, de commencer un travail analytique en face à face deux fois par semaine.

Mince, menue, exerçant un métier dans le social, métier qu'elle aimait, Stéphanie se présentait comme boulimique des mots, habitée par une tachypsychie qui ne me laissait aucun espace. Elle paraissait envahie continuellement par l'excitation.

Comme les mots dans la séance, la faim et l'accès de boulimie prenaient chez elle la place de l'angoisse. Nous étions avec elle, du point de vue économique, dans le modèle freudien de la

névrose actuelle [10]¹⁰ (ce dont témoigne pour ces patientes B. Brusset, 1991, p. 109) [11]¹¹. En effet, « la tension physique sexuelle » comme dit Freud, trouvait dans la boulimie comme dans la diarrhée verbale avec moi, une forme de décharge de ce qui ne peut être symbolisé et déchargé génitalement.

Dès les premiers entretiens Stéphanie se présenta comme une enfant docile, voulant « *faire comme son médecin généraliste lui demandait en l'envoyant vers moi* ». Elle commença par expliquer que c'était ses problèmes de couple, son angoisse continue et sa boulimie ainsi qu'une « légère anorexie » (sic) qui l'amenaient à consulter sur proposition de son médecin généraliste.

La deuxième séance elle évoqua son symptôme d'aménorrhée qui était d'un type particulier. Continuellement présent depuis l'âge de 15 ans, il disparaissait quand elle était dans une période où elle désirait un enfant. Dans ce cas, le mois précédent ce désir, les règles revenaient : elle se retrouvait alors à chaque fois enceinte le mois suivant : par deux fois le « *scénario* » (sic) avait été le même.

Comme souvent dans ses problématiques -on verra qu'il en sera de même avec Madeleine, la vignette clinique suivante-, son transfert s'avéra d'emblée intensif et avide, reflet d'une relation boulimique sous-tendue par une blessure narcissique évidente tant son désir de reconnaissance, d'être maternée, comprise et aimée était aigu. Cette relation transférentielle était habillée, comme toute relation boulimique, par « une appétence objectale » (Ph. Jeammet [12]¹²) envahissante pour l'analyste.

Elle parlait rapidement et continuellement : de sa boulimie, incessante depuis l'âge de 15 ans ; de son habitude de se jeter sur n'importe quel aliment présent dans le frigo lorsque son mari et ses enfants avaient quitté la cuisine : secrètement, elle allait au frigo, se « goinfrait » puis finissait toujours par aller vomir, à l'insu de tous, dans le jardin.

Progressivement, après ces premières séances envahies par « l'actuel » provoqué par le début transférentiel, elle put parler de son histoire infantile.

Elle était l'aînée d'une fratrie de deux : la suivait une petite sœur de quatre ans plus jeune qu'elle. Ses parents avaient divorcé alors qu'elle avait 8 ans. Elle se souvenait encore des nombreuses disputes du couple avant leur séparation. Après la séparation des parents, elle alla vivre chez sa mère dans le massif central à 100 km de Lyon, son père continuant quant à lui à résider dans la capitale des Gaules.

À l'âge de 13 ans, elle prit l'habitude de prendre le train une fois par semaine, avec sa petite sœur, pour aller chez son père. Elle décrit sa mère comme très déprimée avant et surtout après son divorce. « *C'était une belle femme, ayant eu une situation professionnelle enviable avant son mariage et qui, à la suite de sa première grossesse, abandonna ce travail qu'elle ne cessa de regretter, ne retrouvant jamais l'équivalent une fois le divorce prononcé.* » De famille aisée, cette mère, revint alors dans le giron maternel. Or, la grand-mère maternelle de Stéphanie était de son avis grandement bigote, devenant après le divorce des parents comme le seul « pilier » surmoïque de la famille.

Ces simples faits évoquent un paysage psychique dans lequel :

- La défaillance de la fonction de miroir, de son tain réflexif, de cette mère déprimée, n'est pas sans évoquer « la mère morte » d'A. Green (1980) [13]¹³. Du point de vue clinique, l'importance du regard était prégnant chez Stéphanie. Cette quête avide du regard de l'autre comblait une intériorité marquée par un sentiment continu d'insécurité. La quête de sensations qui était la sienne étaient typiques des sujets addicts ou ceux ayant des conduites à risques (Zuckerman[14]¹⁴).

Les carences maternelles à contenir les angoisses de sa fille étaient similaires à celle que P. Fédida décrit chez les sujets obèses : « *On ferait l'hypothèse ici [d'une] mère [qui] a pu assurer cette modulation de l'illusion primitive [et] n'a pas été en mesure de permettre l'élaboration métaphorisante du sein. Il s'agit soit de mère ne pouvant s'arrêter de donner, soit, inversement de mère incapables de contenir les projections angoissées de l'enfant* » (1977 [15]¹⁵, p. 297, cité par C. Couvreur, p. 41). « *La sensation de vide insupportable* » rencontré chez Stéphanie comme chez nombre de boulimiques d'après C. Combe témoignait de l'expérience première d'un lien à la mère ayant été incertain au point qu'aucune impression de sécurité, aucune marque de solidité, n'aient pu s'installer (Combe, *op. cité*, p. 7).

- Chez Stéphanie, l'accrochage ultérieur à des objets investis « maternellement » et marqués du saut d'une Idéalité -objets incarnant la répression des pulsions sexuelles (cf. la grand-mère bigote)- avaient trouvé à partir de l'adolescence plusieurs « pères spirituels » dans les personnes de curés ou chanoines qui étaient

devenus ses « directeurs de conscience ».

- À la puberté et l'adolescence, les insuffisances narcissiques et de l'intériorisation /introjection d'un « suffisamment bon » objet interne avaient chez elle abouti à une perception traumatique de la sexualité génitale (B. Brusset [16]¹⁶). Celle-ci représentait une menace pour le narcissisme d'un moi largement habité par la fragilité de ses limites.

Le père de Stéphanie avait eu pour elle un rôle particulier. Après quelques aventures sentimentales auxquelles il s'était déjà livré avant le divorce-ce qui avait provoqué celui-ci -, il se retrouva régulièrement seul avec Stéphanie et sa sœur lorsqu'elles venaient chez lui certains week-end et vacances. Un climat « incestuel » et « d'intimité » s'installa quand Stéphanie se retrouvait dans le lit de son père les nuits d'hiver... ce ses 13 ans jusqu'à ses 15 ans. Elle évoqua une absence d'attouchement mais une « *proximité insupportablement excitante et écœurante* » quand elle couchait dans le même lit que lui- ce qui, de son aveu, provoqua dès cette époque un lien entre sexe, honte de celui-ci, alimentation et envie de vomir.

C'est à cette époque qu'elle commença ses crises de boulimie suivies de vomissements, toujours à l'insu de son père, sa mère, sa sœur. Fruits d'une répression de fantasme de fellation, ces crises de boulimie créaient, par déplacement libidinal, une source d'excitation interne, mêlée de sentiment de honte. Son apaisement passait par une « pratique de l'incorporation » [17]¹⁷ suivie par des vomissements : « *comme s'il me fallait sortir le mauvais en moi* » dit-elle.

Stéphanie se souvenait des parcelles du corps de son père- un bras, une jambe, « *et le reste* » me dit-elle un jour évoquant ainsi par euphémisme le pénis de son père- effleurant son dos, dos qu'elle tournait systématiquement vers lui lorsqu'elle se retrouvait dans le lit avec lui, sa petite sœur dormant dans un petit lit installé dans la même chambre qu'eux.

Dans ce corps à corps particulier propre à l'adolescence, les aliments grignotés ou avalés goulûment jusqu'au vomissement étaient devenus pour Stéphanie des « néo-objets » (E. Kestemberg) [18]¹⁸, relevant de « néo-besoins » (Braunschweig D. & Fain M.) [19]¹⁹ *analogon* de ce que M. Khan appelle « une relation d'intimité » [20]²⁰ trouvée dans la relation perverse qu'entretenait avec elle ce père. À la différence de celle-ci, la perception-sensation cutanée externe d'un pénis paternel dont elle redoutait le contact se déplaçait vers celle, *interne* d'une perception de réplétion puis de spasme *dans le ventre* via la voie digestive.

En ce sens, « l'orgie boulimique » répondait à ce que Radö appelle un « orgasme alimentaire », le but étant celui d'obtenir un « orgasme du moi » typique, comme l'indique M. Khan, d'aménagements pervers et phalliques.

Ce qui précède montre la sérieuse conflictualité, chez ce type de patientes, dans laquelle s'insèrent les liens infantiles avec les objets parentaux. Dans ces problématiques boulimiques, C. Combe a souligné la véritable peur de la proximité vécue comme une menace d'intrusion (op. cité, p. 123) [21]²¹, problématiques souvent rencontrées dans les cas-limites.

Chez Stéphanie la relation au père avait privilégié une position œdipienne déterminant après-coup des manœuvres fréquentes de séduction dans son environnement amical: un an avant de commencer son travail analytique, elle avait en effet eu pendant quelques mois, comme amant, un des amis de son couple, ami, de l'âge de son père.

Ainsi le vécu incestueux vécu à la puberté avec son père, puis avec son ami âgé, aggrava sa fragilité narcissique engendrant durablement un mouvement de déliaison pulsionnelle et de régression défensive de la génitalité à l'analité, voire vers « l'oraonalité » comme l'écrit Green [22]²², et dont deux des maîtres-symptômes chez Stéphanie devait être depuis plusieurs années la boulimie et la frigidité.

Son Oedipe négatif à la mère ne s'avérant pas plus structurant que l'Oedipe par trop positif -passionnel- au père, avait mis Stéphanie dans une configuration *fonctionnellement* proche des états-limites même si, structurellement, nous n'étions pas dans une « bitriangulation » typique de ces états (Green & Donnet [23]²³).

Soulignons que le défaut d'une organisation œdipienne suffisamment solide laissait perdurer chez Stéphanie un corps pulsionnel caractérisé par une absence de différenciation entre le dedans et le dehors, le corporel et le psychique.

En dehors des « séances » de remplissage d'aliments -chez elle- ou de « mots » -dans mon cabinet, elle se sentait vide et son corps lui apparaissait comme un cloaque informe rempli de matière indifférenciée (Jeammet, *op. cité*, p. 43). Dans ces premiers mois

d'analyse avec cadre aménagé en face à face, elle n'évoquait d'ailleurs aucun rêve. Non qu'elle ne rêvait pas mais, me disait-elle : « *les rêves me glissent entre les doigts, les doigts de ma conscience, dès mon réveil* »... « L'informe » était prévalent dans les enveloppes psychiques.

Dans ces conditions « *l'objet-nourriture demeurait sur la crête entre contenant et contenu* » (*idem*, p. 98), menaçant continuellement le sujet d'en être envahi ou de le perdre. Cette « pratique de l'incorporation » relevait chez Stéphanie d'une insuffisance du travail d'introjection qui, par le travail analytique, permit progressivement, séance après séance - y compris dans les *acting* des retards ou absences- de mieux asseoir la différence dedans/dehors, externe/interne.

Dans cette configuration psychique non dénuée de valeurs et de pratiques religieuses -elle allait à la messe le dimanche et communiait- nous étions proches de ce que A. Green avait décrit dans le narcissisme moral : « *chez le narcissique moral, l'enfer ce n'est pas les autres -le narcissisme s'en est débarrassé- mais le corps. Le corps, c'est l'Autre qui ressurgit malgré la tentative d'effacement de la trace. Le corps est limitation, finitude, finition. C'est pourquoi le malaise est primordialement un malaise corporel (...)* ». [24]²⁴ Question du corps et du narcissisme qui renvoie plus à l'affect de honte qu'à celui de la culpabilité.

C'est à 15 ans, une fois admise dans une pension religieuse, qu'elle se voit « délivrée » de la « corvée » d'aller avec sa petite sœur chez son père. Pourtant, dans sa chambre de pensionnat, elle continue de vomir en cachette ce qu'elle a violemment, goulûment, rapidement avalé. Suivirent trois années où ensuite

elle quitta la ville où habitait sa mère pour venir faire ses études à Lyon, ville où vivait son père.

C'est également à cet âge, 15 ans, qu'elle rencontra son futur mari, Yves, alors qu'elle résidait au pensionnat. C'était un homme marié, âgé de 38 ans (le père de Stéphanie ayant 40 ans à cette époque) qui ira abandonner sa femme et ses deux enfants pour, trois ans plus tard, se marier avec elle.

Malgré l'opposition de son père à cette liaison, elle se marie à 18 ans. Cette liaison puis ce mariage se font sous l'égide d'un engagement, très fort, pour tous les deux, dans leur religion. Le futur mari de Stéphanie avait été, pendant les vacances, le moniteur du camp d'été religieux dans lequel elle passait, à 15 ans, ses vacances. Ce fut dans ce cadre qu'elle le rencontra comme elle devait également rencontrer dans ce même lieu, le premier « père spirituel » qui lui servit ensuite de confesseur. Ce « maître spirituel » donna la permission à ce mariage en même temps qu'un autre maître accompagnait les « retraites spirituelles » qu'elle commençait à faire avec son futur mari.

C'est dans ce contexte de transferts multiples, « boulimiques », intenses, emprunts d'idéalité, qu'elle présenta, huit mois après le début du travail analytique, une grossesse. Evidemment, celle-ci représentait l'équivalent d'un *acting out* de transfert sur l'analyste, au moment même où s'amorçait chez elle des éléments de distanciation avec son passé, son mari, sa religion. Cette distanciation, mêlée de crainte de perte d'objets aliénants, avait trouvé sa solution : la grossesse. Cet *acting out* signait une résistance. Les séances amenaient leur source d'angoisse, le transfert lui-même, dans cette période du début du travail

analytique, étant encore chargé de « l'actuel » du passionnel comme d'un risque quasi toxicomane d'aliénation à l'objet analyste ce qui, d'ailleurs, avait amené une augmentation de la fréquence des boulimies.

Stéphanie, dans un défi à la fois hystérique et anorectique eut à cœur de venir à ses séances jusqu'à son huitième mois de grossesse.

Une fois que son troisième enfant eut trois mois elle revint et reprit son travail analytique.

Lors de la reprise l'atmosphère continuait de se faire dans un certain état excitationnel, les séances étant plus ou moins consciemment vécues comme des repas gargantuesques où elle venait se « remplir » de mon climat et se « *vider sans retenue* » (sic). Les deux années après la reprise furent l'occasion, sur ce mode hypomane, d'écoulement d'une pensée en processus primaire vécue comme autant de réalisation de fantasmes inconscients : elle alla ainsi plusieurs fois du Sud-Ouest à Lyon -ville de son père- mais également « *pour y faire des rencontres sexuelles* » ce qui se produisit deux, trois fois, écartant ainsi tout mouvement dépressif.

En séance elle était toujours aussi « boulimique » de paroles, ivre de celles-ci, associant souvent à partir de notes prises entre deux séances, en me laissant peu de place pour intervenir. C'était toujours 5mn avant la fin de la séance qu'elle disait : « *vous avez sans doute quelque chose à dire ? (...)*... se montrant en apparence déçue et pourtant immanquablement ravie de m'avoir « neutralisé » (« castré ») par sa diarrhée verbale. Celle-ci

paraissait en fait comme une forme maniaque d'une « position phobique centrale » selon A. Green, mais projetée sur la psyché de l'autre, l'analyste, réalisant ce qu'on pourrait appeler une « position phobique « décentrée ».

La perception de mon altérité eût sans doute renvoyé à ce qui n'avait pu être dépassé : les phases de séparation-individuation par défaut de tiercéité, de fonction tierce de ce père par trop déprimé et « incestuel » dans son comportement avec sa fille.

Par la suite, les tentatives de manipulation/transgression du cadre réapparurent mais plus fréquentes : arrivées en retard, absences dont j'étais toutefois toujours prévenu, questions fréquentes pour me demander la définition de termes psychologiques...finirent pas se tarir ...

L'aspect « polytraumatique » -au sens de « traumatismes cumulatifs » de M. Khan, de son fonctionnement mental et sa symptomatologie boulimique, apparut le jour où, dans l'association à partir d'un rêve qui se passait dans son lycée, elle se souvint avoir résisté à 15 ans aux premières avances de son futur marié : « *Moi, j'étais paumée, cet été-là, dans le camp... Ma mère loin et éternellement déprimée, mon père à Lyon ... je voulais des câlins... Yves (son futur mari) est arrivé... Il m'a pris dans ses bras... Je voulais des caresses... Il m'a embrassé... et puis le reste... Plusieurs fois j'aurais pu le quitter...j'étais honteuse d'être avec lui...je voulais un copain de mon âge, mais je n'osais pas m'en faire un...- elle se souvient alors qu'elle aurait pu fréquenter l'un de ces garçons de son âge qui l'avait draguée dans ce camp.*

Or elle choisit progressivement de rester avec Yves son futur mari car, dit-elle, « *son âge de plus que trentenaire me permettait de cultiver l'idée de pouvoir un jour le quitter* », à la différence de ce dans quoi un garçon de son âge pouvait l'engager : un lien plus durable.

S'engager avec ce garçon de son âge l'eût en effet amenée à opter pour un objet la dégageant à la fois d'un fantasme œdipien trop marqué d'«incestualité » mais aussi de l'objet primaire de fusion ce qui, pour elle, été encore trop dangereux faute d'assurance narcissique suffisante.

« *Yves a continué à me voir ...c'est lui qui a eu l'idée que je rentre dans une pension catholique à Lyon à la rentrée suivante... Pendant ces trois ans passés là, j'ai toujours caché à la mère supérieure que j'avais un copain de plus de trente ans... j'avais profondément honte* »...

Dans cette séance, découvrant par elle-même ce que Ferenczi avait décrit dans la « confusion des langues entre l'enfant et l'adulte » [25]²⁵, Stéphanie rougit alors, puis, devant moi, devient toute blanche réalisant que « *Yves ne valait pas plus que son père qui l'emmenait dans son lit les nuits d'hiver* »... Elle finit par dire : « *Ce sont des malades... Comment n'ai-je pas pu voir ça ? ... Ni le maître spirituel non plus d'ailleurs... J'étais la victime toute désignée* ».

Evidemment, dans la méconnaissance de ce que le transfert activait, à savoir une séduction traumatique, la remémoration de cet événement du refus d'aller avec un garçon de son âge et l'interprétation qu'elle donnait à cet événement, réanimait de

réelles séquences traumatiques de séduction. Face à ces traumas réels l'aménagement régressif que fut le comportement boulimique se révélait être un quasi aménagement pervers y compris, par identification, la mise en acte d'un fantasme bisexuel décrit par Freud dans l'hystérie (1908) [26]²⁶.

En général cette « pratique de l'incorporation » met le sujet est à la fois en situation active masculine de donneur, et en situation passive féminine de receveur. Proche d'un aménagement « pervers », la boulimie, ancrée chez Stéphanie comme chez d'autres patientes, l'excitation sexuelle, régressivement « phallicisée », au niveau physiologique, et permettait, comme dans les autres addictions, l'illusion d'un contrôle et d'une maîtrise sur l'objet, ici objet-nourriture.

Les clivages mis en place à la suite de ces « traumas cumulatifs » avaient par la suite été « réamorçés » chez elle par de nouveaux clivages : clivages (*fonctionnels plus que structurels* -cf. G. Bayle [27]²⁷) psyché/corps et clivage sexualité phallique/sexualité génitale féminine. Chez elle, l'identité féminine, certes acceptée dans sa dimension phallique de minceur ou de mère, s'avérait en fait « abjecte », sale, rejetée dans celle, honteuse, du désir interdit et de l'incomplétude phallique. Elle n'avait d'ailleurs jamais joui avec un homme, Yves y compris et c'est pour cela qu'elle l'avait plusieurs fois trompé et qu'elle se gavait dans la cuisine en cachette de lui. L'orgasme boulimique remplaçait « l'insu » de la jouissance féminine... Cet « insu », elle en était honteuse, comme du manque de contrôle de ses crises de boulimie dont elle était le témoin passif...

Sa honte était celle de *l'ombre d'un abject sexuel/féminin tombant sur un moi grandiose infantile et phallique* [28]²⁸. Abjection honteuse du féminin qui n'est pas sans rappeler ce que Freud avance en 1912 concernant cette fois la libido masculine dans « Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse » [29]²⁹ D'ailleurs, Freud, dans ce texte, évoque une addiction proche de la boulimie, l'alcoolisme, pour illustrer cette « faim d'excitation » (p. 64), fréquente dans la vie amoureuse mais qui sait, dans l'addiction, se reporter, du fait de refoulement porté sur des objets barrés par l'interdit sexuel, sur des objets telle que la boisson.

« Avec Yves, au lit, je me laisse manipuler... Je ferme les yeux, je ne bouge plus, et lui, il s'excite comme ça, je suis sa « poupée », et lorsqu'il me pénètre, je ne sens rien ... le plaisir est tout de même pour moi de me sentir "contenue" »...

La proximité entre situation conjugale et celle incestueuse paternelle, rendait impossible certains débordements *psychiquement* enrichissants comme peut l'être *l'orgasme sexuel* dans ses composantes dynamiques et économiques.

Sa boulimie en était venue à compenser et suppléer une frigidity signe d'un Œdipe jamais réellement advenu et d'un Œdipe négatif porteur de l'impossible séparation d'avec l'objet maternel primaire. Un narcissisme anal défensif empêchait tout « lâcher prise ». Ceci lui avait fait préférer le choix de ce que le pervers a pu représenter pour elle, à savoir un « père-mère », rétablissant un semblant de continuum entre le « contenant » narcissique primaire maternel du fait du climat incestuel-fusionnel proposé et

celui paternel : elle s'en servait pour colmater ses brèches narcissiques.

Rappelons que dans un texte consacré à « l'emprise et la perversion », Tomassini [30]³⁰ a relié les perversions à la massivité des angoisses de séparation et aux troubles d'identification primaire. Remarquant que la perversion est le fruit d'une résolution défectueuse ou d'une impossibilité d'élaboration des processus de séparation et de désidentification primaire, cet auteur insiste sur le fait que l'univers de la perversion est *dominé par la figure de la mère*. Il rappelle la position des Barande [31]³¹ qui ont avancé le concept de « *néoténie* » au point que, dans un jeu de mot, ils ont déclaré que *la notion de Père-version devrait être substituée par celle de Mère-version*.

Ainsi, derrière l'optique « patricentrique » freudienne (complexe d'Œdipe, angoisse et complexe de castration, parricide comme culpabilité originelle), se cacheraient, dans les perversions, des angoisses de séparation, voire de morcellement, que « colmaterait » le fantasme d'un pénis phallique maternel, lui-même dérivé du sein, substitut externe de l'utérus de la prime enfance (J. Chasseguet-Smirgel 1984) [32]³².

Serait-ce cela même que représente l'objet-nourriture pour la boulimie de Stéphanie ? L'oralité en jeu du symptôme n'était pas sans évoquer cette hypothèse.

On pourrait encore ici citer J. McDougall (1980) [33]³³ pour qui la perversion se situe dans un continuum entre « le pôle de la sexualité archaïque, liée à l'homéostasie narcissique et le pôle de

la sexualité œdipienne, liée à l'homéostasie libidinale ». La solution perverse, y compris ici dans la perspective de la pratique boulimique, permet de contenir et de contourner ces deux problématiques.

Pour elle, « *l'importance et l'étendue de l'agir pervers seront étroitement liées à la fragilité de son économie psychique et au poids que doit porter cet acte érotique* ». Le scénario pervers est alors une " néo-réalité sexuelle, nouvelle scène primitive " et l'intrigue se fait autour du thème de la castration, le rôle du partenaire étant d'incarner les images idéalisées pourvu de ce que le sujet croit manquant en lui.

L'investissement libidinal se faisant sur un « objet-chose » dans un contexte de clivage d'affect, voire parfois de véritable « alexithymie » et de pensée opératoire, l'activité boulimique pourrait dans certain cas, comme celui de Stéphanie, se situer volontiers à mi-chemin entre un auto-érotisme oral régressif et une auto-sensualité au plus près des procédés autocalmants décrit par C. Smadja et G. Szewc [34]³⁴.

A ce moment de son travail analytique le processus analytique amena chez Stéphanie certains remaniements : apparut chez elle un mouvement dépressif dû largement à ce qu'elle appelait maintenant « *sa culpabilité envers elle-même* » :

« Je n'ai pas su faire attention à moi en me laissant courtisée puis épousée par Yves. D'un côté je ne regrette pas les deux beaux enfants que j'ai, la belle maison, un certain sentiment de sécurité mais, vraiment, quelle cruche j'ai été ! Je n'ai pas su me protéger, me défendre, c'est de cela dont je me sens coupable aujourd'hui.

C'est moins la honte, que la colère contre moi-même et contre lui car lui aussi est coupable ! Lui il l'est par rapport aux enfants de son précédent mariage dont il ne s'occupe que très peu, et coupable de s'en être pris à une gamine de 15 ans paumée quand il en avait trente. Et moi coupable envers moi-même de n'avoir pas su dire "non" »...

Cette culpabilité et cette honte pour elle de s'être « laissée faire », sa colère et sa rage narcissique face à Yves, amena alors Stéphanie à agir des fantasmes sado-masochiques sous jacents- comme elle avait « acté » le fantasme d'exhibition devant le plombier-, mais maintenant dans des relations devenues très conflictuelles avec son mari comme, parfois même avec moi, ratant plusieurs séances sans, à cette époque, m'en prévenir cherchant le cadre, la limite en provoquant chez moi des réactions contre-transférentielles plus affirmées et clairement surmoïques.

On le voit, l'excès affectif chez ces patientes, revigoré par un travail analytique en face à face, n'est pas sans mettre à l'épreuve le psychanalyste et son cadre.

Ces fantasmes sadomasochistes inconscients non encore accessibles pour Stéphanie aujourd'hui, trouvèrent à s'épancher, une fois encore dans la répétition agie [35]³⁵. Ces fantasmes furent par contre exhumés lors de la fin de sa deuxième année d'analyse chez une autre patiente, Madeleine, boulimique elle aussi et dont je vais dire un mot.

Vignette clinique n°2 : MADELEINE

MADELEINE a 35 ans : elle n'a eu qu'un rapport sexuel dans sa vie... il y a longtemps. Après sept ans de prise en charge psychothérapeutique par un psychiatre qui lui donnait des antidépresseurs, celui-ci lui conseille de faire une psychanalyse. Tout de suite je suis très alerté par sa capacité à avoir transféré très massivement sur son ancien thérapeute. En effet, depuis sept ans, hormis son travail qu'elle aimait beaucoup et qui lui prenait tout son temps y compris le WE, elle ne pensait qu'à ce psychiatre.

Elle me dit ainsi, dès les premiers entretiens, combien elle aurait voulu être son amie d'autant que ce médecin, avait commis l'erreur de lui raconter sa vie avec ses enfants, sa famille, ses intérêts. Madeleine vivait alors par procuration, « *cette vie bien agréable de médecin de province...* ». « *C'était assez affligeant* », ce furent ces termes car évidemment se produisit ce que devait : elle alla jusqu'à poursuivre ce psychiatre en lui téléphonant sans cesse sur son portable, y compris en vacances, pour lui dire son mal-être. Débordée, ce psychiatre lui donna mon nom en lui demandant de ne plus ni revenir, ni lui téléphoner.

C'est donc dans ce contexte passionnel et proche de l'érotomanie mais sans les éléments paranoïaques, mais passablement traumatiques, qu'elle arriva, paniquée à l'idée que je la rejette.

Elle insista tout de suite sur la boulimie qui faisait partie de ses symptômes qui lui procuraient beaucoup de honte. Il traduisait

pour elle une faiblesse de caractère et de personnalité et donnait à son corps une silhouette trop grosse, une consistance trop molle où toute féminité s'était effacée.

Fière pourtant d'être autonome financièrement, d'avoir un métier qui l'intéressait, d'avoir fait des études universitaires, elle était honteuse de cet embonpoint comme de sa quasi-virginité. Sur le plan privé, c'était un fiasco complet.

On s'en doutera son transfert s'avéra être d'emblée intensif, avide, oral : « *j'aime le câlin sonore des mots* » me répétait-elle bien souvent au début de la cure, « *les mots arrêtant [ici] la terreur d'errer dans l'informe* » (C. Combe, *op. cité*, p. 225) et délimitant alors une enveloppe face à un féminin-maternel engloutissant.

Les premiers mois furent difficiles tant les mouvements caractériels, la toute-puissance plus infantile que narcissique dominaient chez cette femme pourtant intelligente, sensible et cultivée. Elle ne supportait pas la dissymétrie du cadre analytique qu'elle avait pourtant acceptée, le paiement des séances où elle était absente, comme le fait que je ne réponde pas à ses questions. Elle pouvait bouger, remuer, sauter, tressauter, sangloter, crier sur le divan, rechignant bien souvent à se lever alors que moi-même, après lui avoir annoncé la fin de la séance, je me retrouvais debout devant le divan. Il fallut plus d'un an pour commencer à voir se résoudre ce type de réaction et que, de mon côté, je trouve ce que B. Brusset appelle, avec ce type de patiente, « la bonne distance » [36]³⁶.

L'anamnèse révélait, sinon une accumulation de trauma, tout au

moins deux traumatismes massifs. Dernière d'une fratrie de quatre, elle avait perdu sa mère à l'âge de 16 ans, celle ayant décédé après un grave accident de voiture. Mais ce traumatisme là, de la perte en avait précédé un autre, celui, à 15 ans, de rencontrer un jour sa mère sortir d'un hôtel de la ville, bras dessus, bras dessous avec un homme autre que son père. De ce moment là jusqu'à la mort de sa mère, elle garda, à la demande de celle-ci, le secret de ce qu'elle avait vu, dans un pacte que nous dirions, vis-à-vis du père, « dénégatif ».

L'autre chose était son attachement disons excessif à l'imaginaire maternelle : c'était à ce point que pendant la première année d'analyse, des sanglots, voire des pleurs apparaissaient à chaque fois que le mot « mère » était prononcé avec, dans ces moments là, des sursauts du corps, celui-ci faisant de véritables bonds -impressionnants- sur le divan, tant l'affect était violent. Au bout d'un an j'appris pourtant que cette mère était perçue par la patiente elle-même comme « froide, n'aimant pas les câlins », ceux-ci étant prodigués jusqu'à la puberté par le père.

Il y avait ainsi chez elle, comme chez Stéphanie, et comme le note C. Combe dans cette clinique, « une passion pour une mère qui ne peut être avalée ou conservée » en tant qu'objet « secure » d'attachement (*op. cité*, p. 44). Mère déprimée, là aussi, du fait, avait-elle dit à Madeleine, d'un mariage malheureux sexuellement et par une position professionnelle déclassée par rapport à ses diplômes.

Si, dans le cas précédent de Stéphanie, le fantasme du meurtre d'œdipien de la mère, refoulé, avait pu se mettre en scène dans ses différentes grossesses, dans le cas de Madeleine, la mort de la

mère à l'entrée de l'adolescence rendait aujourd'hui encore la difficile la mise en scène de ce fantasme. Le lien à l'objet primaire était « inaliénable ».

Se rendant progressivement compte que, concernant la boulimie, la cure analytique ne pouvait résoudre aussi vite ses effets sur son grossissement, elle prit la décision d'aller consulter un médecin nutritionniste. Sans que je ne rentre dans les détails, je dois dire, que cela aida à « tiercéiser » factuellement la relation à un moment où, visiblement, l'introjection du cadre analytique, conflictuel, mobilisait encore beaucoup de résistance.

J'eus de la chance car, sans connaître la technique de ce confrère, sa méthode fut parfaitement adaptée à la patiente. Le succès ne se fit pas attendre. Le régime plus le sport recommencé, elle perdit 20 kg en quelques mois.

Même si sur le plan affectif la situation restait inchangée, Madeleine put faire pendant les vacances de Pâques puis d'été qui suivirent la fin de la première année de cure des voyages dans d'autres continents qu'elle voulait depuis longtemps entreprendre.

Une avancée dans l'analyse, par la perception de fantasmes en partie sous-jacents à cette boulimie, se produisit alors au milieu de la deuxième année. Cela vint après une période de vacances pour elle et où, revenue, elle feignit d'aborder la question du paiement des séances dues. Comme elle avait pour habitude de payer toutes ses séances en fin de semaine, j'observais donc que cette fin de semaine-là, seul apparaissait le paiement des 3 séances de la semaine et non les 2 manquantes de la semaine précédente.

La semaine suivante, il fut question d'un rêve assez long où était question d'éléments touchant à sa chambre d'enfant (avec sa sœur, puis son ancienne psychiatre), son adolescence, puis d'autres liés à une longue marche dans la ville. Cette marche était suivie d'une visite dans un souterrain où elle ne rendait pas la monnaie à un monsieur qui ne faisait pas attention à elle. Je la laissais aller à ses associations qui, *in fine*, nous amenaient à cet homme du souterrain dont elle ne comprenait pas la présence.

J'interprétais alors que le fait de n'avoir pas payé ses séances manquantes à un homme qui vivait dans une espèce de souterrain, et dont elle pensait qu'il ne faisait pas attention à elle, renvoyait à moi-même, voire à son père.

Aussitôt ses résistances caractérielles [37]³⁷, tout aussi apparentes que dans la manifestation pour elle de ne pas payer ses séances manquantes, s'exprimèrent violemment: « *Comment cela ? Vous « plaquez » toujours les choses en les ramenant à ce qui se passe ici, dans la cure, alors que, le rêve parle d'autre chose, d'autres époques de ma vie comme par exemple la chambre d'enfant ! Vous alors !!* ». La séance se termine sans qu'elle fasse écho à l'autre chose dite à savoir celle sur son propre père.

La séance suivante elle revint avec un rêve qui, visiblement, signalait une sorte de « naissance anale » : elle était dans un cercueil dans l'eau et ce cercueil, après pas mal de péripéties sur lesquelles je passe, était projeté sur un mur dans lequel un petit trou faisait office de sortie dans lequel il devait passer. La séance encore suivante, il y eut un autre rêve similaire : dans un avion « *ayant une forme de suppositoire comme le cercueil précédent* », dit-elle, elle devait franchir, après là encore beaucoup de

péripéties, une montagne qu'elle réussissait, croyait-elle, à dépasser.

Enfin c'est après ces trois séances qu'apparut un affect dépressif, m'avouant qu'elle vivait maintenant très difficilement sa solitude affective. C'est à ce moment là qu'elle me dit pour la première fois combien sa frustration sexuelle lui semblait insupportable et qu'elle me fit part de fantasmes apparaissant le plus souvent au moment du cycle où elle ovule: des fantasmes de punition, d'humiliation:

« On me frappe, non pour me faire mal mais pour me faire la morale car je suis une enfant qui a désobéi, j'ai fait quelque chose de mal. Je ne vois pas la tête de l'homme qui me fait ça mais il me gronde sévèrement et surtout il cherche à m'humilier ce que paradoxalement je cherche ! C'est un comble, moi si volontaire et caractérielle d'après ma famille, là, je suis toujours docile, consentante, soumise -le contraire de ce que je suis !- et j'aime ça au point, à chaque fois, d'y trouver de la volupté. Que cet homme nie mon corps, nie ce que je suis, cela me fait jouir... ». « Je crois que je me permets aujourd'hui de vous parler de cela car dans la séance du rêve où le monsieur à qui je devais de l'argent c'était vous, vous avez employé le mot « punition ». Ce mot a « décoincé » quelque chose ». Vous savez chez mes parents, jamais on ne m'a puni. C'était contraire à leur éducation. J'ai découvert la punition dans le métier en rapport avec la justice qu'est le mien même si, visiblement, la punition s'est toujours exercée dans mes fantasmes les plus secrets comme seule manière pour moi honteusement de jouir. »...

Après un silence elle ajoute : *« et même si je me sens honteuse de*

vous raconter cela, disons que je m'en sens maintenant moins coupable même si je ne comprends pas de où cela vient comme pour la boulimie : je fais ça pour me le reprocher après, c'est presque aussi fort et c'est toujours le corps qui prend. Peut-être que tout ça a un lien ? ».

De la honte à la culpabilité

Il est ainsi intéressant de terminer sur la question du symptôme boulimique dans ses liens d'entrelacs avec la honte et culpabilité. Comme le remarque Freud dans « Le créateur littéraire et la fantaisie » (1908) [38]³⁸, « *L'adulte a honte de ses fantaisies et les dissimule aux autres. Il les cultive comme sa vie intime et personnelle. En règle générale, il préférerait confesser ses manquements plutôt que de communiquer ses fantaisies* » (p. 36).

Aussi, communiquer l'ombre de la honte qu'entourent certaines fantaisies dans le cadre « bienveillant » de l'analyse, a été pour moi un signe de d'acceptation pour elle d'une forme de culpabilité - ravivée par la question du paiement des séances-, acceptation qui, du coup, devint un témoin du changement économique, topique et dynamique psychique en cours. N'oublions pas ici que ce fut le mot « punition » qui servit de déclic à notre patiente après un rêve où il était question d'un monsieur ne faisant pas attention à elle.

Ces fantasmes sadomasochiques s'inscrivaient bien entendu dans un transfert paternel vérifiant en quelque sorte l'analyse freudienne du fantasme auto-érotique « Un enfant est battu » [39]³⁹. Sans doute ce fantasme honteux, intime et secret, de

pratiques sado-masochiques était, sous couvert d'un clivage, une réélaboration sexualisée de traumatismes narcissiques infantiles précoces (« mère froide ») visant à reconstruire un objet primaire perdu.

Il n'empêche que la honte semblait changer de statut et aller vers la voie d'une culpabilité « bien tempérée » (pour reprendre la formule de Donnet, du divan « bien tempéré » [40]⁴⁰). Car si, à l'adolescence, les investissements narcissiques et objectaux connaissent des mouvements d'oscillations particulièrement intenses produisant alors des « collapsés entre la honte et la culpabilité » (C. Chabert [41]⁴¹), la cure commençait ici à « déplacer les lignes » de fixations. Se manifestait là une forme « dé-collapsé » entre honte et culpabilité, contemporaine d'une décondensation entre sexuel et excrémental qui témoignait chez elle, à mon sens, d'une opérativité plus grande de l'analité et donc du dedans/dehors.

Enfin, cela renvoyait, au niveau topique, à l'existence d'une migration positive d'un Idéal du Moi se détachant de son Moi Idéal infantile -tellement impliqué dans la honte ! - pour aller vers un Surmoi plus œdipianisé.

Dans « l'acte » de parole psychanalytique, Madeleine, même « passivement » allongée, passait, du fait de cet acte, de la passivation contemporaine de la honte dans laquelle cet affect l'avait submergée et qu'elle avait jusque-là gardé secrète, à celle d'une reprise subjective, « actée » par la parole, de ce qui l'avait désubjectivée et néantisée : la honte.

Honte, aux yeux de l'autre, de n'être que ce qu'il était, honte de

ne pas être à la hauteur de ses valeurs et de son Moi idéal tyrannique, honte de se découvrir petite alors qu'elle s'était crue grande, faillible alors qu'elle pensait contrôler les choses.

Cette honte n'était sans doute que le signe de la resexualisation anale *après-coup* d'un affect contemporain de la défaite et la petitesse de soi devant le pouvoir et l'emprise du regard de l'autre : autre maternel dans les temps infantiles de la dépendance, autre maternelle découverte avec son amant et qui lui avait interdit de parler, autre maternel que j'avais représenté depuis le début, mais plus seulement. Cette exposition anale passive de la honte à me livrer ses fantasmes suivait en effet, souvenons-nous, chez Madeleine un mouvement où s'annonçait un mouvement dépressif qui était mêlé de culpabilité.

Si « *la honte est toujours une déclaration de soumission au jugement prêté à autrui* » (J.C. Lavie [42]⁴²), la honte de me dire cela, du fait même de mon absence de jugement, rendait cette honte « décollable » de l'ombre du Moi-Idéal pris dans un transfert et une dépendance jusque là bien maternels.

Mon absence de jugement témoignait, à l'instar du père dans la dyade mère-enfant, de mon statut d'objet « tiers » et « à bonne distance » certes, investi pulsionnellement mais à visée antisexuelle (Cf. Green, 2003 [43]⁴³), visée antisexuelle ne voulant pas dire anti-pulsionnel, à preuve le fantasme sadomasochiste transférentielle, mais aussi le fait que la libido narcissique elle-même, est, rappelons-le, pulsionnalisée.

C'est cet « espace tiers », voire « transitionnel », qui permet progressivement cette décondensation entre honte et culpabilité.

Le trajet est celui qui allait du regard courroucé de la mère (et la « mère-analyste » pour elle) dont elle redoutait l'abandon d'amour (comblé par la boulimie et répété avec la psychiatre) à celui de la voix d'un père suffisamment subjectivante pour que se tissent les éléments érotiques permettant le déploiement du fantasme liant durablement l'amour et l'interdit œdipien : celui, masochique, d'un enfant est battu.

Nous passons d'une « honte primaire » selon C. Janin [44]⁴⁴, honte consubstantielle à l'être, à sa prématurité, une honte « ontologique » (« hontologie » du petit d'Homme : cf. Adam et Eve ?), exposition d'un défaut inscrit comme une marque indélébile tenant lieu de secret intime et de délimitation entre dedans/dehors (honte contenante [45]⁴⁵), honte d'un « état », après-coup « secondarisée » dans son lien à une féminité vécue comme manque et reliée à la faute maternelle, à une honte « après-coup » liée à une culpabilité. Cette honte « secondarisée » renvoyait à un « acte », certes fantasmé, mais qui signait une dynamique pulsionnelle sexuelle où l'objet, moins lié à la peur de l'abandon et l'anonymat, réanimait, par le jeu sado-masochiste d'un transfert aux accents un peu plus paternels, la sexualité génitale.

Voilà qui commençait à orienter l'analyse de Madeleine sur un « vertex » moins archaïque.

Conférences d'introduction à la psychanalyse, 3 mars 2011

Notes et références

1. Vindreau C. (1991), « La boulimie dans la clinique psychiatrique », in *La boulimie*, Monographie de la Revue française de psychanalyse, Paris, PUF, pp. 63-79.
2. M'Uzan M. de (1984), « Les esclaves de la quantité », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, Gallimard : 129-138.
3. Marty P. (1976), *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot ; (1980), *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot.
4. Célerier M.-C. (1977), « La boulimie compulsive », in *Trajets analytiques, Topique*, 18, ed. EPI, 95-115
5. Couvreur C. (1991) « Sources historiques et perspectives contemporaines », in *La boulimie*, Monographie de la Revue française de Psychanalyse, Paris, PUF, pp. 13-46
6. Brusset B. (1991), « Psychopathologie et métapsychologie de l'addiction boulimique », in *La boulimie*, Paris, PUF, Monographies de la Revue française de Psychanalyse, Paris, PUF, p. 105-132
7. Corcos M. (2000), *Le corps absent, approche psychosomatique des TCA*, Paris, Dunod. ; (2005), *Le corps insoumis*, Paris, Dunod.
8. Combe C. (2004), *Comprendre et soigner la boulimie*, Paris, Dunod
9. Pirlot G. (2010), *Psychanalyse des addictions*, Paris, Dunod, 3^{ème} édition, 2019.
10. Freud S. (1895), « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « névrose d'angoisse » », *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, pp. 15-39.
11. Brusset B. (1991) op. cité.
12. Jeammet P. (1991), « Dysrégulation narcissiques et objectales dans la boulimie », *La boulimie*, idem, pp. 81-104 (p. 86).
13. Green A. (1980), « La mère morte », *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, op. cité, 1983, pp. 222-253 (dédié à C. Parat).
14. Zuckerman M. (1971), « Dimension of sensation-seeking », *J.C. Clin. Psychol*,

36, (1), : 45-52.

15. Fédida P. (1977), « L'obésité : le corps et ses remodellements tectoniques au cours de la cure psychanalytique », in *Corps du vide et espace de la séance*, Paris, Ed. JP Delarge, pp. 291-306.
16. Brusset B. (2008), *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris, Dunod (p. 80).
17. Gutton P. (1984), « Pratique de l'incorporation », *Adolescence*, 2, (2) : 315-338.
18. Kestemberg J., Kestemberg E., Decobert S. (1972), *La faim et son corps*, Paris, PUF; Kestemberg E. (1978), « La relation fétichique à l'objet », *Revue franc. de Psychanalyse*, 37, (2) : 195-214.
19. Braunschweig D. & Fain M. (1975), *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*, Paris, PUF.
20. Khan M. (1979), *Figures de la perversion*, Paris, Gallimard.
21. Cela évoque la conception de Modell, en 1963, qui proposa pour les états-limite la métaphore du « porc-épic » pour caractériser un mode de relation anaclitique coexistant avec une « angoisse du rapproché ».
22. Green A. (1993), « L'analyté primaire. Relations avec l'organisation obsessionnelle », in *La pensée clinique*, Paris, O. Jacob, 2002, pp. 111-147 (p. 144).
23. Décivant chez ces patients une « bitriangulation » (ceci posant le problème de la constitution de l'espace psychique [cf. infra]) Donnet et Green précisèrent : « Les relations ne sont pas duelles, mais triangulaires, c'est-à-dire que le père et la mère sont représentés dans leur structuration œdipienne. Mais ces deux objets ne sont distingués ni par leur sexe, ni par leurs fonctions [...], l'absence ne peut se constituer, elle reste non symbolisable », Donnet J.L. & Green A. (1973), *L'enfant de ça*, Paris, Ed. Minuit, p. 264.
24. Green A. (1969), « Le narcissisme moral » (conférence à la SPP du 18 avril 1967), *Revue française de Psychanalyse*, Tome XXXIII, n°3, pp. 341-371.
25. Ferenczi S. (1933), « Confusion des langues entre les adultes et l'enfant, le langage de la passion et de la tendresse », *Psychanalyse 4, Œuvres Complètes*

- 1927-1933, Payot, 1982, pp. 125-135.
26. Freud S. (1908), « Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité », *Névrose, Psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, pp. 149-155.
 27. Bayle G. (1996), Rapport du 56^{ième} Congrès des psychanalystes de langues romanes : « Les clivages », *Revue française de Psychanalyse*, 60, n° spécial Congrès, pp. 1303-1547.
 28. P. Mérot avance que la honte est « l'ombre de l'abjecte qui tombe sur le Moi » ; cf. Mérot P. (2003), « La honte : « si un autre venait à l'apprendre », *Revue française de Psychanalyse*, LXVII, 5, 1742-1756 pp. (p. 1747).
 29. Freud S. (1912), « « Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1982, pp. 55-66. D'ailleurs, Freud, dans ce texte, évoque une addiction proche de la boulimie, l'alcoolisme, pour illustrer cette « faim d'excitation » (p. 64), fréquente dans la vie amoureuse mais qui sait, dans l'addiction, se reporter, du fait de refoulement porté sur des objets barrés par l'interdit sexuel, sur des objets telle que la boisson.
 30. Tomassini, M., (1992) « Désidentification primaire, angoisse de séparation et formation de la structure perverse », *Rev. franç. Psychanalyse*, 61, 1541-1614.
 31. Barande, I., Barande, R. (1987), *De la perversion*, Lyon, Ed. Clé.
 32. Chasseguet-Smirgel, J., (1984), *Éthique et esthétique de la perversion*, Paris, Champ Vallon.
 33. Mc Dougall, J., (1980), *Essai sur la perversion*, In : *Les perversions*, Paris, Tchou.
 34. Smadja C., « Les procédés autocalmants ou le destin inachevé du sadomasochisme », *Revue française de psychosomatique*, Paris, PUF., n°8, 1995, pp. 57-89. Szwec G. (1993), « Les procédés autocalmants », *Revue française de psychosomatique*, Paris, PUF., p. 27-51.
 35. Freud S. (1914), « Remémoration, répétition et élaboration », *La technique psychanalytique*, Paris, P. U.F. 1953, 105-115.
 36. Brusset B. (1991), « Conclusions thérapeutiques », in : *La boulimie*, op. cité, pp. 133-142 (p. 137).

37. « *Ce qui semble commun à toutes les résistances caractérielles c'est qu'elles surviennent comme une tentative de se dérober à la règle fondamentale* » F. Villa, (2009) *La notion de caractère chez Freud*, Paris, PUF (p. 64).
38. Freud S. (1908), *Le créateur littéraire et la fantaisie*, in : *L'inquiétante étrangeté et autres textes*, Paris, Gallimard.
39. Freud S. : (1919) : « Un enfant est battu », *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 1978, pp. 219-244.
40. Donnet J.L. (1995), *Le divan bien tempéré*, Paris, PUF, « Le fil rouge ».
41. Chabert C. (1993), « Entre honte et culpabilité, l'hystérie à l'adolescence », *Adolescence*, XI, n°1.
42. Lavie J.C. (2002), « La honte m'habite ! », *L'amour est un crime parfait*, Paris, Gallimard, pp. 65-73.
43. Green A. (2003), « Enigme de la culpabilité, mystère de la honte », *Revue française de psychanalyse*, p. 1639-1653 (p. 1652).
44. Janin C. (2003), « Pour une théorie psychanalytique de la honte », *Revue française de psychanalyse*, LXVII, n° 5, 1657-1742 et (2007), *La honte, ses figures et ses destins*, Paris, PUF « Le fil rouge ».
45. La honte est en effet une valeur que l'on apprend tôt dans l'éducation et protège du rejet de l'autre maternel, du groupe : en ce sens elle peut être appelée « honte-signal » selon la dénomination de C. Janin.