

L'histoire de l'anorexie mentale est marquée par le questionnement incessant des scientifiques sur son déterminisme principal et rend compte de la singularité de la maladie située au carrefour du somatique et du psychique. On a tenté des explications psychopathologiques de l'anorexie mentale comme symptôme ou syndrome. On l'a même rapprochée de la psychose et des états limites. Ce que l'on peut repérer, c'est une faille dans la construction de l'oralité. L'oralité, c'est aussi parler. C'est en effet un déséquilibre psychosomatique. C'est même presque un paradigme du déséquilibre psychosomatique, tout à la fois de l'oralité, de la féminité et de la subjectivité, car les caractéristiques du vivant sont : assimilation, reproduction et individuation, et on retrouve cela dans toutes les atteintes de l'anorexie. Soigner, c'est restructurer les oralités et développer ce qui en était non développé, comme les oralités du mordant.

Sur la question même de la structure, des écoles de pensée s'opposent sans convaincre, car aucun de ces courants théoriques ne débouche sur une attitude thérapeutique cohérente et efficace. Il y a plus à gagner pour le soin à apposer plus qu'à opposer les approches. La théorie est l'ensemble des règles systématiquement organisées pour servir de base à une science et expliquer le plus grand nombre de faits. Généralement, la pratique s'oppose à la théorie. Le problème en médecine, c'est que l'on pense l'exercer à partir d'une théorie scientifique qui n'est qu'une fiction. La fiction est une invention de l'esprit qui n'a de réalité que par convention. Toute rencontre avec un malade est rencontre avec une souffrance que l'on prétendra expliquer seulement dans un second temps. Nous avons besoin de comprendre pour ne pas nous perdre. Or nous savons que comprendre et savoir nous éloigne de l'intersubjectivité de la rencontre. Les études théoriques sur la place des troubles des comportements alimentaires dans la psychopathologie et dans la nosographie psychiatrique ont amené certains à vouloir en faire des symptômes rattachables à des entités psychiatriques déjà connues. L'anorexie apparaît comme « transnosographique », avec des dimensions psychopathologiques très différentes allant de l'hystérie à l'obsession, à la phobie, à la psychose ou aux états limites, voire aux troubles bipolaires. Mais ce qui est structurel, c'est la défaillance de l'oralité. Manger, c'est se conserver en vie, et cette transmission initiale ne s'est pas correctement opérée.

Penser l'anorexie hors de la nosographie psychiatrique classique, la penser comme une maladie au carrefour du psychologique et du somatique pose la

question du soin : doit-il se faire en psychiatrie, en endocrinologie ou en nutrition ? N'est-ce pas là l'illustration de notre défaillance de l'interface entre spécialités ?

Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, la recherche d'une définition rigoureuse et explicite de chacune des opérations qui conduisent à un diagnostic psychiatrique a abouti à l'établissement de critères diagnostiques précis tels que ceux décrits dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) ou ceux utilisés dans la *Classification internationale des maladies* (CIM). En même temps, ces classifications ne parviennent pas à une définition satisfaisante. On ne peut pas s'en sortir avec le raisonnement psychiatrique tel qu'il est. Le DSM-5, par exemple, a fait disparaître le critère aménorrhée. C'est comme si l'on avait gommé toute la partie endocrinologique. Et pourtant le tissu adipeux est un tissu intelligent qui produit la leptine, dite « hormone de la satiété ». Quand le corps est sans masse grasse, la leptine n'est plus sécrétée. Cette hormone permet la commande des œstrogènes comme des hormones mâles.

Mais tous les troubles psychiatriques ne peuvent-ils pas être regardés comme une volonté de maîtrise qui remplace la dépendance au lien par un comportement autocentré ? Depuis cinquante ans, les avancées scientifiques montrent que la biologie, c'est la transmission, l'ouverture, le changement et non la répétition du même. Quand la peur domine, il y a un repli sur soi. Si ce repli est temporaire, il est protecteur. À l'inverse, si l'on s'y enferme, la contrainte arrive. C'est la peur, en partie irrationnelle, qui va alors devenir l'agent organisateur de la structure.

Au départ c'est une biologie, et un défaut de régulation émotionnelle. Ce défaut de régulation émotionnelle est probablement très lié aux mécanismes d'attachement décrits par John Bowlby. Ceux qui réfléchissent sur le soin insistent sur l'accompagnement indispensable d'un attachement sûr pour retrouver le goût d'éprouver et de ressentir. Sortir de l'anorexie, c'est en effet tout un réapprentissage des émotions et des affects. Guérir passe souvent par une dépression de remaniement, en particulier pour les formes les plus difficiles, qui sont celles avec crises de boulimie et vomissements. Il faut, en effet, replacer les troubles des conduites alimentaires dans ce que l'on appelle aujourd'hui les conduites addictives.

Depuis quelques années, une série de travaux scientifiques sont venus étayer une vision nouvelle de l'anorexie mentale. L'addiction, c'est ne faire que

ça, ne penser qu'à ça et être mal sans ça. C'est mettre une sensation à la place d'une émotion mal régulée. L'équipe du Pr Philip Gorwood révèle l'implication majeure des circuits cérébraux de la récompense et ce, par différents niveaux d'exploration. Les anorexiques n'auraient pas peur de grossir, mais plaisir à maigrir ! « En inversant notre compréhension de cette maladie, dit Philip Gorwood, on a bon espoir de développer enfin des traitements efficaces. »

Si l'anorexie est un symptôme de notre époque, c'est parce que l'anorexique ferme le circuit du besoin, dans la mesure où elle vient signifier qu'il se peut que l'on meure de faim, pour ne pas mourir, au sens du désir. Elle ne veut « rien », dans un univers où tout le monde veut « tout ». Elle rappelle une évidence, celle de la dialectique subtile entre l'être et l'avoir, et celle de signifier le manque face à un environnement qui pousserait à la totalité, à l'Un. L'anorexique mange *le rien* et a grand appétit.

Gérard OSTERMANN, « L'Étrange et terrible destin des anorexiques, » in *Histoire de la folie avant l'invention de la psychiatrie*, 2018.

I. Vous ferez un **résumé** de ce texte de 1 028 mots en 200 mots $\pm 10 \%$.

Marquez les dizaines de mots et indiquez le **dé-compte** total à la fin de votre copie.

Les formules caractéristiques doivent impérativement être **reformulées**.

Appuyez-vous sur les **liens logiques** du texte, explicites ou implicites, et **faites des paragraphes**.

Prévoyez **une marge** d'au moins 5 ou 6 cm, et **sautez des lignes**.

Il est interdit d'utiliser un stylo-plume ; utilisez un **stylo-bille ou un feutre de couleur bleue ou noire**. Pas de blanc machine, ni d'effaceur.

II. D'après Gérard Ostermann, l'anorexique « ne veut “rien”, dans un univers où tout le monde veut “tout” » ; que pensez-vous de cette affirmation à la lecture de *La Connaissance de la vie* de Georges Canguilhem et du *Mur invisible* de Marlen Haushofer ?