

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

*L'anorexie mentale masculine : description clinique et pistes de réflexion
psychopathologique.*

Présentée et soutenue publiquement le 3 octobre 2012

Par Anne-Sophie GAMAIN

Jury

Président : Monsieur le Professeur *Pierre THOMAS*

Assesseurs : Monsieur le Professeur *Guillaume VAIVA*

Monsieur le Professeur *Olivier COTTENCIN*

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur *Vincent DODIN*

SOMMAIRE.

Introduction.....p13

Partie 1 : Approche descriptive de l'anorexie mentale masculine sous un angle comparatif avec l'anorexie féminine.....p23

1) Données historiques : place de l'anorexie masculine à travers l'histoire.....p24

A) Les premiers cas de la littérature.....p24

B) La période hystérique.....p26

C) Dans la littérature plus contemporaine.....p27

2) Description clinique de l'anorexie mentale.....p32

A) Données épidémiologiques.....p32

a) L'anorexie féminine.

b) L'anorexie masculine.

c) Hypothèses explicatives de la plus faible prévalence chez l'homme.

B) Place de l'anorexie dans les classifications actuelles.....p39

a) CIM 10.

b) DSM IV-R.

C) Le tableau clinique commun.....p42

a) Facteurs déclenchants les troubles.

b) Personnalité pré-morbide.

c) Les troubles alimentaires.

d) Les préoccupations corporelles.

- e) L'aménorrhée et son équivalent chez l'homme ?
- f) L'hyperactivité.
- g) Les antécédents pré-morbides.
- h) Les co-morbidités psychiatriques.
- i) Les antécédents familiaux.
- j) Des formes frontières.
- k) L'évolution.
- l) Les facteurs pronostiques.

3) Une pathologie de l'adolescence.....p65

- A) Importance des premières relations.....p65
- B) Adolescence, second processus d'individuation.....p68
- C) Adolescence et dépendance.....p71
- D) L'adolescent au sein d'une problématique familiale.....p73

4) Abords théoriques de l'anorexie mentale.....p76

- A) Approche neurocognitive.....p76
- B) TCC.....p78
- C) Psychodynamique : évolution des conceptions : du modèle hystérique à une pathologie du lien.....p79
- D) Psychosomatique.....p82
- E) Systémique/ familial.....p83
- F) Addictologique.....p86
 - a) Extension de la notion d'addiction.
 - b) Les addictions comportementales.
 - c) Pertinence de ce regroupement.
 - d) Les TCA.
 - e) En conclusion...
- G) Approche socioculturelle.....p94

Partie 2 : Réflexions autour de quelques particularités cliniques de l'anorexie mentale masculine.....p97

1) Le corps et son rôle dans l'anorexie mentale masculine.....p98

A) Corps et image du corps : construction, symbolisation, représentations sociales et individuelles.....p98

- a) Le corps objet de construction sociale et symbolique.
- b) L'image du corps.
- c) L'homme face à son image corporelle.

B) Le corps mis à mal.....p116

- a) Anorexie mentale masculine et obésité.
- b) Anorexie mentale masculine et attaques du corps.

2) Une sexualité symptôme dans l'anorexie mentale masculine ?.....p125

A) Anorexie mentale masculine et sexualité.....p125

- a) Place de l'homosexualité.
- b) Adolescence et sexualité.
- c) Question de la bisexualité psychique.
- d) L'asexualité.

B) Fonctionnement familial et supports identificatoires.....p135

C) Anorexie mentale masculine et identité sexuée.....p137

- a) L'identité sexuée ou identité de genre : définitions.
- b) Formation de l'identité sexuée.
- c) Troubles de l'identité de genre.
- d) Anorexie masculine et trouble de l'identité de genre.

3) Influences des évolutions sociales.....p146

A) Déconstruction du genre avec le mouvement transgenre et l'abolition du modèle binaire de l'identité sexuée.....p146

B) Déclin de la fonction paternelle.....p149

C) Quid de la virilité ?.....p151
D) Liens entre ces évolutions et l'anorexie mentale masculine.....p154

Conclusion.....p155

Bibliographie.....p158

Introduction.

L'idée de ce travail m'est venue dans la rencontre avec des patients anorexiques hommes lors de mon stage dans le service du Pr Dodin.

De l'anorexie masculine je ne connaissais que peu de choses : l'évocation d'une gravité, un lien avec la psychose et la fréquence de l'homosexualité.

Une simple rapide recherche sur internet me montrait le contraste entre ma méconnaissance clinique et la profusion du traitement médiatique réservé à l'anorexie mentale masculine. J'y ai retrouvé des articles récents, datant surtout des 5 dernières années, et essentiellement anglosaxons (foxnews.fr, CBS news) qui tour à tour:

- rapportent l'augmentation des cas (comme le New York Times, qui souligne qu'en 1990, 10% des américains souffraient de désordres alimentaires contre 25% aujourd'hui) et des hospitalisations d'hommes souffrant de troubles des conduites alimentaires (66% en Grande Bretagne selon les statistiques du British Health Service cités par « atlantico.fr » en juillet 2011) ;
- évoquent l'influence des médias, comme « tête.fr » en juin 2010 dans son article « les mannequins nous rendent ils manoréxiques ? » (la manoréxie étant un néologisme utilisé pour désigner l'anorexie masculine), lequel dénonce le marketing autour de l'homme métrosexuel et souligne l'évolution des mensurations chez les mannequins hommes passés d'une taille de 33 en 1967, à un 31 en 1983, à une taille moyenne de 28 en 1994, pour une taille actuelle convoitée de 27, parallèlement au tour de poitrine passé du 42 au 35 ;

- présentent le premier programme de soins développé par le Dr Weltzin dans le Wisconsin et spécialisé dans la prise en charge des hommes anorexiques.

Cette « démocratisation » de l'anorexie masculine s'observe également à travers les blogs de patients : Jeremy Gillitzer, ancien mannequin, expose les vidéos de son corps décharné par l'anorexie quelques temps avant sa mort, ou Pedro, qui se présente sur son blog comme ayant vaincu son anorexie mentale, et expose (exhibe ?) son nouveau corps façonné, remodelé par le culturisme. On pourrait y voir encore des stigmates de son anorexie, à travers la persistance des préoccupations alimentaires, Pedro y présentant tout un catalogue de recettes diététiques, et le souci du poids et du corps, symbole de réussite et performance.

Ma réflexion clinique et mes questionnements sont venus des rencontres avec les patients, c'est pourquoi j'ai choisi de vous en exposer quelques extraits.

Cas clinique n°1 :

Lorsque je rencontre Justin, il est âgé de 17 ans, est hospitalisé pour anorexie mentale depuis trois semaines dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital Saint Vincent de Paul (service spécialisé dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires).

Il ne s'agit toutefois pas d'un premier contact avec psychiatrie car Justin a été suivi pendant trois ans par un psychiatre. Il évoque une dépression, plusieurs tentatives de suicide, par ingestion médicamenteuses ou défenestration. Ce suivi a été arrêté car selon lui « (s)es parents trouvaient qu'il n'était pas utile ». Justin ne présente pas

de prise de toxique. Au moment de notre rencontre, son traitement psychotrope ne comporte qu'un anxiolytique.

D'après Justin, l'inquiétude est venue de son entourage : parents, amis, médecin traitant, professeurs, infirmière scolaire, devant la réduction continue de ses apports alimentaires.

L'histoire de ses troubles a débutée il y a plus d'un an.

A cette époque, Justin est obèse, il pèse plus de 110kg pour une taille de 1m73 (soit un indice de masse corporelle de 36,8). Concernant son alimentation, il décrit de nombreux grignotages : « à l'époque je mangeais vraiment beaucoup ». Justin a toujours été en surpoids « j'ai toujours été plus gros que les autres », il en évoque notamment les origines familiales, le surpoids de ses parents, leurs rapports détachés au corps. De cette période, il évoque un rapport à son corps teinté d'indifférence « je ne regardais pas vraiment », « je ne me regardais pas dans le miroir, je ne connaissais pas trop mon corps ».

C'est suite à des moqueries de camarades, qui le comparent à un rappeur obèse (Big Ali) que Justin décide d'entamer un régime : « un déclic », « je ne voulais pas devenir comme lui(...) il est horrible ». Il évoque les difficultés à assumer son obésité, d'autant plus que l'ensemble de « ses copines », puisque Justin décrit son cercle d'amis comme essentiellement féminin, sont minces.

Par ailleurs, Justin évoque les difficultés qu'il rencontrait à cause de son obésité : « quand on est gros la vie c'est pas simple », les difficultés pour s'habiller, très importantes pour ce jeune homme passionné de mode, la fatigue liée au surpoids.

Il débute un régime amaigrissant, « mon premier régime », bien qu'il rapporte avoir déjà rencontré des diététiciennes à l'initiative d'autrui (parents, soignants) : « j'aime pas les diététiciennes...quand j'étais gros elles me disaient faut maigrir, ça m'énervait, j'en ai un mauvais souvenir ».

« Je voulais perdre du poids mais je ne m'étais pas fixé un objectif, j'allais voir ». Il réduit alors progressivement ses apports alimentaires, supprime les « aliments plaisir » (gouter, bonbons, frites). Les réactions de l'entourage face à l'amaigrissement sont positives dans un premier temps. Mais la peur va petit à petit s'installer. La peur pour Justin de regrossir, qui devient obsédante, mais aussi la peur des proches devant cet amaigrissement sans limite.

Son corps change, comme le regard que Justin lui porte : « plus je mincissais plus j'aimais ce que je voyais, mes os, mes joues qui rentrent un peu plus », « ça m'apportait plus de confiance en moi ». Le déni est là « pour moi je suis toujours plus gros que les autres », Justin ne comprend pas les inquiétudes de ses proches face à cet amaigrissement de plus de soixante kilos.

Peu de temps avant son hospitalisation, Justin rapporte la survenue d'épisodes de vomissements post prandiaux dans un but de contrôle pondéral. Toutefois, il décrit des épisodes peu fréquents, devant la crainte ambivalente d'abimer son corps, notamment ses dents.

Sur le plan familial, Justin est fils unique, vit avec ses deux parents, âgés de 68 et 54 ans.

Lorsque je lui demande de faire une description de ses parents, celle-ci est pauvre, impersonnelle « ils sont gentils tous les deux ».

Il fait toutefois part des antécédents de dépression chez sa mère, épisodes récents et anciens « quand j'étais petit », « elle était triste, avait des sautes d'humeur ». Il évoque également, sans certitude, une tentative de suicide.

On ne retrouve pas d'antécédent familial de toxicomanie ou d'alcoolisme.

Chacun de ses parents a un fils d'une première union qu'ils ne voient plus l'un et l'autre. Justin ne les connaît pas, (« on n'en parle jamais ») et ne présente pas de curiosité à leur égard.

Au domicile vit également un oncle âgé de 78 ans (frère de son père), présentant une insuffisance respiratoire oxygénodépendante « je l'aime bien, il est gentil avec tout le monde ». Justin décrit cet oncle comme « très maigre suite à un cancer des intestins ».

Il évoque très brièvement le divorce puis le remariage de ses parents. A propos de cette séparation, lorsqu'il était âgé de 4/5 ans, « je ne préfère pas savoir pourquoi ».

Concernant sa vie sentimentale, Justin est célibataire, vierge. Il se définit comme « gay », bien qu'il n'ait jamais eu de relation homosexuelle « j'ai toujours préféré les garçons, je l'ai toujours su ». Sa seule relation sentimentale était hétérosexuelle et remonte à ses dix ans. Il évoque ses craintes concernant la sexualité.

Justin est par ailleurs incapable de me décrire un idéal masculin physique, « je n'ai que des modèles féminins ». Vient alors le nom de Taylor Momsen, jeune chanteuse américaine qui partage avec Justin une même blondeur, un teint pâle et une silhouette sylphide ; « c'est un genre de modèle, elle est mince, elle m'inspire ».

Justin est passionné de mode, envisage d'ailleurs des études de stylisme. Son allure, coiffure travaillée, leggings, tee-shirt à l'effigie de Karl Lagerfeld reflète son souci de

l'apparence. Il aime lire « Elle », « Vogue », se maquille régulièrement avec du fond de teint, utilise beaucoup de crèmes.

Il me montre ses croquis, qui représentent majoritairement des silhouettes féminines, ou plutôt ultra féminines ; les talons sont aussi hauts que les robes sont courtes et colorées. Ces femmes dégagent de l'assurance. Sur un de ses croquis, Justin a esquissé sa silhouette, sombre, revêtue de coques pointues à la Madonna, qui ne sont pas sans évoquer une poitrine féminine.

Justin est scolarisé en terminale L, ses résultats scolaires sont moyens. On ne retrouve pas d'hyperinvestissement intellectuel ou sportif.

Durant cet entretien, Justin répond docilement à mes différentes questions. Les nombreuses zones de flou concernant son histoire personnelle et notamment familiale m'interpellent d'autant plus qu'elles ne semblent susciter chez lui qu'indifférence. La question de la sexualité, ou plus exactement de l'identité sexuée et de l'orientation sexuelle se posent face à ce patient : look androgyne (ou pour être plus précis, féminisation du look), l'absence de sexualité et d'intérêt pour celle-ci qui interrogent son homosexualité.

Cas clinique n°2 :

Kentin a 19 ans, il est hospitalisé depuis une semaine à l'hôpital Saint Vincent au moment de notre rencontre.

La demande d'hospitalisation vient de sa mère, qui s'inquiétait, dit-il, face à « une perte d'appétit depuis cinq ans ». Pour lui, cette hospitalisation, c'est « pour qu'(il) retrouve un rythme normal ».

Concernant les troubles alimentaires, Kentin reste évasif, comme à de nombreux moments de notre entretien. Il évoque des prises alimentaires anarchiques, la nuit, « quand tout le monde dort ». En l'interrogeant, je ne retrouve ni crise de boulimie, ni vomissement provoqué. Son BMI est alors de 18,2, il ne semble pas avoir présenté d'amaigrissement majeur, de la même manière Kentin dit n'avoir jamais présenté de surpoids.

Kentin est déscolarisé depuis la fin de son année de seconde : « je fumais, je buvais ». En effet, il décrit alors une consommation régulière d'alcool et de cannabis, qu'il dit avoir arrêtée à l'heure actuelle. Il évoque des résultats scolaires moyens, avait redoublé sa troisième. Cela fait maintenant cinq ans qu'il passe ses journées entre l'ordinateur (« je tchatte »), la télévision et dormir.

Kentin vit à Berck avec ses deux parents et son frère âgé de sept ans. Sa mère est aide-soignante, il refuse de parler de son père. Kentin me dit toutefois avoir eu un suivi psychologique à l'âge de six ans car « (il) ne voyait pas son père, il était en prison ». Par ailleurs, Kentin a une petite amie depuis sept mois.

Dans ses antécédents médicaux, on retrouve une occlusion intestinale à l'âge de douze ans. Lorsque j'évoque la présence d'une éventuelle cicatrice, Kentin me désigne ses avant-bras qui portent les stigmates d'une tentative de suicide par phlébotomie survenue à l'âge de 15ans ; « premier amour » me dit-il.

Il aime et pratique la danse (« RnB, hip hop, dancehall »).

Son idéal féminin est Beyoncé ; lorsque je l'interroge sur son idéal masculin il me répond « moi ». Quand je lui demande de préciser sa réponse, Kentin me questionne de manière directe sur ce que je pense de son physique, en particulier de son nez. Il me dit qu'il a été cassé et voudrait savoir ce que j'en pense, « si ça va ».

Plusieurs aspects se détachent de cet entretien. Le contact est tour à tour teinté de méfiance et de réticence ou bien direct, intrusif et peu adapté à la situation de notre rencontre (comme lorsqu'il me questionne sur ma perception de son physique). Le discours est très souvent flou, évasif, sans tonalité affective. A plusieurs temps de notre entretien, Kentin va présenter des rires discordants.

Après cet entretien, je reste donc avec de nombreuses questions sur l'histoire de Kentin ; ces informations viendront de son équipe soignante.

En effet, la demande de soins est venue de sa mère, qui l'a accompagnée lors de la première consultation à l'hôpital Saint Vincent. Elle axe alors sa demande autour du symptôme alimentaire : Kentin ne mange plus avec eux, mange seul la nuit. Elle explique sa démarche sur Lille ne disposant pas de l'offre de soins nécessaire près de leur domicile.

Kentin a déjà bénéficié de soins psychiatriques par le passé ; un premier suivi vers l'âge de 7ans pour une énurésie, puis à l'adolescence en hôpital de jour. Un suivi en consultation avait été proposé mais refusé par la mère.

Par ailleurs, le parcours de Kentin est émaillé de plusieurs épisodes de séparation. Son père quitte une première fois le domicile familial alors que Kentin n'est encore qu'un enfant. Sa mère débute une nouvelle relation. Le père de Kentin est ensuite incarcéré. A sa sortie d'incarcération, le couple conjugal reprend avant une deuxième séparation et un nouveau départ du père de la vie de Kentin.

Le jeune homme a une relation de type fusionnelle avec sa mère, les relations avec son beau-père sont plutôt conflictuelles, avec même un épisode de violence avant l'hospitalisation.

Le jeune homme revendique son homosexualité, et est en couple depuis plusieurs mois.

Durant l'hospitalisation, les symptômes alimentaires s'amendent rapidement, Kentin présente une inversion des cycles nyctéméraux et un travail de restauration des rythmes est mis en place. Il apparaît que ceux-ci étaient sous-tendus par un vécu de persécution qui conduisait Kentin à manger seul.

En effet, au premier plan apparaissent des symptômes d'ordre psychotique, avec des idées délirantes, à mécanisme essentiellement interprétatif, sous tendues par un vécu de persécution marqué. Par ailleurs, le patient présente des signes de dissociation au niveau du discours (barrages), affectif, et comportemental.

La prise en charge est compliquée par plusieurs attaques du cadre (consommation à plusieurs reprises de cannabis), par l'impulsivité et la sthénicité du patient.

Un traitement à visée antipsychotique et anxiolytique est instauré.

A travers ce cas clinique, on constate que le trouble alimentaire est le symptôme initialement présenté, celui par lequel la mère demande de l'aide, celui peut être qui paraît plus acceptable aux proches, mais derrière ce trouble se révèle une pathologie du registre de la psychose.

Le symptôme alimentaire n'est pas ici le trouble « primaire », mais un signe clinique parmi les autres, d'une structuration pathologique de la personnalité.

Notre propos sera d'interroger la clinique actuelle des patients anorexiques, notamment par une approche descriptive, qui nous permettra de dégager les points de rencontre et de divergence qui opposent hommes et femmes au sein de la problématique anorexique.

PARTIE 1 :

**APPROCHE DESCRIPTIVE DE L'ANOREXIE MENTALE
MASCULINE SOUS UN ANGLE COMPARATIF AVEC
L'ANOREXIE FEMININE.**

1) Données historiques : place de l'anorexie masculine à travers l'histoire.

On retrouve très tôt dans l'histoire des descriptions de cas d'anorexie masculine, mais la pathologie anorexique ayant pendant longtemps été envisagée comme appartenant au registre de l'hystérie, les hommes anorexiques ont peu été étudiés.

A) Les premiers cas de la littérature.

Concernant les cas historiques d'anorexie mentale féminine, il y a notamment celui décrit par G.Raimbault et C.Eliacheff dans « Figures de l'anorexie ». Les auteurs y présentent le cas de Sainte Catherine De Sienne. Cette figure du XIVème siècle est décrite comme une anorexique typique, s'alimentant très peu et infligeant des souffrances à son corps dans un désir d'ascèse et de négation du corps.

Les cas d'anorexie mentale masculine se retrouvent très tôt dans l'histoire.

On peut reconnaître dans certaines descriptions d'Avicenne (XIème siècle) des cas d'anorexie mentale. Dans son « Canon de la médecine », il rapporte le cas d' « un jeune prince qui se meurt de ne plus consentir à se nourrir », précisant que ce jeune homme présentait également un syndrome dépressif.

La première description d'un cas d'anorexie masculine est attribuée à Morton, médecin londonien, en 1689, dans son traité « Phtisiologica, or a Treatise of Consumption ». Cette description est contemporaine de sa première description clinique d'un cas *d'anorexia nervosa* féminin. Il y décrit le cas d'un jeune garçon de 16 ans, fils d'un Révérend qui présenta « un état total de perte d'Appétit occasionné par le fait qu'il étudiait trop, et par les Passions de son Esprit ». L'origine psychique du trouble est évoquée « j'ai jugé cette consommation comme étant nerveuse », et devant la résistance aux divers traitements proposés, Morton obtint une amélioration clinique après avoir préconisé un éloignement familial « laisser ses Etudes et aller à l'air de la campagne »¹.

Robert Whytt of Edimburgh publie soixante-quinze ans plus tard une description clinique d'un jeune homme âgé de 14 ans présentant une « atrophie nerveuse » : celui-ci présenta un amaigrissement, « une mauvaise digestion », « des compulsions alimentaires avec une digestion rapide ».

En 1790, Robert Willan publie dans « Remarkable Case of Abstinence » le récit d'un jeune homme décédé suite à un jeûne de 78 jours, dont la description évoque une structure du registre de la psychose.

¹ Hilde Bruch, *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*, Rééd. (Payot, 1994).

B) La période hystérique.

L'anorexie mentale est devenue une entité clinique grâce à Gull en Angleterre et Lasègue en France.

Gull parle d' « aepsie hystérique », terme qui, devant l'absence de déficience en pepsine gastrique, évolue en « anorexia nervosa »(1874). Pour Gull, l'anorexie peut apparaître chez l'homme, mais il n'en décrit aucun cas. Quant à Lasègue, il parle d' « anorexie hystérique ».

Dans « Etudes sur l'hystérie » (1895)², Breuer décrit le cas d'un jeune homme de 12 ans qui présente une anorexie : « il se plaint de dysphagie, c'est à dire qu'il n'avale qu'à grand peine (...) les jours suivants, l'état ne s'améliore pas ; le jeune garçon refuse de manger, vomit lorsqu'on veut le forcer à s'alimenter (...) décline beaucoup physiquement ». Breuer est « convaincu que son état a une cause psychique », et, à force d'hypnose et d'entretiens, le facteur déclenchant de l'anorexie est mis en lumière, ces révélations provoquant un effet cathartique sur le symptôme : « en revenant de l'école ce jour-là, il était entré dans une pissotière où un homme lui avait montré son pénis en exigeant de le lui mettre dans la bouche (...) c'est alors qu'il était tombé malade ». Le jeune homme a ainsi été confronté à « l'irruption du sexuel sous sa forme la plus brutale dans l'âme infantine ». Mais pour Breuer, il faut « le concours de plusieurs facteurs » pour déclencher un symptôme hystérique : « une prédisposition nerveuse, une frayeur, l'irruption du sexuel ».

² Sigmund Freud et Joseph Breuer, *Etudes sur l'hystérie* (Presses Universitaires de France - PUF, 2002).

Freud³ va décrire ainsi la vision de l'hystérie de Breuer : « les symptômes des hystériques se rattachent à des scènes de leur vie (traumatismes), qui, après les avoir fortement impressionnés, sont tombées dans l'oubli ; et qu'elle comporte un traitement en rapport avec cette constatation et qui consiste à évoquer, sous hypnose, le souvenir de ces scènes et à en provoquer la reproduction (catharsis) ».

La thèse hystérique de l'anorexie mentale est également soutenue par Janet et Charcot.

Janet (1903), décrit en détails plusieurs cas d'anorexie dans son ouvrage « Les obsessions et la psychasthénie ». Il classe l'anorexie mentale dans les troubles de l'alimentation d'origine névropathique. Dans « Les névroses », il décrit *l'anorexie hystérique* qui comporte trois périodes : la période gastrique correspondant au début des troubles alimentaires, la période morale ou période de lutte, et enfin la période d'inanition où apparaissent les troubles organiques.

Charcot, revendique la découverte du traitement par isolement des anorexiques mentales « De l'isolement dans le traitement de l'hystérie ».

C) Dans la littérature plus contemporaine.

Dans un article de 1954, Alliez⁴ effectue une revue de la littérature de 1892 à 1954, et n'y retrouve que dix descriptions d'anorexie mentale chez des hommes. Nous rapportons ici deux de ses descriptions cliniques :

³ Sigmund Freud, *Cinq leçons sur la psychanalyse* (Payot, 1989).

⁴ J Alliez, JL Godaccioni, et J Gomila, « Anorexies mentales masculines », *Annales medicopsychologiques* (1954).

- Gérard, un jeune homme de 16 ans, décrit comme étant « un élève brillant et discipliné », « affectueux et gentil », dont les troubles alimentaires vont débiter suite aux moqueries de camarades sur son poids. Il présente alors une restriction alimentaire et un contrôle du poids conduisant à un amaigrissement rapide et important (10 kilos en 3 semaines). Son caractère se modifie, Gérard se montre « exigeant et agressif ». L'auteur relève « un élément conflictuel sous-jacent très important dans la genèse des troubles », avec notamment la disparition de son père 5 ans auparavant qui a conduit Gérard à vivre seul avec sa mère et sa grand-mère.
- La deuxième observation concerne Lucien âgé de 15 ans. Sur une année, il a « considérablement maigri », est « très préoccupé par sa plastique corporelle, il fait du sport, de la natation, de l'athlétisme. (...). Sa chambre est décorée de photos d'athlètes célèbres ». Le discours de Lucien est pauvre. Au niveau familial, on retrouve une mère anxieuse et un père portant peu d'attention à son fils.

Ces observations nous montrent une clinique anorexique typique : amaigrissement, contrôle du poids, hyperactivité physique. Pour Alliez « la sémiologie présentée par ces malades – hormis les signes de la série sexuelle (...) est en tout point superposable à celle de la jeune fille ».

Néanmoins, elles relèvent déjà des particularités qui nourrissent notre réflexion actuelle : place du père fragile ou absente, identification très forte à la mère, hyperconformisme.

Par la suite, dans la littérature, les descriptions de cas d'hommes anorexiques vont être anecdotiques (Dally, 1969 ; Selvini, 1970 ; Tolstrup, 1965 ; Falstein, 1956 ; Aubert et Peigné, 1964 ; Haguenau et Koupernik, 1964 ; Decourt, 1964). On évoque alors des cas atypiques, l'anorexie mentale masculine serait une forme de psychose. Pour Selvini « les cas de sous-alimentation que j'ai observé chez les hommes étaient des cas de pseudo-anorexie ».

Les critères diagnostiques utilisés restent ceux de Lasègue : anorexie, amaigrissement, aménorrhée. De ce fait, l'aménorrhée est retenue comme étant un critère sémiologique indispensable au diagnostic, ce qui exclut de manière théorique les hommes.

Les critères diagnostiques avancés par Feighner⁵ (1972) mettent au premier plan de la sémiologie les critères psychologiques et comportementaux. L'aménorrhée est placée au rang des éléments physiologiques comme la bradycardie et le lanugo. Il est le premier à avoir défini de façon précise les critères de l'anorexie mentale. Ces nouveaux critères officialisent la possibilité d'un diagnostic d'anorexie mentale chez l'homme.

Critères de Feighner :

A) Début avant 25ans.

B) Anorexie accompagnée d'un amaigrissement de 25% du poids initial.

C) Attitude vis-à-vis de tout ce qui concerne le poids, la nourriture, ou la prise d'aliments extrêmement perturbée et rigide et que ni la sensation de faim, ni les reproches ni les encouragements, ni même les menaces ne peuvent modifier. Ainsi on peut constater :

⁵ J.P Feighner, E Robins, et S.B Guze, « Les critères diagnostiques de l'école de Saint-Louis. », *L'Encéphale* IV (1978).

- a. *Déni de la maladie avec impossibilité de reconnaître les besoins nutritionnels.*
 - b. *Désir apparent de perdre du poids avec l'affirmation que le refus de nourriture est source de satisfaction.*
 - c. *Désir d'avoir un corps d'une minceur extrême avec la manifestation évidente que c'est une récompense pour le patient d'obtenir et de maintenir cet état.*
 - d. *Manipulation et fait d'amasser la nourriture de façon inhabituelle.*
- D) Pas de maladie somatique connue pouvant expliquer l'anorexie et la perte de poids.*
- E) Pas d'autre maladie psychiatrique connue, en particulier dépression primaire, schizophrénie, névroses phobiques et obsessionnelles.*
- F) Existence d'au moins deux des signes suivants :*
- *Aménorrhée*
 - *Lanugo*
 - *Bradycardie*
 - *Période d'hyperactivité*
 - *Episode de boulimie*
 - *Vomissements (éventuellement provoqués)*

Crisp et Bruch vont notamment s'intéresser à l'anorexie masculine et affirmer son existence.

Crisp⁶ va estimer que l'anorexie masculine est sous-estimée, du fait des difficultés diagnostiques, qui conduisent de plus à une plus grande gravité apparente. Dans les années 70 il va orienter la plupart de ses travaux sur l'anorexie masculine.

Hilde Bruch, en 1973, va présenter une série de patients qui retrouve un sexe ratio de 20%, bien supérieur à ceux usuellement retrouvés à l'époque. Elle va différencier chez la fille comme chez le garçon les formes typiques avec une préoccupation centrale sur la forme du corps, et les formes atypiques. Elle va également proposer des modèles de réflexions psychodynamiques.

Beaumont en 1972 va être le premier à tenter d'établir une description des caractéristiques de l'anorexie masculine. Il va se baser sur une étude de la littérature médicale de 1930 à 1972 qui va lui permettre de recenser 25 observations cliniques qui s'ajoutent à plusieurs descriptions personnelles. Le tableau clinique qu'il décrit comporte :

- Un début des troubles en fin d'enfance, début d'adolescence ;
- Refus de nourriture justifié par une recherche de minceur ou des troubles digestifs ;
- Personnalité avec des traits obsessionnels, tendance aux ruminations ;
- Sur le plan de la sexualité : absence d'intérêt ou crainte, retard sur le plan du développement psychosexuel.

⁶ A.H Crisp, *Anorexia nervosa: let me be*, Grume and Stratton, 1980.

Il relève quelques spécificités propres à l'anorexie masculine : les conduites de compensations et les préoccupations alimentaires sont plutôt rares, l'obésité pré-morbide est plus fréquente.

En 1984, Vandereycken et Van den Broucke⁷ vont retrouver dans la littérature médicale entre 1970 et 1980, 107 cas d'anorexie masculine.

2) Description clinique de l'anorexie mentale :

De nombreux auteurs s'accordent sur la présence de nombreuses caractéristiques cliniques partagées par les patients anorexiques masculins et féminins.

A) Données épidémiologiques^{8, 9}.

a) L'anorexie féminine :

Prévalence (nombre de personnes atteinte d'une pathologie à un moment donné dans une population donnée) :

⁷ W Vandereycken et S Van Den Broucke, « Anorexia nervosa in males », *Acta Psychiatr. Scand* 70 (1984).

⁸ Jean Chambry et Gilles Agman, « L'anorexie mentale masculine à l'adolescence », *La psychiatrie de l'enfant* 49, n° 2 (2006): 477.

⁹ Mathias Rio, « Un cas d'anorexie masculine », *L'information psychiatrique* 82, n° 8 (2006).

Selon H.W. Hoek, la prévalence de l'anorexie mentale parmi des échantillons de femmes âgées de 11 à 35 ans, les taux varient de 0,28% à 0,9%, le taux le plus élevé étant retrouvé dans l'échantillon âgé de 15 à 18 ans¹⁰.

D'autres études retrouvent une prévalence supérieure : 0,9 à 2,2%^{11 12}.

Incidence (nombre de nouveaux cas d'une pathologie dans une population donnée, elle est exprimée en nombre de nouveaux cas de la maladie/100000 personnes par an) :

On retrouve une incidence plus faible en médecine de ville : entre 4 à 8 cas /100000 habitants par an, l'incidence la plus élevée étant retrouvée chez les 15/19 ans avec 40% des cas détectés. En population générale l'incidence est autour de 15 /100000 habitants par an chez les 10/24 ans.

Evolution de l'incidence :

Pour Williams (1993)¹³, qui a mené en Angleterre une étude épidémiologique sur dix ans de 1971 à 1981, il constate une augmentation des nouveaux cas féminins mais qui est parallèle à une augmentation de la population à risque, ce qui empêche de conclure à une augmentation du risque morbide.

¹⁰ HW Hoek, « Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders », *Curr Opin Psychiatry* 19 (2006).

¹¹ JI Hudson, E Hirpi, et H. G Pope, « The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication », *Biol Psychiatry* 61 (2007).

¹² A Preti, G Girolamo, et G Vilagut, « The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project », *J Psychiatr Res* 43 (2009).

¹³ Paul Williams et Michael King, « The epidemic of anorexia nervosa: another medical myth », *The Lancet* 329, n° 8526 (janvier 1987): 205-207.

Lucas et al¹⁴ retrouvent depuis les années 30 une augmentation de la fréquence de l'anorexie mentale parmi la population adolescente (15-24 ans), tout en constatant une fréquence stable des cas d'anorexie mentale parmi les populations plus âgées.

Aux Etats Unis, l'anorexie mentale est la troisième maladie chronique de l'adolescent.

b) L'anorexie masculine :

La question épidémiologique reste controversée, et il est toujours difficile de se faire une idée précise. La plupart des études portant sur l'anorexie mentale masculine sont anglosaxonnes.

Prévalence :

En 2001, Woodside¹⁵, à partir d'une étude réalisée en population générale, relève dans un échantillon représentatif de la population canadienne (N=9953) un pourcentage de 1% : 0,16% de forme complète et 0,76% de forme partielle d'anorexie mentale chez les hommes. Les critères diagnostiques étaient ceux du DSM IV.

Kjelsas, en Norvège en 2004, retrouve lui une prévalence d'anorexie masculine (critères DSM IV) de 0,2% parmi une population de 1960 adolescents scolarisés

¹⁴ A.R Lucas et al., « 50 years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn. », *American Journal of Psychiatry*, n° 148 (1991).

¹⁵ D.B Wooside et al, « Comparison of men with full or partial eating disorders and women with eating disorders in the community », *American Journal of Psychiatry*, n° 158 (2000).

âgés de 14 à 15 ans¹⁶. En revanche, en considérant l'ensemble des troubles alimentaires, les taux de prévalence (vie entière) suivants sont retrouvés : 6,5% tous troubles du comportement alimentaire confondus, dont 0,2% pour l'anorexie mentale, 0,4% pour la boulimie, 0,9% concernent le Binge Eating Disorder et 5% sont des troubles du comportement alimentaire autres.

En Grande Bretagne¹⁷, les taux de prévalence (vie entière) respectifs chez l'homme pour l'anorexie mentale, la boulimie et le binge eating sont de 3%, 5% et 2% contre 9%, 1,5% et 3,5% chez la femme.

Incidence :

On retrouve selon les études une incidence de 0,2/100000 habitants retenue, mais si on inclut les formes d'anorexie mentale masculine ne nécessitant pas d'hospitalisation, à la différence des études précédentes, on retrouve une incidence de 1,8/100000 habitants¹⁸. L'incidence est en augmentation depuis une vingtaine d'années. On évoque la meilleure connaissance du syndrome par les médecins, la progressive indistinction masculin/ féminin dans les standards sociaux, l'intérêt croissants chez les hommes pour les problèmes esthétiques, comme facteurs modelant l'expérience des difficultés liées aux réaménagements psychiques de l'adolescence.

¹⁶ E Kjelsas, C Bjornstrom, et KG Gotestam, « Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14--15 years) », *Eating Behaviors* 5 (2004).

¹⁷ James I Hudson, Eva Hiripi, et H. G Pope, « The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Biol Psychiatry* 61, n° 3 (2007).

¹⁸ A.R Lucas et al., « 50 years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn. », *American Journal of Psychiatry*, n° 148 (1991). »

L'incidence de l'anorexie masculine serait en augmentation depuis vingt ans¹⁹.

Sexe ratio :

Le sexe ratio couramment retrouvé de 1 garçon pour 10 filles anorexiques semble sous-estimé, il serait de 1 garçon pour 2 filles en prenant en compte les formes complètes ou partielles, 1 garçon pour 4 filles si l'on ne retient que les formes complètes²⁰. On retrouve également²¹ les chiffres de 1 garçon pour 2 patientes anorexiques et 1 garçon pour 3 patientes boulimiques.

Age moyen de début des troubles :

Il s'agit tout comme chez la femme d'une pathologie de l'adolescence. L'âge moyen de début des troubles est autour de 17 ans²². Toutefois, chez une population d'enfants pré pubères anorexiques, la proportion de garçons est plus importante et atteint 35%²³.

En moyenne, on considère que l'accès aux soins a lieu dans les trois ans qui suivent le début des troubles²⁴.

¹⁹ F Romeo, « Adolescent boys and anorexia nervosa », *Adolescence* 29 (1994).

²⁰ D.B Wooside et al, « Comparison of men with full or partial eating disorders and women with eating disorders in the community », *American Journal of Psychiatry*, n° 158 (2000).

²¹ D Blake Woodside, MD, et FRCPC, « Eating Disorders and Body Issues for Men », *Healthy weight journal* 16, n° 4 (2002).

²² A.H Crisp, T Burns, et AV Bhat, « Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis », *Br J Med Psychol* 59 (1986).

²³ O Halfon et al., « L'anorexie mentale prépubère; à propos d'une observation clinique. », *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 37, n° 4 (1989).

²⁴ Jean Chambry et Gilles Agman, « L'anorexie mentale masculine à l'adolescence », *La psychiatrie de l'enfant* 49, n° 2 (2006): 477.

c) Hypothèses explicatives de la plus faible prévalence chez l'homme.

Il n'existe sans doute pas d'explication simple à cette différence de fréquence de survenue selon le sexe.

Les attentes et pressions exercées par nos sociétés modernes sur les femmes restent importants : on exige qu'elles réussissent aussi bien leurs rôles de mère, épouse, maîtresse et travailleuse ; la minceur est valorisée et gratifiée de qualités comme la beauté, la maîtrise de soi, la volonté.

Dès sa naissance, le sexe de l'enfant assigne la fille à une place différente de celle du garçon au regard des parents. Pour la fille, le processus de séparation individuation permettant de se détacher de la mère et d'assumer sa propre féminité nécessitera un appel au père, venant introduire du tiers dans cette dyade. L'anorexie mentale peut venir traduire un refus d'assumer cette féminité et la possibilité d'être mère.

Plusieurs hypothèses ont été avancées en faveur de la plus faible prévalence de l'anorexie chez l'homme²⁵ :

- Pour Crisp, la précocité de la puberté chez la fille hâte la confrontation du sujet à la crise évolutive de l'adolescence et favoriserait ainsi la survenue de l'anorexie.
- Selon Bruch, l'hormone mâle protégerait le garçon de la survenue de l'anorexie. La puberté masculine, le sentiment de puissance et de conscience de soi qui l'accompagne permettraient au garçon de s'affirmer

²⁵ I. Orgiazzi/Billon-Galland et M. Chappaz, « Anorexies féminine et masculine : comparaison », *Cahiers de psychologie clinique* 18, n° 1 (2002): 139.

et faciliteraient le détachement des objets primaires d'affection. Cette théorie s'appuie sur la fréquence des cas d'anorexie masculine pré-pubère où de fait le garçon serait plus vulnérable.

- Brusset (1985, 1995), met aussi en avant le rôle protecteur de la testostérone.

De plus, il évoque la différence relative à l'élaboration de l'angoisse de castration selon les sexes. Pour le garçon, l'ancrage sur le pénis des investissements narcissiques corporels permet de focaliser l'angoisse dans le thème de la castration. Chez la fille, il n'y a pas un tel ancrage. La problématique narcissique se joue au niveau de l'apparence du corps tout entier. La distribution de l'investissement érogène et narcissique du corps est diffuse (Kestemberg). Ceci peut rendre compte de l'intensité des investissements en jeu dans le désir de modifier son apparence corporelle.

- Selon le sexe, l'articulation entre le complexe d'œdipe et le complexe de castration diffère. L'un des enjeux à l'œuvre dans l'anorexie est la dépendance aux objets d'attachement primaires, notamment la mère. Or, l'évolution libidinale de la fille passe nécessairement par le renoncement à l'objet primaire ; mais cet objet est tout à la fois rival, susceptible de provoquer de l'agressivité et support identificatoire, susceptible de renforcer la dépendance. On voit comment la jeune fille peut se retrouver aux prises avec une dépendance qu'elle ne peut ni refuser ni accepter.
- Pour Jeammet, les garçons disposent d'une maîtrise et d'un maniement de l'agressivité socialement admis. L'agressivité plus inhibée chez la fille entraverait le processus de séparation individuation. De plus, pour cet auteur, l'anorexie mentale est moins fréquente chez les garçons de par « la

médiation par rapport à la dépendance à l'égard de la mère que représente pour les garçons l'identification au père, alors que les filles sont sollicitées à s'identifier à leur premier objet d'amour ».

Nous allons nous intéresser à ce qui réunit les deux sexes autour d'une même clinique.

B) Place de l'anorexie dans les classifications actuelles.

Les troubles des conduites alimentaires sont représentés dans les classifications actuelles par : l'anorexie mentale, la boulimie, et les troubles non spécifiés, comprenant notamment le binge eating disorder (BED) ou hyperphagie boulimique. Les classifications actuellement les plus utilisées sont la CIM-10 et le DSM IV-R.

a) CIM-10.

Dans la CIM.10 on trouve la description suivante de l'anorexie mentale :

A) Perte significative de poids, Index de Masse Corporelle de Quetelet (IMC) ou Body Mass Index (BMI) à 17,5 kg/m² au moins. Chez les patients en phase pré-pubertaire, il y a incapacité à prendre le poids escompté pendant la période de croissance.

- B) La perte de poids est provoquée par le sujet, comme en témoigne la présence d'un évitement « des aliments qui font grossir », associé à l'une au moins des manifestations suivantes :
- a) Des vomissements provoqués
 - b) L'utilisation de laxatifs
 - c) Une pratique excessive d'exercices physiques.
- C) Perturbation de l'image du corps caractérisée par une psychopathologie spécifique, qui consiste en l'intrusion persistante d'une idée surinvestie/la peur de grossir. Le sujet s'impose à lui-même un poids à ne pas dépasser.
- D) Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique avec aménorrhée chez la femme et perte d'intérêt sexuel et de puissance érectile chez l'homme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister chez les femmes anorexiques sous thérapie hormonale de substitution, le plus souvent prise dans un but contraceptif et préventif de l'ostéoporose chez les jeunes filles). Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormones de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.
- E) Quand le trouble apparaît avant la puberté, des manifestations accompagnant celle-ci sont retardées ou interrompues (arrêt de croissance ; chez les filles : absence de développement et aménorrhée primaire ; chez les garçons : absence de développement des organes

génitaux). Après guérison, la puberté se réalise souvent de façon normale, les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

b) DSM IV-R.

Le DSM IV-R donne les critères diagnostiques suivants de l'anorexie mentale²⁶ :

- A) Refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (par exemple perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).
- B) Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros alors que le poids est inférieur à la normale.
- C) Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- D) Chez les femmes post-pubères, aménorrhée (absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs).

Deux types sont distingués :

- Type restrictif : pendant l'épisode actuel, le sujet n'a pas de manière régulière présenté de crise de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou prise de laxatifs.

²⁶ Julien-Daniel Guelfi, Frédéric Rouillon, et Collectif, *Manuel de psychiatrie* (Masson, 2007).

- Type avec des crises de boulimie/vomissements ou laxatifs : pendant l'épisode, le sujet a de manière régulière présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou prises de laxatifs.

C) Le tableau clinique commun.

Pour Hilde Bruch²⁷, les points communs entre hommes et femmes anorexiques sont nombreux :

- Ce n'est pas un état uniforme ;
- Progression inexorable de l'amaigrissement ;
- Vives défenses, notamment déni ;
- L'anorexie survient chez des sujets présentant un conformisme, avec réussite de façade, traduisant des « tentatives désespérées pour devenir quelqu'un et affirmer le sens de leur identité » ;
- L'utilisation du corps comme moyen d'expression du mal être.

Son étude portant sur plusieurs garçons anorexiques relève les points communs suivants :

- Initialement, on retrouve une décision de perdre du poids, en lien avec une insatisfaction concernant l'image du corps, sensation « d'être trop gros », et un début des troubles dans un contexte de changement dans le statut social (déménagement, nouvelle école, vacances...)
- Hyperactivité et recherche de la réussite ;

²⁷ Hilde Bruch, *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*, Rééd. (Payot, 1994).

- Fonctionnement familial apparemment stable, reposant sur « un modèle d'interaction où un adulte censeur, généralement la mère, impose au développement de l'enfant sa propre conception des besoins et des désirs de l'enfant, méconnaissant le fil conducteur de la personnalité de l'enfant.»

a) Les facteurs déclenchants.

Les principaux facteurs déclenchants identifiés se retrouvent quel que soit le sexe du patient.

On retrouve essentiellement :

- les expériences de séparation : décès d'un proche, déménagement, départ d'un membre de la famille, changement de statut social ;
- les moqueries sur le poids ;
- les régimes alimentaires draconiens ;
- la puberté.

b) Personnalité pré-morbide.

On ne retrouve pas de différence significative concernant les traits de personnalité pré-morbides selon le sexe.

Les principaux traits de personnalité identifiés sont l'anxiété (chez 64,3% des hommes, 68,2% des femmes), la peur du changement (chez 71,4% des hommes et 67,1% des femmes), le perfectionnisme (pour 50% des hommes et 72,9% des femmes), le conformisme (chez 50% des hommes et 61,2% des femmes)²⁸.

Hilde Bruch décrit la présence d' « un conformisme », de « réalisations de façade » chez les hommes anorexiques avant le début des troubles. Ils présentent une réussite apparente, qui masque un vide identitaire : « dans leur tentatives désespérées pour devenir « quelqu'un », et affirmer le sens de leur identité, ils deviennent arrivistes, hyperactifs, perfectionnistes ». La recherche de réussite est prépondérante. Pour l'auteur, le rapport au corps et à la nourriture vont être un moyen d'expression de ce mal être²⁹.

Andersen retrouve des scores élevés aux échelles verbales et de performance du QI chez les patients, hommes et femmes, présentant une anorexie mentale actuelle ou passée³⁰.

²⁸ Michael Strober et al., « Are There Gender Differences in Core Symptoms, Temperament, and Short-term Prospective Outcome in Anorexia Nervosa? », *International Journal of Eating Disorders* 39, n° 7 (novembre 1, 2006): 570-575.

²⁹ Hilde Bruch, *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*, Rééd. (Payot, 1994).

³⁰ Arnold E. Andersen, *Males With Eating Disorders* (Brunner-Mazel Inc, 1990).

c) Facteurs de risque^{31, 32}.

L'anorexie mentale est un trouble plurifactoriel pour lequel il est donc compliqué d'identifier des facteurs de risque isolés.

Les facteurs de risque sont à considérer comme des « caractéristiques mesurables chez un sujet donné dans une population donnée qui précèdent le trouble observé dans cette population avec une fréquence significative »³³.

On peut toutefois relever des populations plus à risque de développer ces troubles, de par des caractéristiques individuelle, sociale, ou familiale.

- Tout d'abord l'adolescence, avec les remaniements liés à la puberté, constitue une période à risque de développer un trouble du comportement alimentaire.

Killen et al³⁴ ont étudié la relation entre l'état de maturation sexuelle et l'existence de troubles du comportement alimentaire (ici, la boulimie était le sujet d'étude) dans une population de collégiennes. Ils ont mis en évidence que plus de 80% des sujets présentant une boulimie symptomatique étaient en avance du point de vue du développement pubertaire. Les auteurs ont ainsi conclu que la puberté pouvait être considérée comme un facteur de risque dans le développement des troubles du comportement alimentaire.

³¹ Federica Tozzi et al., « Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective », *International Journal of Eating Disorders* 33, n° 2 (mars 1, 2003): 143-154.

³² Theodore E. Weltzin et al., « Eating disorders in men: update », *The Journal of Men's Health & Gender* 2, n° 2 (juin 2005): 186-193.

³³ Maurice Corcos, *Le corps insoumis*: *Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires* (Dunod, 2004).

³⁴ Joel D. Killen et al., « Is Puberty a Risk Factor for Eating Disorders? », *Am J Dis Child* 146, n° 3 (mars 1, 1992): 323-325.

- La mise en place d'un régime alimentaire draconien (précède le début des troubles chez 20% des patientes), d'autant plus s'il est associé à un jeune âge.
- L'importance portée à l'apparence³⁵.
- Dysfonctionnement familial (retrouvé dans un tiers des cas).
- Le stress est rapporté par 20% des patientes comme cause dans le développement des troubles alimentaires.

Dans la population masculine, on retrouve plusieurs antécédents pré-morbides qui constituent des facteurs de risque de développer une anorexie mentale :

- La pratique d'un sport impliquant un poids bas ou une perte de poids : on retrouve un surinvestissement sportif fréquent, la moitié pratiquait une activité sportive de haut niveau avant l'éclosion des troubles d'après Muise³⁶. Cette pratique sportive intensive pré-morbide ne concernerait que 9 à 24% des femmes anorexiques.

Les sports parmi lesquels on observe une fréquence plus élevée de troubles du comportement alimentaire chez les hommes sont les sports esthétiques (bodybuilding), ceux pour lesquels le peu de graisse est avantageux (marathon), les sports où le poids est important, qui reposent sur des catégories de poids (boxe, course hippique)³⁷.

- L'homosexualité ou un trouble de l'identité sexuelle.

³⁵ Jillian Croll et al., « Prevalence and Risk and Protective Factors Related to Disordered Eating Behaviors Among Adolescents: Relationship to Gender and Ethnicity », *Journal of Adolescent Health* 31 (2002).

³⁶ Aleixo M Muise, Debra G Stein, et Gordon Arbess, « Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature », *Journal of Adolescent Health* 33, n° 6 (décembre 2003): 427-435.

³⁷ Antonia Baum, « Eating Disorders in the Male Athlete », *Sports med* 36, n° 1 (2006).

- L'obésité : la fréquence de l'obésité pré-morbide peut atteindre jusqu'à 50% des cas selon certaines études. On retrouve des antécédents de surpoids chez plus de 25% des patients^{38, 39}.
- Les antécédents d'abus physiques ou sexuels⁴⁰.
- Les antécédents de difficultés alimentaires dans la petite enfance.

d) Contexte familial et social.

Historiquement, la répartition de l'anorexie mentale féminine dans la population n'est pas homogène. Elle touche surtout les classes sociales élevées ou moyennes-supérieures. Les anorexiques appartiennent à des familles où la réussite et la promotion sociale ont une grande importance.

De même, la répartition de l'anorexie mentale est plus liée à une culture occidentale européenne. C'était, il y a encore peu de temps, une pathologie retrouvée exclusivement chez des patientes blanches. Entre 1960 et 1980, toutes les séries publiées font état de l'absence de sujet noir parmi les patientes anorexiques. Le premier cas décrit d'une patiente anorexique noire a été publié en 1973⁴¹.

³⁸ J.L Margo, « Male anorexia », *The Harvard Medical School Mental Letter* (1988).

³⁹ F Fernández-Aranda, A Aitken, et A Badía, « Personality and Psychopathological Traits of Males with an Eating Disorder », *European Eating Disorders Review* 12 (2004).

⁴⁰ Matthew B Feldman, PhD, et Ilan H Meyer, « Childhood Abuse and Eating Disorders in Gay and Bisexual Men », *The international journal of eating disorders* 40, n° 5 (2007).

⁴¹ Guillemot, *Anorexie mentale et boulimie / le poids de la culture* (Masson, 1997).

On retrouve une plus grande diversité sociale chez les hommes anorexiques.

Globalement, il semble que le statut social des pères soit plus élevé chez les filles anorexiques que chez les garçons. Le statut social de la mère est identique.

Il n'y aurait pas de différence de sexe concernant la place dans la fratrie⁴².

Il existe très peu de données concernant l'origine ethnique des patients anorexiques.

Il semblerait qu'il s'agisse principalement de sujets blancs : 76% pour Olivardia⁴³, 93,9% pour Strober⁴⁴. Carlat⁴⁵ retrouve également une nette majorité de sujets caucasiens : 131 patients sur les 135 inclus dans son étude.

e) Les troubles alimentaires :

Il s'agit d'une *restriction alimentaire volontaire, avec lutte contre la sensation de faim*.

Ce trouble débute généralement au moment de l'adolescence, soit entre 12 et 18 ans, temps de la puberté. Ces restrictions alimentaires sont progressives, tant sur le plan quantitatif (réduction des apports) que qualitatif (refus des aliments gras et sucrés, des féculents). Elles s'accompagnent de troubles du comportement alimentaire avec tris, rituels, préoccupations intenses autour de l'alimentation, calcul des calories, multiplications des pesées.

⁴² Arnold E. Andersen, *Males With Eating Disorders* (Brunner-Mazel Inc, 1990).

⁴³ R Olivardia, H. G Pope, et B Mangweth, « Eating disorders in college men », *The American Journal of Psychiatry* 152, n° 9 (1995).

⁴⁴ Michael Strober et al., « Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa? », *The International journal of eating disorders* 39, n° 7 (novembre 2006): 570-575.

⁴⁵ Daniel J Carlat, Carlos A Camargo, et DB Herzog, « Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients », *American Journal of Psychiatry* 154 (1997).

Le sujet anorexique adopte des *stratégies de contrôle du poids* : vomissements provoqués, prises de laxatifs ou diurétiques, potomanie, hyperactivité physique.

La conséquence directe est un *amaigrissement*, souvent rapide et parfois très important, il dépasse souvent 10 à 20% du poids initial, pour atteindre parfois 50% du poids normal à cet âge. Cette maigreur est déniée des patients.

L'examen clinique retrouve une fonte des réserves graisseuses (superficielles et profondes), effacements des formes féminines chez les patientes, amyotrophie, atteinte des phanères : cheveux secs et ternes, ongles cassants et striés, troubles circulatoires : syndrome de Raynaud, œdèmes de carence, bradycardie, hypotension artérielle. L'hypertrichose est fréquente avec l'apparition du lanugo.

f) Les préoccupations corporelles.

L'ensemble des patients anorexiques présente une distorsion de l'image du corps, dysmorphophobie, ils sont notamment persuadés d'être trop gros. Ils décrivent un envahissement de la pensée par des préoccupations excessives concernant le poids et l'alimentation. Les distorsions cognitives concernent également le fonctionnement digestif, les aliments.

Toutefois le contenu de ces préoccupations diffère selon le sexe.

Chez le garçon, les préoccupations corporelles concernent davantage un modèle d'idéal masculin athlétique (épaules larges, hanches et taille étroites) qu'il cherche à

atteindre, plutôt que de s'intéresser au poids ou la taille des vêtements⁴⁶. De même, la plainte pondérale concerne davantage la graisse que le poids en tant que chiffre⁴⁷. La recherche des hommes anorexiques vise un corps musclé. Les garçons cherchent avant tout à modifier la forme de leur corps, plus qu'accéder à un simple idéal de minceur.

g) L'aménorrhée...et son équivalent chez l'homme ?

L'aménorrhée, primaire ou secondaire, est aujourd'hui encore un élément sémiologique central chez la jeune femme. Elle est une conséquence de la dénutrition. Elle témoigne d'un trouble gonadique d'origine centrale, hypothalamique, avec un dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire qui conduit à des taux sériques bas de FSH et LH, et à la disparition des pics spontanés de LH. Au niveau périphérique, cet hypogonadisme sera marqué par une baisse des hormones sexuelles : œstrogène et progestérone.

Le corolaire chez l'homme comprend au niveau physiologique l'absence de libido, l'impuissance. Chez l'homme anorexique on retrouve au niveau endocrinien un taux de testostérone plasmatique abaissé, un taux d'œstradiol plasmatique en dessous de la normale, une réponse aux tests de stimulation à la gonadotrophine abaissée et dont l'amplitude semble dépendre de la corpulence. Les anomalies au niveau central comportent : un taux de gonadotrophine abaissé, une réponse à la LHRH quasi nulle. On retrouve donc chez l'homme anorexique un profil hormonal

⁴⁶ EA Anderson, « Anorexia nervosa and bulimia in adolescent males », *Pediatr Ann* 13 (1984).

⁴⁷ J.L Margo, « Anorexia nervosa in males, comparison with female patients », *British Journal of Psychiatry*, n° 151 (1987).

d'hypogonadisme hypogonadotrope semblable à celui retrouvé chez la femme anorexique. Parallèlement à la reprise de poids, on constate une élévation du taux de testostérone plasmatique, il en va de même pour les gonadotrophines sériques et leur réponse au LHRH⁴⁸.

h) L'hyperactivité.

Elle peut être physique ou intellectuelle. L'*hyperactivité intellectuelle* se traduit par un hyperinvestissement dans le travail scolaire ou professionnel, avec un objectif de performance et maîtrise. Toutefois, le fonctionnement intellectuel tend à s'appauvrir à mesure que s'installe le processus anorexique.

L'*hyperactivité physique* comporte à la fois une visée d'aide à l'amaigrissement et contrôle du poids, mais s'intègre également dans le registre de la recherche de sensations, l'alexithymie, l'apaisement de tensions internes par le mouvement. On retrouve une intolérance à toute forme de passivité, une peur du laisser-aller ressenti comme une régression honteuse. Il faut bouger, agir, lutter, pour maintenir le sentiment de l'existence de soi. Elle peut par ailleurs être considérée comme une conduite ordalique.

⁴⁸ J Buvat, A Lemaire, et K Ardaensk, « Profil des hormones gonadiques dans 8 cas d'anorexie mentale masculine étudiés avant et au cours de la reprise de poids. », *Annales d'endocrinologie* 44 (1983).

Chez le garçon anorexique, on retrouve de manière significative une prépondérance de l'hyperactivité physique en comparaison aux patientes anorexiques féminines. En revanche l'hyperactivité intellectuelle est moins présente⁴⁹.

i) Comorbidités psychiatriques.

Quel que soit le sexe, les comorbidités sont fréquentes et significativement similaires.

Elles concernent majoritairement :

- Les troubles anxieux.

Il s'agit de la principale comorbidité psychiatrique retrouvée. Dans la plupart des cas elle précède le début des troubles, est présente chez 50% des hommes anorexiques et 55,2% des patientes, sans différence significative selon le sexe concernant le sous type de trouble anxieux : trouble obsessionnel-compulsif (35,7%), phobie sociale (28,6%), anxiété généralisée (35,7%)⁵⁰.

- Les troubles thymiques avec notamment la dépression (55% des cas)⁵¹.
- La comorbidité addictive.

Chez les sujets anorexiques féminins :

La consommation de substances (alcool ou drogue) est plus importante parmi une population de patients présentant des troubles du comportement

⁴⁹ J.L Margo, « Anorexia nervosa in males, comparison with female patients », *British Journal of Psychiatry*, n° 151 (1987).

⁵⁰ Michael Strober et al., « Are There Gender Differences in Core Symptoms, Temperament, and Short-term Prospective Outcome in Anorexia Nervosa? », *International Journal of Eating Disorders* 39, n° 7 (novembre 1, 2006): 570-575.

⁵¹ Daniel J Carlat, Carlos A Camargo, et DB Herzog, « Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients », *American Journal of Psychiatry* 154 (1997).

alimentaire (50% des femmes présentant un trouble du comportement alimentaire) que parmi la population générale (9%).

Les formes principalement associée à cette comorbidité addictive sont les anorexies associées à des conduites boulimiques ou de purges⁵², ⁵³.

Chez les sujets anorexiques masculins :

La principale différence est la prépondérance des conduites addictives, notamment alcoolique. L'alcoolisme constitue également fréquemment un antécédent pré-morbide. Les conduites addictives sont plus importantes chez les hommes présentant un trouble du comportement alimentaire de type boulimique : le taux de patients addict (toutes substances confondues) atteint 61%, contre 17% si l'on ne considère que les hommes anorexiques⁵⁴.

Globalement, les comorbidités sont plus fréquentes dans l'anorexie masculine, et peuvent atteindre 92% des patients.

⁵² Michael W. Wiederman et Tamara Pryor, « Substance Use Among Women with Eating Disorders », *International Journal of Eating Disorders* 20, n° 2 (septembre 1, 1996): 163-168.

⁵³ Tammy L. Root et al., « Substance Use Disorders in Women with Anorexia Nervosa », *International Journal of Eating Disorders* 43, n° 1 (janvier 1, 2010): 14-21.

⁵⁴ Daniel J Carlat, Carlos A Camargo, et DB Herzog, « Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients », *American Journal of Psychiatry* 154 (1997).

j) Les antécédents familiaux.

Dans une étude portant sur 58 patientes anorexiques, Perdereau et al retrouvent les résultats suivant⁵⁵ :

- 67,2% des patientes ont au moins un de leurs deux parents (père ou mère) qui présente au moins un trouble psychiatrique ; il s'agit le plus souvent de la mère.
- 84,5% des patientes ont au moins un membre de leur famille (parents, grands-parents, oncles, tantes, ou fratrie) qui a ou a eu un trouble psychiatrique parmi ceux considérés.
- On retrouve une prévalence des troubles alimentaires de 17,2% chez les mères, 0% chez les pères.
- Le trouble dépressif et l'antécédent familial le plus fréquent. 67,2% des patientes ont un membre de leur famille qui a, ou a eu, un état dépressif sur sa vie. La prévalence de la dépression chez la mère est de 41,4%, elle est de 13,8% chez le père.
- On retrouve très peu d'antécédent de trouble thymique de type bipolaire.
- Les antécédents d'alcoolisme sont identiques chez les deux parents, autour de 5%.
- L'étude ne retrouve pas d'antécédent de toxicomanie chez les parents.
- La prévalence des tentatives de suicide est de 6,9% chez les mères et 3,4% chez les pères.

⁵⁵ F. Perdereau, N. Godart, et P. Jeammet, « Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale », *L'Encéphale* 33, n°2 (2007).

Les antécédents familiaux sont plus fréquents et plus graves chez le garçon anorexique.

On retrouve essentiellement un alcoolisme (37% des cas), surtout chez le père et des antécédents de troubles thymiques de type dépressif (29%).

Par ailleurs, plusieurs auteurs s'accordent sur la fréquence des antécédents familiaux de troubles du comportement alimentaire.

La fréquence d'une surcharge pondérale chez un ou les deux apparentés semble élevée : Carlat⁵⁶ retrouve chez 37% des patients une surcharge pondérale chez un des deux apparentés, Crisp et Burns⁵⁷ retrouvent eux une obésité présente ou passée chez 27% des mères et 19% des pères de patients.

k) Des formes frontières.

Pour Hilde Bruch⁵⁸, il existe chez l'homme comme chez la femme des formes typiques et atypiques d'anorexie mentale. Hilde Bruch décrit ainsi les formes typiques : « Dans le syndrome primaire ou véritable d'anorexie mentale, le patient est préoccupé de la forme de son corps, et il recherche frénétiquement la minceur. L'étrange mésusage fait de la fonction alimentaire est une tentative désespérée pour établir un sentiment de contrôle et d'identité, tandis que dans la forme atypique non spécifique, la fonction alimentaire elle-même est perturbée avec des altérations

⁵⁶ Daniel J Carlat, Carlos A Camargo, et DB Herzog, « Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients », *American Journal of Psychiatry* 154 (1997).

⁵⁷ A.H Crisp, T Burns, et AV Bhat, « Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis », *Br J Med Psychol* 59 (1986).

⁵⁸ Hilde Bruch, *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*, Rééd. (Payot, 1994).

diverses de sa fonction symbolique, la minceur n'étant qu'un sous-produit accidentel. »

L'anorexie prépubère.

L'anorexie prépubère, dans sa forme débutant avant douze ans, est plutôt rare et concernerait 5% de l'ensemble des cas d'anorexie mentale. L'apparition à un jeune âge de troubles du comportement alimentaire constitue un critère de gravité sur le plan évolutif.

Le sexe ratio diffère dans cette classe d'âge, puisque les garçons y représentent 35%des patients anorexiques⁵⁹.

L'anorexie prépubère survient vers 9-11 ans, durant la phase de latence, avant la survenue des phénomènes pubertaires. On retrouve fréquemment associés des troubles alimentaires de la petite enfance, des carences affectives majeures, une perte de poids rapide, une association fréquente avec la dépression et un pronostic souvent grave.

Sur un plan strictement sémiologique, l'anorexie prépubère diffère peu de l'anorexie de l'adolescent ou de l'adulte : troubles alimentaires, amaigrissement, hyperactivité sont présents.

Elle s'accompagne d'un ralentissement de croissance qui peut être particulièrement sévère, et se compliquer d'un arrêt de croissance. Celui-ci n'est pas uniquement lié à

⁵⁹ O Halfon et al., « L'anorexie mentale prépubère; à propos d'une observation clinique. », *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 37, n° 4 (1989).

la dénutrition, mais trouverait son origine, tout comme le nanisme de détresse de Kreisler, dans les perturbations des relations d'objet et les troubles narcissiques.

Anorexie masculine et psychose.

Au cours des évolutions conceptuelles de l'anorexie mentale, plusieurs auteurs ont évoqué les liens avec la psychose.

Bruch (1977-1979) évoque comme trouble fondamental de l'anorexie un trouble de l'image du corps secondaire à des perturbations de la perception intéroceptive et envisage l'anorexie comme une forme particulière de schizophrénie.

Pour Selvini-Palazzoli (1982), l'anorexie est une forme de « psychose monosymptomatique » qualifiée de « paranoïa intrapersonnelle ».

Par la suite, les perspectives ont évolué, déplaçant le centre d'intérêt principal du conflit intra psychique à une pathologie de la conduite agie. Ainsi pour Brusset, l'anorexie ne renvoie pas à une organisation stable de la personnalité ou une structure définie, mais à un aménagement pervers d'une vulnérabilité liée au maintien d'une dépendance excessive aux objets externes. Ceci renvoie, comme nous le développerons par la suite à la vision de Jeammet qui place l'anorexie dans une dimension addictologique en lien avec des failles narcissiques.

La prévalence de la schizophrénie dans une population de patients présentant des troubles du comportement alimentaire varie mais reste inférieure à 10%. Les formes de schizophrénie les plus souvent rencontrées sont les formes hébéphréniques et indifférenciées. Bien souvent le diagnostic de schizophrénie est posé après celui de

trouble du comportement alimentaire, laissant à penser que dans ces cas l'anorexie mentale constitue un mode d'entrée dans la schizophrénie⁶⁰, ⁶¹.

Dans leur étude, chez des patients initialement admis pour trouble du comportement alimentaire, Woodside et Garner ont écarté ce diagnostic initial : pour 35% d'entre eux, le diagnostic principal a été requalifié en troubles affectifs (5,5%), troubles conversifs (5,5%), troubles phobiques (3,7%), troubles de personnalité (1,8%) et schizophrénie (3%). En comparaison avec un échantillon de patientes féminines, seules 10% avaient présenté un trouble du comportement alimentaire sous-tendu par une pathologie psychiatrique⁶².

Striegel-Moore retrouve une prévalence de schizophrénie de 35% chez les hommes présentant un trouble du comportement alimentaire. Ce résultat est à modérer par l'âge moyen élevé des patients de son étude (51 ans), peu représentatif des patients rencontrés en clinique⁶³.

En revanche, Burns et Crisp ont étudié l'évolution à huit ans de patients anorexiques masculins et n'ont relevé aucun cas d'évolution vers la psychose⁶⁴. Ces résultats sont corroborés par d'autres auteurs, comme Strober⁶⁵ qui ne met pas en évidence parmi les patients de son étude d'évolution vers la psychose.

Pour Chambry, la majorité des études concluent qu'il n'y a pas de lien entre l'anorexie masculine et les troubles psychotiques.

⁶⁰ JI Hudson, H. G Pope, et JM Jonas, « Psychosis in anorexia nervosa and boulimia », *British Journal of Psychiatry* 145 (1984).

⁶¹ C Foulon, « Schizophrénie et troubles du comportement alimentaire », *L'Encéphale* XXIX (2003).

⁶² Arnold E. Andersen, *Males With Eating Disorders* (Brunner-Mazel Inc, 1990)..

⁶³ Ruth H. Striegel-Moore et al., « Psychiatric Comorbidity of Eating Disorders in Men: A National Study of Hospitalized Veterans », *International Journal of Eating Disorders* 25, n° 4 (mai 4, 1999): 399-404.

⁶⁴ Arnold E. Andersen, *Males With Eating Disorders* (Brunner-Mazel Inc, 1990)..

⁶⁵ Michael Strober et al., « Are There Gender Differences in Core Symptoms, Temperament, and Short-term Prospective Outcome in Anorexia Nervosa? », *International Journal of Eating Disorders* 39, n° 7 (novembre 1, 2006): 570-575.

Toutefois, l'anorexie mentale n'est pas spécifique d'un type de structure de personnalité particulier et peut donc se retrouver chez des patients présentant une structure de personnalité de type psychotique. Comme nous le verrons plus loin dans notre exposé, on peut retrouver chez les sujets présentant une anorexie mentale une atteinte sévère du narcissisme, des angoisses archaïques, un repli, une pensée rigide avec des idées obsédantes pouvant prendre un aspect délirant. Dans ces cas graves, la question de structure psychotique est à envisager, sans pour autant exclure la possibilité d'un moment régressif, notamment en lien avec les différents enjeux de l'adolescence. En effet, il ne faut pas oublier qu'un épisode d'allure psychotique peut survenir dans un contexte de dénutrition sans présumer d'une structure psychotique. Deux vignettes cliniques vont nous permettre d'illustrer ces présentations cliniques frontières, et montrer que ce qui les sous-tend peut être bien différent.

Le premier cas clinique d'Abelkassem⁶⁶ concerne Paul, âgé de 26 ans, pour qui s'est posée la question de sa structure de personnalité. Paul est marié sans enfant, exerce la profession de pilote de transport ; il ne présente pas d'antécédent psychiatrique. La perte de poids a eu lieu suite à plusieurs réflexions désobligeantes sur son poids, Paul ayant pris quelques kilos lors d'un stage. Il débute alors un régime hypocalorique très restrictif. Ce sont ses collègues et les médecins du travail qui s'inquiètent de sa maigreur et l'adressent en hospitalisation. A son admission, son BMI est de 15,8, il présente une allure infantile, un contact adhésif, le discours est marqué par « la singularité des idées relatives à la nourriture et au métabolisme des aliments », « le schéma corporel est profondément perturbé », l'anxiété est importante. Durant l'hospitalisation, Paul présente une « hyperadaptation

⁶⁶ L Abdelkassem, E Mèle, et B Lahutte, « Plus léger que l'air: un cas d'anorexie masculine chez un pilote d'avion », *Nervure* 21, n° 2 (2008).

immédiate », « une tendance à l'hyperconformisme », « un vécu torturant d'insécurité affective ».

Les auteurs décrivent différents éléments atypiques chez le patient : sa pensée, sa conduite, son rapport au monde et aux autres, une bizarrerie et une discordance, qui vont les amener à évoquer une personnalité de type schizoïde. Le trouble du comportement alimentaire vient ici mettre en lumière une organisation de personnalité pathologique, il en est l'expression symptomatique à un moment où cette organisation est fragilisée et déstabilisée.

Dans le second cas clinique, Lopez⁶⁷ décrit la situation de Ali, jeune homme âgé de 22 ans lors de son admission en urgence pour prise en charge d'un état extrême de cachexie en lien avec une anorexie mentale. Au cours de son hospitalisation, le patient va présenter une désorganisation progressive, avec bizarrerie comportementale, tendance massive à la projection. L'équipe médicale décide l'introduction d'un traitement antipsychotique qui semble avoir un impact positif sur les symptômes, mais le patient demande sa sortie de manière anticipée. Il revient amaigri quelques semaines plus tard, présentant un discours « appauvri, rigidifié, (...) nivellement affectif, (...) les perceptions délirantes sur son corps déjà présentes auparavant se sont aggravées ». L'état du patient s'améliorera après avoir pu évoquer un conflit avec son père.

Dans ce cas clinique, les auteurs, loin d'évoquer un diagnostic définitif, considèrent durant ces temps d'hospitalisation la réalisation « d'un mouvement psychique régressif psychotique », « Exprimée d'abord directement dans le corps à travers un

⁶⁷ Sandra Lopez et Irène Nigolian, « Les yeux rivés vers le ciel. Ali, un cas d'anorexie mentale masculine », *Adolescence* 24, n° 2 (2006).

délire dysmorphophobique, la confusion identitaire va enfin être confrontée avec la représentation paternelle, son objet d'identification œdipienne ».

l) L'évolution.

Elle est globalement la même chez le garçon ou la fille anorexique. Pour Stoving et al, les résultats de prise en charge seraient meilleurs chez l'homme anorexique. De plus, le temps moyen entre le début des troubles et la rémission serait plus court : 3ans environ contre 7 ans chez la femme anorexique⁶⁸.

Schématiquement on retient trois types d'évolution possibles :

- 1) Favorable dans environ 30 à 50% des cas, avec rémission complète, soit un BMI > 17,5 et un retour des cycles menstruels chez la fille. La guérison est un processus lent, rarement inférieur à 4 ans.
- 2) Intermédiaire dans 20 à 35% des cas : 15 à 25% des anorexiques évoluent vers la chronicité (> 4 ans d'évolution). Dans ces formes intermédiaires on retrouve la persistance de conduites alimentaires perturbées, des difficultés d'adaptation sociales.
- 3) Défavorable dans 20 à 30% des cas, avec chronicisation. On retrouve alors de nombreux troubles associés : dépression, troubles anxieux, toxicomanies (alcool, cannabis), troubles de personnalité.

⁶⁸ René Klinkby Støving et al., « Gender differences in outcome of eating disorders: A retrospective cohort study », *Psychiatry Research* 186, n° 2-3 (avril 30, 2011): 362-366.

La mortalité représente l'évolution dans 5 à 10% des cas. Les décès sont liés à des complications somatiques (arrêt cardiaque notamment), ou par suicide (le risque est multiplié par 4 en comparaison à des adolescentes du même âge).

Les hommes anorexiques seraient moins à risque de faire une tentative de suicide que les femmes anorexiques. En revanche, il semblerait que le taux de mortalité soit supérieur chez les hommes. Les facteurs de risque de décès sont : un indice de masse corporel très bas et un âge élevé à l'admission, un milieu social pauvre, une anorexie de type restrictif pur⁶⁹.

Il existe une possibilité d'évolution de l'anorexie mentale restrictive pure vers une forme mixte avec association de vomissements. Les formes mixtes (anorexie et crises de boulimie) sont plus fréquentes avec l'anorexie masculine et peuvent concerner jusqu'à 50% des patients^{70, 71}. La lutte contre la faim peut connaître des défaillances avec des raptus consistant en des prises alimentaires paroxystiques. Les sentiments de culpabilité et de honte présents au décours de ces crises boulimiques peuvent trouver dans les vomissements (prises de laxatifs ou autres) un moyen de maintenir le contrôle pondéral.

⁶⁹ Juliette Gueguen MD, Nathalie Godart MD, et Jean Chambry MD, « Severe Anorexia Nervosa in Men: Comparison with Severe AN in Women and Analysis of Mortality », *The international journal of eating disorders* (2012).

⁷⁰ A.H Crisp, T Burns, et AV Bhat, « Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis », *Br J Med Psychol* 59 (1986).

⁷¹ Cliff W. Sharp et al., « Clinical Presentation of Anorexia Nervosa in Males: 24 New Cases », *International Journal of Eating Disorders* 15, n° 2 (février 13, 2006): 125-134.

m) Les facteurs pronostiques.

1) Chez l'anorexique féminine :

Les critères de gravité usuellement retenus sont :

- L'importance de la chute de poids ;
- La rapidité d'installation de l'amaigrissement ;
- La nature des carences d'apports (notamment protéiniques) ;
- Toutes les causes de déficience somatique associées.

Les facteurs pronostiques défavorables sont :

- Début des troubles avant 10 ans ou après 20 ans ;
- Absence de contexte et de facteur déclenchants ;
- Retard de la prise en charge thérapeutique effective ;
- Formes limites avec les états psychotiques ;
- Association avec des conduites boulimiques incoercibles et vomissements fréquents ;
- La persistance des conduites anorexiques pendant le traitement.

Pour Saccomani⁷², les variables les plus significatives pour l'évaluation du pronostic sont la qualité de l'insight et des relations.

⁷² L Saccomani et al., « Long term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: study of comorbidity », *J Psychosom Res* 44 (1998).

2) Chez l'anorexique masculin :

On retrouve les facteurs pronostiques suivants :

- Bon pronostic : capacité à aménager des investissements extra familiaux, engagement de la famille dans une thérapie familiale.
- Mauvais pronostic : âge élevé au moment du début des troubles, poids très bas au moment de la prise en charge, absence d'activité sexuelle avant la maladie, retrait des investissements sociaux, durée élevée de la maladie, absence ou pauvreté d'expression des affects dans la famille, relations familiales perturbées pendant l'enfance⁷³.

L'obésité pré-morbide constitue également un facteur de mauvais pronostic puisqu'elle est associée à une restriction alimentaire plus importante, des conduites de purges, une hyperactivité physique, et une perte de poids plus rapide que chez les autres patients⁷⁴.

⁷³ Arnold E. Andersen, *Males With Eating Disorders* (Brunner-Mazel Inc, 1990)..

⁷⁴ Carolyn Jasik, David Breland, et Sara Buckelew, « The Association of Pre-Morbid Obesity with Severity of Eating Disorder Presentation in Males », *Journal of Adolescent Health* 46, n° 2, Supplement 1 (février 2010): S51-S52.

3) Une pathologie de l'adolescence :

L'anorexie masculine, tout comme son équivalent féminin est une pathologie de l'adolescence. Il est donc important de cerner les enjeux de cette période de remaniements psychiques, avec notamment la question de l'autonomie/dépendance, et les remaniements physiques, avec les processus pubertaires. L'adolescence est un temps de régression, où le sujet va devoir se détacher de ses objets primaires d'attachement. Ceci opère une vulnérabilité, notamment sur un plan narcissique, chez l'adolescent, qui peut mettre à jour une problématique de dépendance et favoriser l'installation de troubles addictifs dont l'anorexie mentale.

A) L'importance des relations de la première enfance.

Lors de la première enfance s'opère le premier processus de séparation individuation. Celui-ci repose en grande partie sur l'intériorisation des bons objets (les soins maternels) qui permettent l'acquisition d'un sentiment de sécurité interne suffisant pour se détacher des objets primaires d'attachement (les parents).

« Pour être soi il faut accepter de dépendre des autres »⁷⁵ .

Pour se développer on a besoin de continuité et de différence. Très tôt l'enfant va avoir conscience de sa dépendance, du besoin de l'autre dans son développement, dans la construction de ses assises narcissiques (sécurité interne, Soi). Cette

⁷⁵ Philippe Jeammet, « Adolescence et dépendance. », *Psychotropes* 11, n° 3-4 (2005).

sécurité interne nécessite une adaptation de l'environnement aux besoins de l'enfant. Si on s'intéresse à la première enfance, on peut distinguer schématiquement trois différentes modalités dans l'établissement des premières relations.

- Si l'environnement s'adapte aux besoins de l'enfant (alimentation, bain sensoriel, bons soins), l'enfant sera en confiance. Cette confiance va progressivement permettre à l'enfant d'accepter l'attente des soins et par cette attente développer ses propres ressources (sucrer son pouce...). L'enfant sera à même de supporter l'absence de sa mère, la perte du contrôle proprioceptif de celle-ci, car grâce à l'intériorisation et l'acquisition d'une sécurité interne, le fonctionnement psychique se substitue aux personnes réelles.
- L'enfant à risque est celui qui devient dépendant de l'environnement perceptivomoteur (présence de sa mère, lumière allumée). Il a besoin de la présence réelle de sa mère pour assurer son équilibre interne et son sentiment de sécurité. Ce lien de dépendance peut être enrayé par la tiercité (le père par exemple) qui va permettre de redonner de la distance entre les attentes de l'enfant et les réponses de l'environnement.
- Dans une troisième situation, l'enfant lorsqu'il se retrouve seul remplace l'absence de recours interne ou externe par l'autostimulation de son corps. L'enfant carencé est celui qui n'a pas de mère à appeler et va devoir recourir à des activités motrices destructrices de son corps pour se sentir exister. Le contact à l'autre n'est que conflictuel car vécu comme une fusion mortelle.

Bowlby développe la théorie de l'attachement. Il existe un besoin primaire de relation. La dépendance peut être considérée comme un échec des processus d'attachement qui supposent une forme d'autonomie. La qualité des premières interactions de l'enfant avec son environnement, notamment avec ses premières figures d'attachement, et la manière dont elles sont intériorisées et contribuent à l'organisation de la personnalité déterminent la forme que prend le comportement d'attachement de l'adulte. Au cours des premières expériences relationnelles, l'enfant construit graduellement des attentes par rapport aux comportements des autres quand ils interagissent avec lui. La régularité des comportements des figures d'attachement permet d'organiser peu à peu ces attentes en « modèles opérants internes » (IWM). Bowlby a ainsi établi des typologies d'attachement :

- Secure-autonome
- Insécure évitant-détaché
- Insécure ambivalent-préoccupé.

L'expérience d'un entourage disponible et prévisible dans l'enfance procurerait à l'individu une sécurité lui permettant d'affronter les séparations et frustrations. En revanche, l'expérience de relations peu satisfaisantes avec un entourage peu disponible ou imprévisible risque d'entraîner chez l'enfant un retrait des affects voire des attitudes de dépendance relationnelle. Ces attitudes vont constituer pour l'enfant une protection contre l'angoisse de perte et séparation.

Pour Bowlby, la dépendance est un échec des processus d'attachement. Elle pourrait être le produit nécessaire de l'incapacité à élaborer l'angoisse de séparation. L'émergence des conduites de dépendance à l'adolescence est le deuxième acte

d'une problématique de construction identitaire initiée dans l'enfance, autour d'une phase d'union-construction et de séparation individuation.

La plupart des sujets souffrant d'un TCA présentent un attachement insecure, de type évitant-détaché (plus fréquent chez les anorexiques restrictives) ou ambivalent-préoccupé (plus fréquent lors d'un comportement boulimique). L'attachement insecure est considéré comme un facteur de risque non spécifique de développer un TCA, du fait de sa présence dans de nombreux troubles psychopathologiques.

B) L'adolescence, second processus de séparation individuation.

On empreinte ici la formule de Peter Blos⁷⁶. L'adolescence est un second processus d'individuation, le premier ayant lieu à la fin de la troisième année de vie, au moment où est atteinte la permanence de l'objet. A l'adolescence ont lieu l'installation de nouveaux mécanismes de régulation ainsi qu'une transformation des structures psychiques, en consonance avec la poussée maturative. A ces deux périodes peuvent apparaître en cas de dysfonctionnement des déviations psychopathologiques du développement caractérisées par un échec de l'individuation.

On constate un éclatement des liens de dépendance à la famille et le désengagement des liens objectaux infantiles. Pour Peter Blos, « c'est seulement avec la fin de l'adolescence que les représentations de soi et des objets acquièrent

⁷⁶ Maja Perret-Catipovic et François Ladame, *Adolescence et psychanalyse*, 1997.

une permanence et des limites stables, autrement dit deviennent capables de résister aux changements d'investissements ».

Par ailleurs, le surmoi œdipien va perdre de son pouvoir au profit de l'idéal du moi, instance narcissique, qui gagne en permanence et importance. Ceci va permettre de réguler l'équilibre narcissique au profit des ressources internes.

Lors du premier processus d'individuation, le petit enfant va acquérir son indépendance par l'internalisation des objets extérieurs, des bons soins maternels, et développer ainsi ses propres capacités régulatrices de l'homéostasie psychophysiologique. L'individuation à l'adolescence va, à l'inverse, passer par un désengagement émotionnel des objets infantiles internalisés, et partir à la recherche d'objets extérieurs d'amour et de haine. Le Moi de l'adolescent va se trouver affaibli, d'une part par l'augmentation des forces pulsionnelles, d'autre part par le renoncement au soutien représenté par le Moi parental. Les transformations du Moi vont donc apparaître parallèlement à la maturation pulsionnelle, afin d'aboutir à une métamorphose structurelle.

L'adolescence est la seule période de la vie humaine au cours de laquelle la régression moïque et pulsionnelle est un passage obligé du développement normal. La régression spécifique à cette phase fragilise, entraîne un état extrême d'inconsistance psychique pouvant provoquer des comportements désadaptés.

Ces états régressifs se reconnaissent dans le recours au « langage d'action », et plus encore au « langage du corps », c'est-à-dire à la somatisation des affects, pulsions et conflits. On retrouve également cette régression dans l'admiration sans borne, essentiellement pour les stars, qui rappelle l'idéalisation des parents de la

prime enfance. Enfin, les états infantiles du Moi se reconnaissent aussi dans les états affectifs proches de la fusion.

La distinction entre régression normale et pathologique se verra lorsque celle-ci conduira à un état d'indifférenciation consommée, faisant obstacle à l'individuation et à toute maturation pulsionnelle et moïque.

Pendant l'adolescence, la libido objectale retirée des objets internes comme des objets externes est transformée en libido narcissique et défléchie sur le self.

L'adolescence voit se conjoindre deux grandes lignes de développement de la personnalité :

- L'intériorisation, qui se nourrit de l'interaction avec l'environnement, en premier lieu les parents, et va aboutir à la constitution d'un monde fantasmatique et des objets internes. Elle va permettre l'identification.
- La différenciation et la subjectivation, par lesquelles le sujet s'affirme et développe le sentiment de sa continuité et ce qui le différencie des autres. C'est l'axe de l'autonomie et du narcissisme.

C) Adolescence et dépendance.

Tout ce qui confronte le sujet à la séparation et au sentiment de sa vulnérabilité interne peut favoriser l'émergence de conduites addictives et notamment de TCA au cours de la vie.

L'adolescence⁷⁷ constitue un de ces moments de fragilité.

Le processus de l'adolescence est lié aux transformations physiques de la puberté, donnant au corps une place centrale à cette période. L'adolescent est impuissant face aux transformations de son corps, réalités qu'il subit. Le corps devient étranger. Le corps est un élément essentiel de l'identité, de la spécificité de l'individu, il fait partie de l'intime tout en demeurant étranger et extérieur. L'adolescent éprouvera un besoin de réappropriation du corps, par exemple par les marques (tatouage, modes, piercing...), qui vont permettre de signer une rupture avec l'enfance.

Corcos et Jeammet⁷⁸ développent l'idée d'une « clinique de la dépendance » qui viendrait alors « comme une défense contre une dépendance affective perçue (...) comme une menace de l'identité du sujet et une aliénation à ses objets d'attachement ». Le sujet tenterait « de substituer à ses liens affectifs relationnels vécus comme menaçant car nécessaires, des liens de maîtrise et d'emprise ». La conduite addictive a une fonction de contrôle de la distance relationnelle. La pratique de cette conduite relationnelle permet de retrouver un lien de dépendance qu'il entretenait avec ses objets privilégiés d'attachement, mais peut ignorer la nature de

⁷⁷ Éric Pierre Toubiana (sous la direction de), *Addictologie clinique*, 1^{er} éd. (Presses Universitaires de France - PUF, 2011).

⁷⁸ Maurice Corcos et Philippe Jeammet, « Conduites de dépendance à l'adolescence, aspects étiopathogéniques et cliniques. », *Encycl Med Chir, Psychiatrie* 37-216-G-30 (2000).

ce lien, derrière le fantasme d'une maîtrise de ce néo-objet convoqué à loisir. Le comportement est investi à des fins de substitut relationnel, il est support du sentiment de continuité d'être, garant de l'identité du sujet, source de mobilisation de ses désirs.

L'adolescence illustre la mise à l'épreuve des limites du Moi et combien l'insécurité interne et une trop grande vulnérabilité du Moi rendent nécessaires l'étayage sur la réalité externe pour éviter la désorganisation qui menace.

Marcelli⁷⁹ propose l'hypothèse que « l'adolescence constitue un révélateur spécifique de la problématique de la dépendance ».

On sait que l'adolescence est souvent le moment d'apparition des conduites addictives quel qu'en soit l'objet, avec deux pics : à 13/14 ans, temps d'émergence de la puberté et 18/19 ans, temps où a souvent lieu l'entrée en faculté dans nos pays occidentaux.

L'adolescence met en tension les liens de dépendance entre le sujet adolescent et ses objets d'identification primaires (ses parents la plupart du temps) et est un révélateur des failles narcissiques et fragilités identificatoires. Cela nous renvoie aux liens d'attachement précoces et particulièrement à l'interaction mère bébé.

A l'adolescence le sujet se retrouve face à la nécessité de se détacher de ses objets œdipiens pour investir d'autres objets, « la faim d'objets » décrite par P Blos. Une assise narcissique suffisante avec des identifications primaires intériorisées permet ce détachement dans un climat sécurisant. En revanche, une assise narcissique défaillante va placer l'adolescent face à une menace de désorganisation. Face à

⁷⁹ Daniel Marcelli, « Du lien précoce au lien d'addiction, quelques hypothèses sur les racines de la dépendance à l'adolescence. », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, n° 7 (juil 1994).

cette « faim d'objet », l'adolescent peut choisir de remplacer l'objet affectif par un objet concret (alcool, drogue, aliment...). Dans ce lien avec l'objet concret, perçu comme moins menaçant il va avoir une illusion de maîtrise. Les défaillances narcissiques ne vont pas permettre à l'objet du désir de s'individualiser de l'objet du besoin et vont s'accompagner d'un maintien dans le registre des sensations.

Si l'adolescence est une condition d'émergence des conduites addictives, les défaillances narcissiques représentent probablement une condition du maintien de ces conduites, et le besoin de sensations une condition à l'escalade dans l'addiction.

D) L'adolescent au sein d'une problématique familiale⁸⁰.

Par ailleurs au niveau familial on constate un affaiblissement des interdits et des limites, un évitement des conflits au profit d'un consensus social. Les différences entre générations sont gommées, les enfants sont parentifiés, les vies privées partagées par volonté de transparence, créant une complicité aux limites de l'incestuel. Les relations sont investies sur un plan narcissique, chacun attend beaucoup de l'autre.

« La réalité sociale peut mettre en échec et rendre inopérants des mécanismes de défense jusque-là protecteurs (refoulement, déplacement...) et en favoriser d'autres

⁸⁰ Philippe Jeammet et Maurice Corcos, *Evolution des problématiques à l'adolescence*: L'émergence de la dépendance et ses aménagements, 2e éd. (Doin Editions, 2005).

(clivage, déni...)»⁸¹ ». La société attribue une importance croissante à la valorisation narcissique au détriment de la relation à l'autre.

Pour Jeammet et Corcos : « Les conduites à risque et de dépendance s'observent électivement dans les familles où le vide identificatoire par manque d'épaisseur et de continuité, c'est-à-dire de densité, est présent. Il en est de même dans celles où existe un excès de contrainte qui impose des identifications inacceptables. Dans les deux cas, le système familial donne à l'extérieur une place prédominante, favorisant l'idéalisation de stéréotypes socioculturels, court-circuitant les conflits identificatoires nécessaires à la construction du sujet. Mais de fait, les constructions socioculturelles, à défaut d'être incarnées et donc source de créativité, fournissent un plaquage pseudo identitaire, homogénéisateur plus que différenciateur, à l'image de ce que sera le symptôme agi »⁸².

Chez ces adolescents aux prises avec des conduites addictives, et notamment ceux présentant des troubles des conduites alimentaires, on retrouve le besoin d'interposer du sensoriel entre lui-même et l'autre. L'adolescent cherche un moyen de reprendre le contrôle face à ses débordements internes. Il s'agit pour lui d'exercer une emprise sur l'objet externe ou l'objet addictif dans un mouvement de délibidinisation croissante : à cet objet initialement idéalisé, il va retirer son caractère charnel et pulsionnel, puis le déshumaniser progressivement et le transformer en un objet matériel, contrôlable mais ayant perdu tout caractère vivant.

La pratique active et répétée de cette conduite comportementale lui permet de retrouver un lien rappelant celui qu'il entretenait avec ses objets d'attachement

⁸¹ Maurice Corcos et Philippe Jeammet, « Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence: la force et le sens. », *Psychotropes* 12 (2006).

⁸² Ibid.

privilegiés, c'est-à-dire un lien de dépendance qui venant révéler en miroir celui qui le reliait à ses objets internes et à leurs représentants externes.

La dimension perverse de ce comportement se retrouve dans l'utilisation qu'en fait le sujet à des fins de substitut objectal. Il y a un déni de l'altérité de l'objet investi. Le lien objectal se réduit à un lien de contact, qui garantit la présence de l'objet tout en le maintenant à l'extérieur, sauvegardant ainsi les limites et l'identité.

Les conduites addictives deviennent la « voie finale commune de décharge de toutes les excitations » comme l'a qualifié Brusset en 1990. Le comportement addictif a une double valeur objectale et narcissique. Il est objet primitif et archaïque à disposition du sujet dans une relation d'emprise réciproque et en même temps a valeur de pare excitation et fonction stabilisatrice dans l'équilibre psychique du sujet. Les conduites addictives peuvent être considérées comme une modalité d'extériorisation des contenus internes qui trouvent ainsi un mode de figuration et une voie d'expression.

En conclusion, « certaines conduites addictives tiennent lieu d'identité de compensation face à un vide identificatoire et installent un néo-système de régulation du relationnel avec une source de jouissance perverse qui fixe le sujet à ses objets infantiles ».

4) Abords théoriques de l'anorexie mentale :

La conception actuelle de l'anorexie mentale rejoint le modèle de Caillé (1988)⁸³, qui relève trois niveaux fondamentaux impliqués dans l'anorexie mentale :

- Socio-culturel : l'anorexie mentale va constituer un refus de ce qui représente symboliquement le bien de consommation le plus important, la nourriture, et l'adhésion aux idéaux de beauté féminins.
- Familial : le comportement alimentaire va permettre d'introduire du conflit dans un contexte familial où la différenciation est difficile.
- Individuel : l'anorexie représente un acte d'autonomisation et d'individuation.

A travers ces trois niveaux, le corps va être le langage par lequel le symptôme s'exprime⁸⁴.

A) Approche neurocognitive.

- Damasio⁸⁵ avait avancé « l'hypothèse de marqueurs somatiques » qui agiraient comme signaux d'alarme de l'état somatique, émis par le corps sous forme d'une perception avant même que les processus de pensée interviennent.

⁸³ P Caillé, « Il disordine del comportamento alimentare come "doppio-messaggio" », in *Famiglia e Malattia Psicomatica: l'orientamento Sistemico*, 1988.

⁸⁴ C. Bercé, A. Vinay, et E. Nicot, « Quand l'anorexie n'est plus seulement féminine », *Pratiques Psychologiques* 15, n° 1 (mars 2009): 121-136.

⁸⁵ AR Damasio, *L'erreur de Descartes*, Odile Jacob. (Paris, 1995).

Les techniques de neuro imagerie ont permis de décrire et localiser les représentations d'un « soi viscéral » intégrées par l'intermédiaire du complexe insula-cortex orbito-frontal cortex cingulaire antérieur, qui seraient impliquées dans la conscience du soi et la conscience des émotions^{86, 87}.

Dans l'anorexie mentale, tout se passe comme si « le soi viscéral » subissait une distorsion, comme si les perceptions du monde extérieur, comme celles du monde interne ne pouvaient être représentées⁸⁸.

- Certains auteurs se sont intéressés au rôle d'un dysfonctionnement cérébral qui expliquerait les troubles de l'image du corps.

Certaines études ont comparé l' « image du corps » (limitée dans cette approche à la silhouette du corps anatomique) chez des patientes souffrant de TCA, notamment d'anorexie mentale, avec l' « image du corps » dans la population générale. Les résultats montrent un biais de surestimation du poids et de la silhouette plus important chez les patientes anorexiques qu'en population générale. L'estimation s'appuyait sur des échelles d'autoévaluation de type « contour drawing scale » ou « visual analogue scale »^{89, 90}.

⁸⁶ HD Critchley et al., « Neural systems supporting interoceptive awareness », *Nat Neurosci* 7, n° 2 (2004).

⁸⁷ AD Craig, « How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body », *Nat Rev Neurosci* 3, n° 8 (2002).

⁸⁸ F. Askenazy et al., « Vers une nouvelle approche clinique de l'anorexie mentale », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 60, n° 2 (mars 2012): 120-125.

⁸⁹ TE Cash et EA Deagle, « The nature and extend of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis », *International Journal of Eating Disorders* 22 (1997).

⁹⁰ S Skrzypek, PM Wehmeier, et H Remschmidt, « Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia. A brief review. », *Eur Child Adolesc Psychiatry* 29 (2001).

B) Approche cognitivo-comportementale.

Trois dysfonctionnements cognitifs centrés sur l'image du corps sont relevés⁹¹ :

- Perturbation de l'image du corps ;
- Peur de prendre du poids ;
- Préoccupation importante pour la forme corporelle.

On relève initialement une phase comportementale avec la restriction alimentaire comme stratégie de contrôle du corps. Cette restriction s'accompagne d'une sensation de faim et d'une baisse d'énergie. Des sentiments anxieux vont suivre, notamment la crainte de perdre le contrôle sur l'alimentation. Pour conforter le contrôle sur la restriction alimentaire, le sujet va mettre en place des conduites d'évitement de l'alimentation qui vont avoir pour effet de diminuer le niveau d'anxiété et l'appétit, ceci formant un cercle vicieux⁹².

Les pensées automatiques irrationnelles freinent les processus de changement de leurs habitudes alimentaires et de leur mode de vie. Ces cognitions se rapportent à la minceur ou à l'apparence physique vécues comme des critères exclusifs de la valeur personnelle, à l'ingestion de nourriture qui se traduirait immédiatement par des difformités corporelles, à des préoccupations obsédantes sur des parties électives du corps (fesses, seins, cuisses, hanches ou ventre), à l'estime de soi exclusivement dépendante de la maîtrise du poids, celle de l'alimentation ou de l'endurance physique ou encore à l'importance exagérée du regard des autres... Ces erreurs de raisonnement sont dominées par un mode de pensée rigide marqué par des règles

⁹¹ Samuel-Lajeunesse et /Mirabe, *Manuel de thérapie comportementale et cognitive* (Dunod, 1998).

⁹² H Chabrol, *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*, PUF., 2005.

inflexibles, procédant soit d'obligations excessives, soit d'une pensée fonctionnant sur le mode du tout ou rien, ignorant les nuances et les compromis⁹³.

C) Psychodynamique : évolution des conceptions, du modèle hystérique à une pathologie du lien.

On⁹⁴ est passé, d'après Jeammet, d'un modèle névrotique de type hystérique à une atteinte des assises narcissiques et une pathologie sévère du Moi. L'anorexie est à comprendre sous l'angle des modalités d'investissement des relations objectales, le symptôme constitue un substitut objectal. Pour C. Chabert, on retrouve au Rorschach « une impression de sécheresse et pauvreté fantasmatique, dont la créativité est absente, alors que le TAT, d'allure labile, est dominée par une fascination narcissique et un retrait des investissements objectaux ».

Il y a eu une évolution dans les conceptions psychopathologiques des TCA⁹⁵.

Les premiers psychanalystes avaient une vision névrotique de l'anorexie mentale, avec un modèle proche de l'hystérie.

La nature du conflit pulsionnel et les représentations fantasmatiques qu'il générerait étaient considérés comme étant à l'origine du symptôme, constituant une issue au conflit.

⁹³ V Dodin et JL Nandrino, « Cognitive processing of anorexic patients in recognition tasks: an event-related potentials study », *International Journal of Eating Disorders* 33, n° 3 (2003).

⁹⁴ I. Orgiazzi/Billon-Galland et M. Chappaz, « Anorexies féminine et masculine : comparaison », *Cahiers de psychologie clinique* 18, n° 1 (2002): 139.

⁹⁵ M. Corcos, F. Atger, et Ph. Jeammet, « Évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 161, n° 8 (octobre 2003): 621-629.

On rattachait à l'oralité : le refus de manger (comme un désir et une peur liés à des fantasmes inconscients d'incorporation orale du pénis paternel et de fécondation orale), la phobie de grossir (refoulement et contre investissement d'un désir de grossesse incestueuse), l'avidité relationnelle et les accès boulimiques.

A l'analité étaient rattachés : les rites alimentaires, les pensées obsédantes, les conduites de vérification, la fécalisation des aliments, du corps, le surinvestissement de la maîtrise des besoins physiologiques. Les vomissements venaient condenser ces deux aspects.

Au cours des dernières décennies la problématique s'est tournée vers la construction identitaire psychique et corporelle du sujet. Le symposium de Göttinger sous la direction de J.E. Meyer et H. Feldman en 1965 fait de l'anorexie mentale une structure spécifique et situe le conflit essentiel au niveau du corps. La finalité du symptôme est de répondre aux failles d'ordre psychotique du Moi par la tentative de rétablissement de l'unité mère-enfant.

Plusieurs auteurs ont contribué à cette évolution conceptuelle.

Bruch (1977-1979) évoque comme trouble fondamental de l'anorexie un trouble de l'image du corps secondaire à des perturbations de la perception intéroceptive et envisage l'anorexie comme une forme particulière de schizophrénie.

Pour Kestenberg (1972), dans l'anorexie on assiste à une régression qui ne rencontre aucun point de fixation, et cette régression s'arrête aux précurseurs de la relation avec l'objet et à l'origine du Moi.

Actuellement, les TCA sont rattachés à une pathologie du lien (entre le sujet et son environnement), et une pathologie de l'incorporation et des assises narcissiques

mettant en échec les processus d'individuation. Le symptôme est un moyen de répondre aux failles de l'organisation psychique.

Pour Jeammet (1998), avec les TCA on est dans le registre de la dépendance et de ses aménagements, où la réalité perceptivomotrice est contre investie au détriment de la réalité interne défaillante et menaçante. Il y a dépendance quand cette modalité d'investissement de la réalité externe devient dominante et contraignante. Il n'y a pas de structure psychique spécifique rattachée à cette modalité de fonctionnement. La question de la maîtrise du lien et du contrôle de la distance aux objets devient centrale et passe par ce surinvestissement de la réalité perceptivomotrice entraînant une dépendance aux objets extérieurs. C'est cet accroissement potentiel à la dépendance aux objets externes et leur importance pour assurer cet équilibre interne qui rend cette relation si difficile à aménager et ces objets si intolérables.

Ceci traduit une problématique narcissique commune. La conduite anorexique, de par son rôle, sa place et sa fonction, est considérée « en tant que défense contre des affects dépressifs non structurés, pressentis dangereux, et en tant qu'élément permettant d'accéder à une jouissance solitaire plus ou moins masquée, ou élément permettant une autostimulation face à un sentiment de vide désorganisateur »⁹⁶.

⁹⁶ Ibid.

D) Psychosomatique.

L'anorexie mentale est considérée par certains auteurs comme une entité psychosomatique. L'unité psychosomatique dans sa globalité est atteinte. L'amaigrissement n'est pas un symptôme du corps imaginaire mais bien du corps réel. Symptômes psychiques et physiques s'associent et interagissent les uns sur les autres.

Les difficultés associatives, la pauvreté des capacités d'élaboration, caractérisent le fonctionnement « opératoire » ou « alexithymique » décrits chez les patients anorexiques.

Etymologiquement, « alexithymie » désigne « l'incapacité à exprimer ses émotions par des mots », et définit un ensemble de caractéristiques affectives observées chez certains patients. Ce défaut d'expression émotionnelle serait à l'origine de nombreux troubles somatiques et psychiques dont l'anorexie mentale. Les personnes alexithymiques seraient caractérisées par une disponibilité affective réduite ou sélective et par un défaut ou un dysfonctionnement relationnel primaire. Ils seraient obligés de recourir à des stratégies alternatives inefficaces et improductives pour réguler leurs expériences affectives douloureuses^{97, 98}.

⁹⁷ P.E Sifneos, « The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients », *Psychotherapy and psychosomatics* 22 (1973).

⁹⁸ M Corcos et M Speranza, *Psychopathologie de l'alexithymie*, Ed Dunod. (Paris, 2003).

Des études ont été menées chez les sujets anorexiques comme chez leurs parents. Celles-ci retrouvent des taux élevés d'alexithymie : entre 56 et 69% chez les sujets anorexiques restrictifs⁹⁹.

Pour Corcos, l'origine de cette solution psychosomatique est à rechercher du côté d'un dysfonctionnement des relations précoces entre l'enfant et son environnement. Il décrit une défaillance du féminin et du maternel chez les mères de ces patients lorsqu'elles s'occupent de leur enfant. Ces dysfonctionnements vont générer une discontinuité de présence physique et psychique. Les excitations pulsionnelles et les éprouvés corporels ne vont pouvoir être liés et contenus, ni aboutir à une représentation chez l'enfant. Il y a alors constitution d'une alexithymie primaire, ce mode d'organisation correspondant à une traduction de modalités fantasmatiques corporelles particulières¹⁰⁰.

E) Systémique/ familial¹⁰¹.

Deux auteurs ont proposé des modèles étiologiques systémiques concernant les familles de patientes anorexiques : Minuchin aux Etats Unis (1978) et Selvini-Palazzoli en Italie (1978).

⁹⁹ MP Bourke et al., « Alexithymia in women with anorexia », *British Journal of Psychiatry* 161 (1992).

¹⁰⁰ Maurice Corcos, *Le corps absent* : Approche psychosomatique des troubles de conduites alimentaires, 2e éd. (Dunod, 2009).

¹⁰¹ Cook-Darzens, *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique* (Dunod, 2002).

1) Approche structurale de Minuchin :

Il a développé une théorie de « la famille psychosomatique » : des dysfonctionnements familiaux peuvent déclencher ou maintenir la somatisation chez l'enfant physiologiquement vulnérable. Le symptôme de cet enfant malade contribuera au maintien de ces dysfonctionnements.

Dans le fonctionnement de ces familles on retrouve :

- L'enchevêtrement : c'est un fonctionnement qui est présent sur plusieurs générations. Il est marqué par une très grande proximité et intensité relationnelle, une mauvaise différenciation interpersonnelle, les frontières entre les différents sous-systèmes familiaux (parents/enfants, homme/femme, membre individuel/famille) sont floues et fragiles.
- La rigidité : les forces d'homéostasie ou non-changement dominant, les conflits sont niés ou évités. Ces familles sont pathologiques quant à leur capacité d'adaptabilité aux stress externe ou interne qui nécessiteraient un changement, elles maintiennent leurs transactions habituelles.
- La surprotection : chaque membre de la famille porte une attention excessive au bien être de l'autre. Cette protection mutuelle gêne l'autonomisation de la patiente mais ses symptômes bloquent également tout changement familial.

- L'absence de résolution des conflits : le consensus et l'harmonie sont privilégiés. Les problèmes restent non résolus, tout conflit est dissipé avant de devenir aigu.
- La triangulation : concerne l'implication de l'enfant malade dans le conflit parental.

Les objectifs de la thérapie familiale seront d'interrompre les processus dysfonctionnels qui renforcent ou maintiennent les symptômes et modifier en profondeur l'organisation familiale afin d'éviter l'émergence de nouveaux porteurs de symptômes.

2) Approche systémique de Selvini-Palazzoli :

Ce modèle insiste sur les processus de communication intra familiale, l'anorexie y a une valeur adaptative à un type de famille. On retrouve :

- Une cohésion familiale très forte, le groupe familial prime sur l'individu.
- Valorisation du sacrifice de soi.
- Recherche du conformisme, contrôle pulsionnel et répression des émotions et attitudes négatives menaçantes pour l'équilibre familial.
- Sentiment de justice.
- Dysfonctionnement conjugal et stabilité du couple.

La prise en charge en thérapie familiale va utiliser la circularité et le paradoxe afin d'éclairer sur la fonction du symptôme anorexique dans ce système familial.

Au cours des dernières décennies, des études ont tenté de vérifier les modèles psychosomatiques de causalité familiales. Les résultats ne retrouvent pas de présence systématique de perturbations familiales, ni lorsque des perturbations familiales sont présentes, l'existence d'un profil type de famille. En dehors de ce stéréotype de la famille psychosomatique, on retrouve toutefois plus de perturbations et de détresse dans les familles anorexiques que les familles cliniques.

Actuellement, les nouveaux modèles concernent une approche biopsychosociale du sujet (Engel 1977). Ils proposent un modèle pluraliste et plus nuancé dans lequel la famille n'est qu'un facteur.

F) Addictologique.

Aujourd'hui, l'anorexie mentale est décrite comme appartenant au registre des addictions, s'agissant d'une addiction comportementale ou toxicomanie sans drogue. On retrouve des caractéristiques cliniques et un fonctionnement psychique communs chez les sujets anorexiques et toxicomanes. Les patients anorexiques sont de plus en plus souvent pris en charge dans des structures de soins d'addictologie.

Comme nous l'avons vu précédemment, la dimension addictive est particulièrement présente chez l'anorexique masculin : dans l'histoire familiale, avec la fréquence des antécédents familiaux d'addictions, au niveau individuel, la toxicomanie pouvant être soit une comorbidité, ou s'exprimer dans la clinique avec la fréquence des formes mixtes, où les vomissements matérialisent une addiction comportementale.

a) Extension de la notion d'addiction.

Initialement, le terme de dépendance était intimement lié à celui de pharmacodépendance, incluant dans sa définition une dépendance psychique (besoin irrésistible de consommer le toxique de manière répétée et sensation de malaise si la consommation est interrompue) et une dépendance physique (consommation régulière et quotidienne d'une substance, tolérance, syndrome de sevrage lors de l'interruption du produit).

La notion d'addiction comportementale est introduite avec la définition des addictions de Goodman en 1990. En¹⁰² se basant sur les travaux de Peele et les approches cognitivo-comportementales, Goodman va définir l'addiction comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir comme fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit de conséquences négatives ». Il va ainsi proposer les critères de l'addiction suivants, inspirés du DSM IV :

A) Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.

B) Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement.

C) Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement.

D) Sentiment de perte ou de contrôle pendant la réalisation du comportement.

E) Au moins 5 des items suivants :

1) Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation

¹⁰² X. Laqueille et K. Liot, « Addiction: définitions et principes thérapeutiques. », *L'information psychiatrique* 85 (2009).

- 2) *Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée*
 - 3) *Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement*
 - 4) *Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets*
 - 5) *Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies*
 - 6) *D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement*
 - 7) *Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement*
 - 8) *Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité*
 - 9) *Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi*
- F) *Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.*

Ce qui signe l'addiction, ce n'est pas le produit en lui-même mais l'utilisation que le sujet en fait.

La présence de signes physiques n'est plus imposée, les diagnostics actuels reposant davantage sur la présence d'assuétude et de manque. L'addiction se caractérise donc par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement qui est poursuivi en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ce

comportement vise à produire du plaisir ou écarter une sensation de malaise interne. Les caractéristiques du syndrome de dépendance et celui de syndrome addictif sont très proches, ce qui amène à rapprocher les termes d'addiction et dépendance, le terme d'addiction permettant d'élargir le concept de dépendance aux substances aux toxicomanies sans drogue ou addictions comportementales telles que le jeu pathologique, la kleptomanie, les addictions au sexe, et les troubles du comportement alimentaire. Ceci a permis d'étendre la notion d'addiction aux dépendances comportementales.

b) Les addictions comportementales.

Les addictions comportementales sont également désignées comme toxicomanies sans drogue¹⁰³. Elles peuvent être définies par les caractéristiques suivantes (Marks¹⁰⁴) :

- Désir de s'engager dans une séquence comportementale potentiellement dangereuse (envie irrésistible ou craving).
- Tension croissante jusqu'à ce que la séquence comportementale soit terminée.
- La fin du comportement de jeu réduit, de façon temporaire, la tension.
- L'envie, le désir ou la tension, réapparaissent quelques heures, jours ou semaines plus tard (=syndrome de sevrage).
- Existence de facteurs déclenchants externes.

¹⁰³ Marc Valleur, « Les addictions sans drogue et les conduites ordaliques. », *L'information psychiatrique* 81 (2005).

¹⁰⁴ I Marks, « Behavioural (non-chemical) addictions. », *Br J Addiction*, n° 85 (1990).

- Facteurs déclenchants ou conditionnants internes (tristesse, ennui).
- Tonalité hédonique des premiers temps de l'addiction.

c) Pertinence de ce regroupement.

Le regroupement des toxicomanies avec et sans drogue dans le cadre nosologique des addictions est encore aujourd'hui sujet à débat. En effet, cette classification nosographique présente des limites¹⁰⁵ :

- Les dépendances comportementales regroupent des entités hétérogènes et disparates dont les conséquences sont différentes.
- Il n'existe pas de facteur biologique spécifique de ces dépendances comportementales.
- Les limites de ce cadre nosographique sont arbitraires, reposent sur des modélisations et prises de position théoriques et posent problème de par leur extensivité. La liste des dépendances comportementales n'est donc ni exhaustive ni définitive, avec un risque de dérapage nosographique.

Toutefois, la pertinence du regroupement sous le registre des addictions des dépendances comportementales et des dépendances aux substances psychoactives repose sur un faisceau d'arguments.

En premier lieu, des arguments cliniques¹⁰⁶, le début des troubles à l'adolescence avec réactivation d'évènements de l'enfance, la compulsivité avec obsessions

¹⁰⁵ J Adès et M Lejoyeux, « Dépendances comportementales: achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendance au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosif intermittent, trichotillomanie. », *EMC*, n° 37-3966-A-20 (1999).

idéatives concernant l'objet et la conduite addictive, la répétition d'une conduite supposée par le sujet prévisible, maîtrisable, s'opposant à l'incertitude des rapports de désir, substitution à la dépendance à l'objet humain d'une dépendance à un objet inanimé, disponible et manipulable, la présence d'une tension émotionnelle avant l'acte, euphorie durant l'acte, regret et culpabilité après l'acte avec une tendance à l'augmentation de la fréquence et intensité de ces comportements, conduisant à une perte de contrôle, dépressivité et lutte antidépressive lors des intervalles, apparition de signes de manque en l'absence de ces comportements, maintien masochique de la conduite malgré les effets du manque et les conséquences délétères psychologiques, biologiques et sociales.

Des arguments neurobiologiques, avec en la voie finale commune dopaminergique.

Au niveau psychopathologique, on retrouve fréquemment les traits de personnalité suivants : alexithymie, recherche de sensations, impulsivité. De plus, les sujets addicts présentent des failles précoces dans le développement psycho affectif, avec une discontinuité des relations affectives précoces.

Enfin, on observe souvent un passage d'une addiction à l'autre, voire des polyaddictions ; la trajectoire psychosociale des sujets est la même; les propositions thérapeutiques ont des liens de parenté avec notamment la prise en charge du sevrage.

¹⁰⁶ Alain Dervaux et Valot Laurent, « Les addictions sans drogues. », *Perspectives psy* 47, n° 1 (2008).

d) Et les TCA ?

G. Szmukler et D. Tantan¹⁰⁷ ont suggéré que l'anorexie mentale est un trouble de la dépendance avec une addiction au jeûne et, qu'en comparaison avec l'alcoolodépendance il existe une tolérance avec nécessité d'augmenter « les doses » de jeûne pour maintenir une satisfaction psychique identique.

Le concept d'addiction alimentaire en comparaison à celui d'addiction à une substance psychoactive montre un certain nombre de caractéristiques communes. En premier lieu l'accoutumance, accoutumance au jeûne chez l'anorexique, qui lorsqu'il est prolongé s'accompagne d'une perte d'appétit, accoutumance aux vomissements chez le sujet boulimique. La notion de dépendance, ici psychique, puisque le bien être des sujets présentant un TCA va dépendre du jeûne, de la minceur, des sensations de vide ou remplissage.

Pour Corcos¹⁰⁸, les conduites de dépendance, quel que soit l'objet d'addiction, peuvent être vues comme l'expression d'une vulnérabilité de certains sujets liée à des aspects tant neurobiologiques, psychopathologiques, que culturels et sociaux. Cette vulnérabilité les amène à adopter des conduites aux effets pathogènes car elles s'auto-renforcent et réorganisent la personnalité autour d'elle.

Dans cette optique, les TCA appartiennent bien au domaine de la pathologie addictive, d'autant que la structure psychopathologique sous-jacente à ces troubles est voisine de celle des autres addictions, et que l'évolution vers d'autres addictions toxiques y est notable.

¹⁰⁷ O Daouk et G Massé, « Addictions-Nouvelles addictions-Troubles addictifs. », *J. Readapt. Med* 22, n° 4 (2002).

¹⁰⁸ Maurice Corcos, « Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires », *Dialogue* 169, n° 3 (2005): 97.

e) En conclusion...

Nous avons donc vu le passage d'approches centrées sur les produits à des approches centrées sur les conduites des sujets. Cependant les addictions comportementales font toujours l'objet de controverses, où on retrouve les débats qui opposent les approches biomédicales aux approches psychosociales. Il se pose en matière de toxicomanie sans drogue, la question des déterminants sociologiques et culturels des troubles autant que de leurs assises biologiques. Ici les repères nécessaires sont d'abord descriptifs, phénoménologiques et ne doivent pas être subordonnés aux découvertes de fondements biologiques démontrés¹⁰⁹.

Les addictions, notamment les toxicomanies sans drogue, sont parmi les conduites qui concernent la psychopathologie celles qui interrogent particulièrement sur les frontières entre le normal et le pathologique. Leur situation clé au carrefour du besoin et du désir leur confère une position centrale quant aux interrogations sur les conduites humaines. Elles traduisent cette potentialité humaine à se libérer pour partie des contraintes biologiques et instinctuelles, à détourner de leur finalité naturelle certaines fonctions physiologiques (faim, soif, sexualité...) ¹¹⁰.

Le regroupement des différentes dépendances sous le spectre des « nouvelles addictions » a permis de se dégager du poids des effets biologiques propres aux différents produits, pour s'interroger sur la fonction de ces conduites dans l'équilibre psychique du sujet.

¹⁰⁹ Marc Valleur et Dan Velea, « Les addictions sans drogue(s). », *Revue toxibase*, n° 6 (juin 2002).

¹¹⁰ Eric-Pierre Toubiana, *Addictologie clinique.*, PUF, 2011.

Appliquer la notion de dépendance comportementale à un ensemble de pathologies aux définitions et aux critères diagnostiques parfois imprécis permet de proposer un modèle descriptif et psychopathologique commun. On retrouve l'accomplissement répété et obligatoire d'une séquence comportementale précise, qui va altérer de manière significative la vie familiale, sociale ou professionnelle.

G) Approche socioculturelle¹¹¹.

L'anorexie mentale peut être considérée comme « un syndrome lié à la culture » ou « culture-bound syndrome », terme qui désigne un ensemble de syndromes spécifiques à certaines cultures. Il s'agit d'un concept défini par Ritenbaugh comme une constellation de symptômes qui a été catégorisée comme une dysfonction ou une maladie, et qui se caractérisent par un ou plusieurs des critères suivants :

« Ce syndrome ne peut être compris en dehors de son contexte culturel ou subculturel spécifique. Son étiologie résume et symbolise des significations et des normes comportementales fondamentales dans notre culture. Le diagnostic dépend d'une technologie comme d'une idéologie culturellement spécifique. Le traitement ne peut être réussi que par des thérapeutes appartenant à cette culture ».¹¹²

Dans les années 1970/80, les études portant sur l'anorexie mentale se sont multipliées et on a alors constaté que cette pathologie concernait un profil précis de sujets : des jeunes filles occidentales appartenant aux classes socioéconomiques aisées.

¹¹¹ Guillemot, *Anorexie mentale et boulimie / le poids de la culture* (Masson, 1997).

¹¹² C Ritenbaugh, « Obesity as a culture-bound syndrome », *Culture, Medecine and Psychiatry* 6, n° 4 (1982).

De ce constat ont découlé plusieurs réflexions sur l'influence que pouvait exercer l'environnement social et culturel dans le développement des troubles du comportement alimentaire.

Les troubles du comportement alimentaire se développent dans des sociétés où les femmes sont soumises à des influences contradictoires :

- Sociétés d'abondance où l'on incite à la consommation à outrance ;
- Valorisation de la minceur, condition à la réussite sociale, gage de moralité, d'une éternelle jeunesse¹¹³.

La première partie de notre travail nous conduit à ces différentes constatations sur l'anorexie mentale masculine :

- L'anorexie mentale masculine existe, même si sa reconnaissance à travers l'histoire a été longue.
- C'est une pathologie du garçon adolescent qui concerne le sujet dans ses difficultés à se séparer de ses premiers objets d'attachement et à affronter les remaniements identitaires propres à cette période.
- Il existe plusieurs abords théoriques de l'anorexie mentale qui doivent être envisagés sous l'angle de leur complémentarité, et incitent le clinicien à considérer le sujet anorexique dans sa globalité.
- On retrouve dans l'anorexie masculine et dans l'anorexie féminine de nombreux éléments cliniques communs ainsi qu'une même problématique narcissique sous-jacente.

¹¹³ T Léonard, C Foulon, et J.-D. Guelfi, « Trouble du comportement alimentaire chez l'adulte », *EMC psychiatrie/pédopsychiatrie.*, n° 37-105-D-10 (2005).

Toutefois, la suite de notre travail va s'intéresser à mettre en lumière les éléments cliniques qui semblent distinguer hommes et femmes face à cette pathologie, notamment les rapports au corps et à la sexualité, et nous chercherons à comprendre les mécanismes à l'œuvre dans ces différences.

PARTIE 2 :

**REFLEXIONS AUTOUR DE QUELQUES PARTICULARITES
CLINIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE MASCULINE.**

1) Le corps et son rôle dans l'anorexie mentale masculine.

Le corps a une place centrale dans la clinique de l'anorexie masculine : corps trop gros ou trop maigre, corps adolescent en changement, corps maltraité, source de douleur par une pratique sportive intensive, source de satisfaction dans une recherche frénétique de sensations au travers l'abus de substances diverses.

Il va être difficile pour ces hommes de se construire une image personnelle de ce corps, au-delà des modèles parentaux et sociétaux.

Ce corps, enjeu de plaisir et de satisfaction, va être un outil au profit de son propriétaire, mais comment se l'approprier ?

A) Corps et image du corps : construction, symbolisation, représentations sociales et individuelles.

a) Le corps objet de construction sociale et symbolique.

Le corps est une construction symbolique.

Cette construction est inhérente de la société dans laquelle le corps évolue. Pour David Le Breton, « les représentations sociales assignent au corps une position déterminée au sein du symbolisme général de la société. Elles nomment les

différentes parties qui le composent et les fonctions qu'elles remplissent, elles en explicitent les relations, elles pénètrent l'intérieur invisible du corps pour y déposer des images précises, elles situent sa place au sein du cosmos ou de l'écologie de la communauté humaine »¹¹⁴.

Il y a tout un savoir, un système de valeur qui donnent sens au corps, et qui sont d'emblée culturels.

Le corps est donc le résultat d'une construction sociale et culturelle.

Sur le plan individuel, le corps est ce par quoi le sujet va entrer en relation avec le monde. Il est support de communication, de parole, lesquelles supposent l'existence d'un code commun (symboles, valeurs) qu'il va incorporer et incarner grâce à l'éducation, l'imitation. Le corps est un vecteur de sens pour l'homme et le groupe social dans lequel il évolue. Il existe une convenance sociale implicite qui teinte les interactions humaines.

Malgré son importance tacite, dans la vie courante, la place du corps dans le lien social est celle de la discrétion. Georges Canguilhem définit l'état de santé comme « l'inconscience où le sujet est de son corps », pour René Leriche : « la vie est dans le silence des organes ».

Le corps est la souche identitaire de l'homme, l'homme est phénoménologiquement indiscernable de sa chair. Pour Le Breton, « la condition humaine est corporelle », le corps incarne la manière d'être au monde du sujet, sa condition d'existence.

Le corps et sa représentation sont donc indiscernables de l'évolution de la société. Or nos sociétés contemporaines voient leur évolution marquée par l'essor de

¹¹⁴ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, 6e éd. (Presses Universitaires de France - PUF, 2011).

l'individualisme, l'individu fondant et légitimant ses actes sur l'autoréférence, l'individu primant sur le groupe.

Ceci s'observe par :

- L'investissement de la sphère privée ;
- Le souci du moi, l'individu cherche à « être en accord » avec lui-même, à personnaliser son corps ;
- Le relâchement du lien social ;

Avec en parallèle un déracinement des anciennes matrices de sens :

- Fragmentation des valeurs ;
- Eparpillement des références de la vie quotidienne ;
- Perte des grandes institutions.

Pour Jean-Claude Kaufmann¹¹⁵, l'avènement de l'individualisme aurait pour conséquence celui d'une société empreinte de narcissisme. D'objet, le corps serait désormais sujet, reflet de soi.

L'affirmation de soi, de son identité, trouve dans le corps un formidable objet d'attachement, la seule permanence qui demeure sous la main et par laquelle on peut se reconnaître.

Le corps n'est plus un lieu d'authenticité comme dans les années 70 mais un écran où projeter un sentiment d'identité toujours remaniable et virtuel, « le lieu toujours insuffisant d'un bricolage identitaire, d'une mise en scène provisoire de la présence »¹¹⁶. Le corps est la matière première du sujet dans son rapport au monde.

¹¹⁵ Jean-Claude Kaufmann, *Coprs de femmes, regards d'hommes. Sociologie des seins nus*, Pocket., 1995.

¹¹⁶ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, 6e éd. (Presses Universitaires de France - PUF, 2011).

On ne se contente plus du corps que l'on a, mais celui-ci se travaille, se modifie, pour être conforme à l'idée que l'on s'en fait. C'est un objet d'investissement, de temps, d'argent, un objet de design.

b) L'image du corps.

« L'image du corps traduit la représentation que le sujet se fait de son corps.¹¹⁷ »

L'image du corps est un concept fondé par Paul Schilder¹¹⁸, neurologue et psychanalyste, en 1935. Schilder définit l'image du corps comme « la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps ». Il précise que « l'image du corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même ».

Ainsi, l'image du corps correspond davantage à une vision psychologique : les attitudes et sentiments éprouvés pour le corps, son apparence physique et la représentation mentale de soi dans son contour, son volume prédominant. L'image du corps se distingue donc du schéma corporel qui concerne davantage la perception et la représentation du corps à partir de l'intégration des expériences sensorielles et motrices de celui-ci¹¹⁹.

¹¹⁷ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, 6e éd. (Presses Universitaires de France - PUF, 2011).

¹¹⁸ Paul Schilder, *L'image du corps. Etudes des forces constructives de la psyché*, Gallimard. (Paris, 1935).

¹¹⁹ Michel Reich, « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique », *L'information psychiatrique* 85 (2009).

Pour Gisela Pankow¹²⁰, l'image du corps s'organise autour de deux axes :

- Une forme : sentiment de l'unité des différentes parties du corps, de leur saisie comme un tout ;
- Un contenu : l'image de son corps comme un univers cohérent et familier où s'inscrivent des sensations privilégiées et reconnaissables.

Ces deux axes sont liés au savoir, l'idée que le sujet se fait de son corps, de sa constitution, de son fonctionnement, et à la valeur qu'a le sujet de l'image de son corps, cette valeur étant le résultat de l'intériorisation du jugement social.

On voit donc comment l'image du corps est intimement liée au bain culturel dans lequel le sujet se situe, et à l'autre, sorte de miroir, face à qui il se présente, et dont le jugement modifie le regard porté sur soi.

En effet, la construction de l'image du corps est fondée sur l'histoire individuelle mais aussi sur la relation avec autrui¹²¹ : « selon Schilder, s'identifier, c'est prendre en totalité ou partie l'image corporelle de l'autre, c'est également rejeter son image corporelle en la projetant sur l'autre ».

Cette dimension relationnelle rend l'image du corps flexible. Il y a un jeu d'échange, par l'imitation et l'identification, entre deux images corporelles, entre soi et autrui, et en premier lieu avec l'image du corps des parents. Pour l'édification d'une image du corps stable, il ne doit pas y avoir eu de distorsion première dans la relation entre le sujet et ses parents, distorsion qui peut être créée par l'insécurité, l'agressivité.

Le stade du miroir de Lacan correspond à la prise de conscience intuitive de son corps : par l'image spéculaire l'enfant vit son corps dans le corps d'autrui, mais aussi

¹²⁰ Gisela Pankow, *L'homme et sa psychose*, Aubier. (Paris, 1969).

¹²¹ Jean-Marc Alby, « Identité et rôles sexuels », *L'Évolution Psychiatrique* 72 (2007).

dans le discours de l'autre (la mère). La construction de son corps propre passera pour l'enfant par les expériences affectivo-sensorielles qui lui permettront de s'isoler du corps des autres. Cette phase du miroir est cruciale pour l'identification du sujet, c'est-à-dire l'acquisition d'une identité. Le sujet s'identifie à une image, image d'un corps complet et unitaire.

L'image du corps est aussi un vécu. Pour Catherine Durif-Bruckert ¹²²: « (c') est originairement l'image que l'enfant puis l'adulte ont de leur vécu corporel à partir de l'intégration des sensations qui émanent à la fois de son intérieur et de sa surface, et des situations « relationnelles ». »

L'image du corps désigne en priorité la manière subjective dont nous ressentons notre expérience corporelle au monde. Dolto (1961) donne la définition suivante de l'image du corps : « l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes sélectives, archaïques ou actuelles ».

¹²² Christine Durif-Bruckert, *La nourriture et nous* : Corps imaginaire et normes sociales (Armand Colin, 2004).

c) L'homme face à son image corporelle.

➤ Insatisfaction corporelle : définitions.

Pour Thompson et coll¹²³, l'insatisfaction corporelle est un vécu persistant de préoccupation et de détresse relatif à l'apparence et à un certain degré de dépréciation dans les relations sociales.

Or, une image négative du corps serait déterminante dans l'apparition de troubles du comportement alimentaire chez l'homme¹²⁴.

Si l'on considère la satisfaction de l'image du corps comme le degré selon lequel les individus sont satisfaits de leur apparence physique, et spécialement le poids et la forme du corps, on distingue une différence selon le sexe de l'individu, les femmes étant principalement préoccupées par le poids, tandis que chez les hommes cette satisfaction dépend aussi bien du poids que de la musculature.

➤ Etats des lieux de la satisfaction corporelle chez l'homme d'aujourd'hui.

L'insatisfaction corporelle est en augmentation dans la population masculine, concerne aujourd'hui 66% des adolescents masculins et de 40 à 60% des hommes adultes selon les études¹²⁵.

¹²³ JK Thompson et al., « Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance », *American psychological association* (1999).

¹²⁴ Pamela K. Keel, Jayne A. Fulkerson, et Gloria R. Leon, « Disordered Eating Precursors in Pre- and Early Adolescent Girls and Boys », *Journal of Youth and Adolescence* 26, n° 2 (1997): 203-216.

¹²⁵ Rachel Galimoto, Bryan T. Karazsia, et Janis H. Crowther, « Familial and peer modeling and verbal commentary: Associations with muscularity-oriented body dissatisfaction and body change behaviors », *Body Image* 9, n° 2 (mars 2012): 293-297.

Pour Olivardia¹²⁶, presque un homme sur deux (43%) est insatisfait de son apparence, cette insatisfaction concerne surtout le ventre (63%) et le poids (52%), mais aussi la masse musculaire pour 45% d'entre eux. Ces chiffres semblent en augmentation aux vues des études antérieures : l'insatisfaction masculine relative au corps est passée de 15% des hommes en 1972, à 35% en 1985, aux 43% actuels.

➤ Des préoccupations corporelles propres à l'homme.

Le contenu des préoccupations corporelles et des sources d'insatisfaction corporelle diffèrent chez l'homme et la femme. Tous deux présentent des niveaux élevés d'insatisfaction corporelle et un souhait de modifier leur apparence corporelle : 50% des hommes et 70% des femmes ont des désirs de modifier leur apparence corporelle selon l'étude de Neumark-Sztainer et al¹²⁷. Toutefois, les auteurs montrent que si l'insatisfaction corporelle des femmes est liée à un souhait de maigrir, une grande partie des hommes souhaitent prendre du poids. Ainsi, 34% des hommes ayant un poids normal expriment le souhait de prendre du poids.

En effet, parmi la population masculine les préoccupations corporelles se partagent entre le désir de perdre du poids et celui d'en prendre.

Cette volonté de prendre du poids traduit la plupart du temps la recherche d'une augmentation de la masse musculaire. Les muscles sont un symbole de masculinité

¹²⁶ Roberto Olivardia, « Body Image Obsession in Men », *Healthy weight journal* 16, n° 4 (2002).

¹²⁷ D Neumark-Sztainer, M Story, et PJ Hannan, « Weight-related Concerns and Behaviors among Overweight and Normo-weight Adolescents », *Arch. Pediatr. Adolesc. Med* 156 (2002).

évoquant pour les hommes force, pouvoir, domination, virilité sexuelle et estime de soi¹²⁸.

Ce souci de la forme du corps se voit à plusieurs niveaux :

- La presse masculine met en avant le sport, les techniques d'entraînement, permettant d'accroître la masse musculaire, là où les magazines féminins font l'éloge des régimes et crèmes amincissantes.
- Lorsqu'ils souhaitent modifier leur apparence physique, les femmes ont recours aux régimes amaigrissants alors que les hommes favorisent la pratique d'un sport¹²⁹.

➤ Facteurs influençant la satisfaction corporelle.

Plusieurs facteurs ont été identifiés comme influençant chez l'homme la vision de son image corporelle.

L'IMC (indice de masse corporelle).

Il a été montré que quel que soit le sexe, plus l'IMC est élevé plus le sujet est insatisfait de son corps¹³⁰. La particularité chez l'homme est que l'on constate une relation de type curviligne entre le poids et la satisfaction corporelle : les hommes les plus insatisfaits ont les IMC les plus bas et les plus élevés¹³¹.

¹²⁸ ME Mishkind et al., « The embodiment of masculinity », *American Behavioral Scientist* 29 (1986).

¹²⁹ Yueching Wong, MS, et RD, « Weight Satisfaction and Dieting Practices among College Males in Taiwan », *Journal of the American College of Nutrition* 18, n° 3 (1999).

¹³⁰ Ingrid Holsen, Diane Carlson Jones, et Marianne Skogbrott Birkeland, « Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI », *Body Image* 9, n° 2 (mars 2012): 201-208.

¹³¹ Jennifer L. Muth et Thomas F. Cash, « Body-Image Attitudes: What Difference Does Gender Make? », *Journal of Applied Social Psychology* 27, n° 16 (1997): 1438–1452.

Caccavale et al¹³² ont montré dans une population d'adolescents masculins, qu'il existe une corrélation entre l'obésité/surpoids et l'insatisfaction corporelle. Ces sujets en surpoids sont par ailleurs à risque de développer des conduites alimentaires perturbées risquant de majorer la prise de poids. On voit ici l'interrelation entre le poids, l'image du corps et les conduites alimentaires.

Les pairs.

Les relations avec les pairs jouent également un rôle considérable dans l'établissement d'une image positive de son corps. La présence d'amitiés solides, le sentiment d'être accepté par ses pairs favorisent la satisfaction corporelle. En effet, le regard porté sur son corps est dépendant du regard des autres. Nowel¹³³ et al ont montré qu'un sujet faisant l'objet de commentaires négatifs sur son apparence était plus à risque de présenter une insatisfaction corporelle. L'influence jouée par les pairs sur l'image corporelle est particulièrement prépondérante durant l'adolescence.

Le support parental.

En revanche, pour les enfants, le rôle du support parental prédomine, notamment le regard porté par la mère sur le corps de l'enfant¹³⁴.

L'orientation sexuelle.

L'homosexualité semble être un facteur de vulnérabilité concernant l'image du corps. Les hommes homosexuels seraient plus à risque de développer des troubles du comportement alimentaire : fréquence plus élevée de régimes, binge eating disorder,

¹³² Laura J. Caccavale, Tilda Farhat, et Ronald J. Iannotti, « Social engagement in adolescence moderates the association between weight status and body image », *Body Image* 9, n° 2 (mars 2012): 221-226.

¹³³ Carly Nowell et Lina A. Ricciardelli, « Appearance-based comments, body dissatisfaction and drive for muscularity in males », *Body Image* 5, n° 4 (décembre 2008): 337-345.

¹³⁴ Marita P. McCabe et Lina A. Ricciardelli, « A longitudinal study of body image and strategies to lose weight and increase muscles among children », *Journal of Applied Developmental Psychology* 26, n° 5 (septembre 2005): 559-577.

conduites de purges, de présenter une image du corps pauvre ou négative et un rapport anxieux avec leur corps. Les hommes homosexuels présentent une recherche de minceur plus importante que les hommes hétérosexuels. Ils seraient également plus sensibles à l'influence des médias. Ceci indiquerait que l'homosexualité masculine est associée à un risque majoré d'insatisfaction corporelle et de troubles alimentaires¹³⁵, ¹³⁶.

Nous allons maintenant développer le rôle influent joué par les médias sur la satisfaction corporelle de l'homme.

➤ Place des médias et modèle en V-Shape.

L'influence des médias sur l'image corporelle est une donnée maintes fois étudiée dans la population féminine. Elle est depuis plusieurs années un objet d'étude dans la population masculine.

Les médias véhiculent un modèle de corps masculin idéal correspondant au modèle mésomorphe ou dit en V-Shape qui valorise le développement musculaire sur la partie supérieure du corps : épaules larges et musclées, pectoraux développés, taille fine. Ce modèle physique est présenté comme l'idéal vers lequel les hommes doivent tendre, idéal présenté comme accessible, pourvu que le sujet s'en donne les moyens (temps, argent...).

¹³⁵ Teresa L. Marino Carper, Charles Negy, et Stacey Tantleff-Dunn, « Relations among media influence, body image, eating concerns, and sexual orientation in men: A preliminary investigation », *Body Image* 7, n° 4 (septembre 2010): 301-309.

¹³⁶ Simone A French, Mary Story, et Gary Remafedi, « Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: a population-based study of adolescents », *International Journal of Eating Disorders* 19, n° 2 (1996).

Ce corps idéal est en évolution, et à l'instar des modèles féminins, tend à être toujours plus musclé, toujours plus mince.

Ainsi, Leit et al¹³⁷ ont objectivé ce changement et montré que les modèles masculins exposés dans *Playgirl* ont évolué entre 1973 et 1997 vers des corps plus musclés et plus minces, alors que dans le même temps on constatait une augmentation des cas de surpoids et d'obésité dans la population générale.

Cette évolution des modèles masculins a été également étudiée par Baghurst et al¹³⁸ à travers les figurines de superhéros (GI Joe) avec lesquelles jouent les garçons. Ils ont montré que les dimensions physiques de ces jouets avaient augmenté depuis 25 ans en suivant les standards véhiculés par les médias, et qu'ils présentaient aujourd'hui un corps disproportionné et irréaliste, entre une masse musculaire hyper développée (bras, épaules, cou, pectoraux) et une taille mince. A l'instar des Barbies pour les petites filles, les auteurs évoquent l'influence de ces tous premiers modèles masculins auxquels sont exposés les enfants vis-à-vis de leurs attentes et représentations du corps adulte.

Le regard porté par les sujets sur leur corps va découler de la comparaison avec ces modèles. Quand on demande aux hommes quel corps ils souhaiteraient avoir, ils désignent un corps plus musclé et plus mince que le leur¹³⁹. Or l'écart est de plus en plus grand entre l'idéal masculin véhiculé dans les médias et la réalité d'une population grossissante, ceci entraînant chez les hommes une profonde insatisfaction vis-à-vis de leur image corporelle.

¹³⁷ Richard A Leit, H. G Pope, et James J Gray, « Cultural Expectations of Muscularity in Men: The Evolution of Playgirl Centerfolds », *The international journal of eating disorders* 29, n° 1 (2001).

¹³⁸ Timothy Baghurst et al., « Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures », *Body Image* 3 (2006).

¹³⁹ Roberto Olivardia, H. G Pope, et J. J Borowiecki III, « Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms », *Psychology of men and masculinity* 5, n° 2 (2004).

Il a été montré¹⁴⁰ que l'exposition à divers médias (clips vidéo, émission de télévision...) est source d'une insatisfaction corporelle plus marquée.

En effet, les contraintes sociales sont des sources majeures d'insatisfaction corporelle, en présentant un idéal de beauté irréaliste et peu atteignable¹⁴¹. Ces standards se retrouvent parmi les enfants et adolescents quel que soit leur sexe¹⁴².

Un exemple de l'influence des médias sur le rapport au corps et à l'alimentation est celui des îles Fidji. Dans ces îles, la culture locale véhiculait un modèle de corps robuste, signe d'une bonne santé et d'une capacité à assurer ses responsabilités, notamment familiales. L'arrivée de la télévision en 1995 s'est accompagnée dans les trois ans d'une augmentation des régimes de 0% à 69% de la population.

➤ Insatisfaction corporelle et troubles du comportement alimentaire.

On l'a vu, image du corps, satisfaction corporelle et troubles alimentaires sont intimement liés.

On peut rappeler que pour Bruch¹⁴³ : « dans le syndrome primaire ou véritable d'anorexie mentale, le patient est préoccupé par la forme de son corps, et il recherche frénétiquement la minceur (...) la fonction alimentaire est une tentative désespérée pour établir un sentiment de contrôle et d'identité ».

¹⁴⁰ Jennifer L Derenne, M.D., et Eugene V Beresin, « Body Image, Media, and Eating Disorders », *Academic Psychiatry* 30, n° 3 (2006).

¹⁴¹ D M Ackard et C B Peterson, « Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables », *The International journal of eating disorders* 29, n° 2 (mars 2001): 187-194.

¹⁴² ME Mishkind et al., « The embodiment of masculinity », *American Behavioral Scientist* 29 (1986).

¹⁴³ Hilde Bruch, *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*, Rééd. (Payot, 1994).

Orgiazzi-Billon-Galland et Chappaz¹⁴⁴ ont fait passer des tests projectifs (TAT et Rorschach) parmi une population d'adolescents anorexiques. Ces tests ont mis en évidence une problématique corporelle majeure avec une mise à mal de l'intégrité de la représentation du corps. Les sujets ont témoigné d'une image du corps peu stable, mal intériorisée, et ont présenté des difficultés à établir des frontières stables entre le dedans et le dehors.

Les troubles du comportement alimentaires sont le moyen emprunté pour atteindre un idéal corporel toujours plus mince, mais ils représentent également le besoin de maîtrise sur le corps, connoté positivement dans notre société, où il ne doit pas y avoir de corps subit mais un corps façonné à son désir.

La perception du corps est altérée chez les patients anorexiques, qui présentent d'importantes altérations de l'activité de représentation du corps, une défaillance de la perception corporelle et de la structuration représentative. Le corps anorexique est un corps morcelé.

La distorsion de l'image du corps se manifeste chez ces patients par un déni de la maigreur, une perception déformée de leur propre corpulence, qui peut tendre vers une véritable dysmorphophobie. Les hommes anorexiques se voient en moyenne deux fois plus gros qu'ils ne le sont. Cette distorsion cognitive est identique à celle retrouvée chez les femmes anorexiques¹⁴⁵.

Les hommes portent de plus en plus un regard négatif et insatisfait sur leur corps, et l'insatisfaction corporelle est un facteur de risque de développer des troubles du

¹⁴⁴ I. Orgiazzi/Billon-Galland et M. Chappaz, « Anorexies féminine et masculine : comparaison », *Cahiers de psychologie clinique* 18, n° 1 (2002): 139.

¹⁴⁵ Barbara Mangweth, Armand Hausmann, et Thomas Walch, « Body Fat Perception in Eating-Disordered Men », *The international journal of eating disorders* 35, n° 1 (2004).

comportement alimentaire. Pour Olivardia et coll¹⁴⁶, le sentiment de ne pas être assez musclé chez l'homme pourrait servir d'outil de repérage des troubles alimentaires, comme peut l'être le sentiment d'être trop grosse chez la femme.

- Une forme d'insatisfaction corporelle particulière à l'homme : la dysmorphie musculaire.

La dysmorphie musculaire est également désignée par les termes d'anorexie inversée, bigorexie, ou complexe d'Adonis. Cette dernière appellation est attribuée à Harrison Pope qui la développe en 2000 dans son ouvrage « The Adonis complex », et fait référence à la mythologie grecque : Adonis y était décrit comme mi-homme mi-dieu, summum de la beauté masculine. Les adonies, fêtes données en l'honneur d'Adonis, correspondaient à un rituel consistant à planter dans le jardin d'Adonis, des graines qui conduisaient à des cultures sans fruit, illusoires, frivoles, n'arrivant pas à maturité.

La dysmorphie figure dans le DSM IV sous le chapitre des troubles somatoformes.

La dysmorphie musculaire désigne un trouble de l'image du corps se manifestant par le sentiment de ne pas être assez musclé. Cette préoccupation devient progressivement envahissante et conduit au repli, à des troubles du comportement alimentaire, à une hyperactivité physique dans le but d'augmenter la masse musculaire. La bigorexie vient plutôt désigner la pratique intensive du sport par des

¹⁴⁶ Roberto Olivardia et al., « Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms », *Psychology of Men and Masculinity* 5, n° 2 (juillet 2004): 112-120.

sujets qui se considèrent comme pas assez musclés, ce qu'on retrouve à l'extrême chez les bodybuilders¹⁴⁷.

La dysmorphie musculaire a été identifiée pour la première fois par Pope¹⁴⁸ en 1993, parmi une population de bodybuilders qui présentaient des troubles comportementaux et cognitifs semblables à ceux présents chez les anorexiques. Ces bodybuilders présentaient des éléments anorexiques dont la finalité était inversée par rapport au patients anorexiques « classiques », puisqu'ils étaient persuadés que leur corps était trop maigre, trop petit, et cherchaient à accroître leur masse musculaire.

La dysmorphie musculaire a été considérée comme une forme inverse de l'anorexie mentale, *reverse anorexia*. L'anorexie mentale et la dysmorphie musculaire partagent des caractéristiques communes :

- Pratique excessive d'exercice physique perturbant le fonctionnement social ou professionnel ;
- Intérêt excessif porté au régime alimentaire, avec rigidité importante, calculs ;
- Sentiment de culpabilité et anxiété s'ils dérogent aux règles imposées ;
- Recherche d'améliorer l'apparence ;
- Utilisation de substances ;
- Données épidémiologiques : même sexe ratio polarisé (en faveur des hommes dans la dysmorphie musculaire), début en fin d'adolescence, taux de prévalence similaires.

¹⁴⁷ Philip E Mosley, « Bigorexia: Bodybuilding and Muscle Dysmorphia », *European Eating Disorders Review* 17 (2009).

¹⁴⁸ HG Pope, DL Katz, et JI Hudson, « Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders », *Comprehensive Psychiatry* 34 (1993).

Les liens entre la dysmorphie musculaire et l'anorexie mentale sont régulièrement questionnés¹⁴⁹. En effet, dans le DSM IV, la dysmorphie est classée dans le registre des troubles somatoformes. Toutefois, aucun lien n'a jamais été mis en évidence entre la dysmorphie musculaire et la somatisation. Par ailleurs, les patients présentant une dysmorphie partagent avec les patients anorexiques les mêmes traits obsessionnels avec perfectionnisme, obsessions, anhédonie, préoccupations majeures autour de l'image du corps, de l'alimentation et de l'exercice physique. De plus, 29% des hommes souffrant de dysmorphie musculaire auraient des antécédents de troubles du comportement alimentaire.

Différentes théories psychodynamiques tentent d'expliquer la dysmorphie musculaire. La première envisage ce trouble selon sa dimension alexithymique et retrouve chez ces patients une pensée opératoire ; ces caractéristiques tendent à rapprocher la dysmorphie musculaire des troubles somatoformes où le corps vient exprimer un conflit psychique là où l'expression des affects et la mise en mots est impossible. Une autre hypothèse d'orientation cognitive envisage la dysmorphie musculaire comme un trouble du jugement, de la perception du corps conduisant à de fausses interprétations.

La place de la dysmorphie musculaire est aujourd'hui questionnée : est-ce un trouble du comportement alimentaire, un trouble somatoforme, un trouble obsessionnel compulsif ?

¹⁴⁹ Stuart B. Murray et al., « Muscle Dysmorphia and the DSM-V Conundrum: Where Does It Belong? A Review Paper », *International Journal of Eating Disorders* 43, n° 6 (mai 6, 2010): 483-491.

➤ Liens entre l'homme sportif et l'homme anorexique.

La dysmorphie musculaire peut être considérée comme une forme particulière d'anorexie masculine. De manière plus générale, comme nous l'avons vu dans la première partie, l'anorexie masculine et le sport entretiennent des rapports étroits :

- La pratique intensive d'un sport, d'autant plus s'il est soumis à des exigences de poids, constitue un facteur de risque de développer une anorexie masculine ;
- On retrouve chez les patients anorexiques masculins une hyperactivité physique plus importante que chez les patientes féminines, contrairement à l'hyperinvestissement intellectuel moins fréquent.

Les sportifs entretiennent un rapport instrumental avec leur corps.

Dans le culturisme, le remodelage et la construction du corps constituent la finalité. Le bodybuilder va construire ses limites physiques. Cette construction du corps lui donne la conviction d'être maître de soi, d'être enfin soi. Il baigne dans le fantasme de l'autoengendrement. L'homme devient, comme la femme, capable de produire un corps semblable mais aussi différent de lui-même.

On aboutit à un néo-corps sportif qu'organisent la musculature et l'appareil locomoteur sous l'égide de la volonté. Ce néo-corps est sexuellement neutre puisque le muscle est identique chez l'homme et la femme, biologiquement neutre au regard de la sexualité. Son développement dépend des hormones sexuelles circulantes mais non du sexe du sportif¹⁵⁰.

¹⁵⁰ Claire Carrier, « Le modèle de la transformation somato-psychique sportive, la sexualité humaine et les addictions comportementales », *Revue internationale de psychologie* IX, n° 20 (2003).

La fréquence des troubles alimentaires chez les hommes sportifs varie d'une étude à l'autre de 0 à 57%¹⁵¹.

Sundgot-Borgen a décrit une forme particulière d'anorexie mentale, *l'anorexie de l'athlète*, définie comme une réduction des apports alimentaires et un amaigrissement dans l'objectif d'améliorer les performances sportives¹⁵².

Les sportifs tendent vers un idéal corporel, sans pour autant obtenir un sentiment de satisfaction complet, puisque l'on retrouve un taux d'insatisfaction corporel maximal chez les hommes qui présentent la plus grande tendance à augmenter leur musculature¹⁵³.

B) Le corps mis à mal.

a) Anorexie mentale masculine et obésité.

L'obésité pré-morbide est particulièrement fréquente parmi les patients anorexiques et concerne 25 à 50% d'entre eux selon les études. Elle correspondrait parmi la population masculine anorexique à une présentation plus sévère, étant associée à

¹⁵¹ C Johnson, P S Powers, et R Dick, « Athletes and eating disorders: the National Collegiate Athletic Association study », *The International journal of eating disorders* 26, n° 2 (septembre 1999): 179-188.

¹⁵² E Filaire, M Rouveix, et M Bouget, « Troubles du comportement alimentaire chez le sportif », *Science & Sports* 23, n° 2 (avril 2008): 49-60.

¹⁵³ H. G. Pope, « Body Image Perception Among Men in Three Countries », *American Journal of Psychiatry* 157, n° 8 (août 1, 2000): 1297-1301.

des restrictions alimentaires plus importantes, des comportements de purges fréquents, une hyperactivité physique, une perte de poids plus rapide¹⁵⁴.

Dans la sphère familiale, le surpoids est également plus représenté que chez les patientes anorexiques, 37% des patients ont au moins un de leurs parents en surcharge pondérale¹⁵⁵.

Pour beaucoup de patients, les troubles alimentaires commencent par une décision de perdre du poids suite à des moqueries de camarades ou proches sur leur surpoids ou obésité.

➤ Epidémiologie.

Deux données principales émergent des enquêtes sur l'obésité¹⁵⁶ :

- on constate une augmentation du nombre d'enfants et adolescents obèses dans les pays où ne sont pas mis en place de réelle politique de prévention ;
- en revanche, dans les pays où existent des programmes ciblés et prolongés, notamment aux Etats Unis et en Europe, les premiers succès apparaissent.

Aux Etats Unis, on constate depuis les années 2003/2004 une stabilisation à un niveau élevé de la prévalence de l'obésité : parmi les enfants âgés de 2 à 19 ans, un tiers est au-dessus du 85° percentile des courbes américaines du CDC (proche du 97° percentile français ; on rappelle qu'en France, la définition du surpoids correspond à un IMC \geq 97° percentile).

¹⁵⁴ Carolyn Jasik, David Breland, et Sara Buckelew, « The Association of Pre-Morbid Obesity with Severity of Eating Disorder Presentation in Males », *Journal of Adolescent Health* 46, n° 2, Supplement 1 (février 2010): S51-S52.

¹⁵⁵ Daniel J Carlat, Carlos A Camargo, et DB Herzog, « Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients », *American Journal of Psychiatry* 154 (1997).

¹⁵⁶ M-L Frelut, « Obésité de l'adolescent », *EMC, traité de médecine Akos* 8-0317 (2011).

En Europe, on constate des disparités parmi les prévalences. En 2008, la prévalence chez l'enfant était stable en France avec 15 à 19% de la population touchée.

- L'importance des expériences alimentaires précoces dans la structuration de la personnalité de l'enfant obèse¹⁵⁷.

Il est nécessaire de s'intéresser aux premières expériences alimentaires et à la dyade mère/bébé pour appréhender un trouble comme l'obésité.

Pour Winnicott, le nourrissage n'est pas seulement donner un repas, c'est aussi un partage de plaisirs entre la mère et son bébé.

Le bébé va vivre successivement des expériences de tensions, de manque, durant les moments de faim, qui se trouveront apaisés par leur satisfaction, laquelle s'accompagnera d'un retour à un état homéostatique. Le nourrisson associera la personne extérieure à l'apaisement/satiété et à la frustration/sensation de faim, et développera à son égard une relation d'objet chargée d'affects.

La qualité des relations entre le bébé et sa mère influence donc le comportement alimentaire du nourrisson. Lorsqu'il y a hyperphagie, celle-ci doit être considérée comme un trouble du comportement alimentaire du bébé, mais il ne faut pas oublier que la mère est actrice de ce trouble : lorsqu'elle ne respecte pas les rythmes physiologiques et biologiques de son bébé, elle satisfait ses besoins sans qu'il n'y ait d'élaboration fantasmatique du désir, sans qu'il n'y ait frustration. Or la frustration et l'expérience de l'absence sont indispensables à la mise en place des processus de pensée.

¹⁵⁷ G Kechid et al., « Obésité infantile: aspects cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques », *EMC psychiatrie/pédopsychiatrie*. 37-201-A-25 (2010).

Pour H. Bruch¹⁵⁸, si l'enfant n'expérimente pas les sensations de faim/réplétion, il peut développer une déficience fonctionnelle de la reconnaissance du besoin de manger. Il trouvera dans l'alimentation un mode de réponse face aux frustrations, aux tensions internes. Cette altération de la notion de faim et satiété va se répercuter sur la structuration de la personnalité de l'enfant et son identité corporelle : perturbation du développement et de l'intégration de l'image du corps, sentiment de perte de contrôle vis-à-vis des besoins corporels et des sensations.

Cette perturbation de la représentation de l'image du corps renvoie à une fragilité dans la constitution des enveloppes psychiques. L'objet maternel n'a pas été éprouvé comme suffisamment contenant, unifiant, l'enfant va donc suppléer à cette « première peau » par la constitution d'une « seconde peau » à travers l'épaississement de la partie adipeuse de la peau.

➤ L'adolescent masculin face à l'obésité.

L'obésité est bien souvent présente dès le plus jeune âge, puisque 80% des adolescents obèses le sont déjà à 6 ans, mais peu d'adolescents se disent gênés par leur poids avant 6 ans.

Les adolescents désignent l'entrée au collège (soit vers 11 ans) comme le moment de la prise de conscience de la gêne liée à leur surpoids. A cette période, l'enfant passe du regard bienveillant des parents à une confrontation avec un nouvel environnement. Durant la phase de latence, les moqueries existent déjà mais semblent intégrées par le jeune obèse dans la construction de sa différence par rapport à l'autre.

¹⁵⁸ Hilde Bruch, *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*, Rééd. (Payot, 1994).

Chez l'adolescent obèse, concernant la gêne ressentie au premier plan vis-à-vis du symptôme, 40% évoquent le mal être, 30% les moqueries (contre 6% des adolescentes obèses)¹⁵⁹.

Encore une fois, on voit de quelle manière le rapport au corps s'inscrit dans une dimension relationnelle, la satisfaction vis-à-vis de son corps passe par un sentiment d'acceptation par l'autre. Or dans une société où le sujet est considéré comme responsable de ce qu'il est, où il peut, doit être acteur de son corps, l'obésité est considérée comme le signe d'un abandon moral, dérogeant aux normes implicites de séduction et de santé¹⁶⁰.

➤ Anorexie mentale masculine, obésité et alexithymie.

Nous avons abordé dans la première partie de ce travail l'abord psychosomatique de l'anorexie mentale.

Développée par Nemiah et Sifneos, l'alexithymie décrit une pauvreté de la vie imaginaire, un discours centré sur le factuel et les sensations physiques, une difficulté à verbaliser les émotions et un recours à l'action pour éviter les conflits. Les sujets présentant des troubles du comportement alimentaire comme les sujets obèses semblent pourvus d'une pensée opératoire et dépourvus d'insight, incapables d'une vie fantasmatique et symbolique, privilégiant ainsi le concret¹⁶¹.

Chez l'individu obèse, l'excès de poids bénéficierait d'une fonction salvatrice et organisatrice dans l'économie psychosomatique du sujet. Kreisler décrit chez les

¹⁵⁹ Pierre Doyard et al., « Etre un adolescent obèse: nature et sens du symptôme », *Cah Nutr Diet* 40, n° 6 (2005).

¹⁶⁰ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, 6e éd. (Presses Universitaires de France - PUF, 2011).

¹⁶¹ C Berdah, « Obésité et troubles psychopathologiques », *Annales Médico-psychologiques* 168 (2010).

sujets obèses une expression verbale terne, trop concrète, sans couleur ni nuance. « L'obésité infantile peut donc être également considérée comme une pathologie de la somatisation relevant de carences psychiques et représentatives, d'une impossible élaboration des excitations ou de conflits intraitables ou inendiguables psychiquement »¹⁶².

Ainsi, chez le garçon, le passage de l'obésité à l'anorexie mentale ne serait pas à envisager sous l'angle d'une rupture, mais comme l'expression d'une même personnalité, d'un même mode de résolution des tensions internes, où le corps et les sensations sont au centre.

On pourrait avancer que la différence se situe entre la dimension passive dans le remplissage de l'obèse et le « choix anorexique », avec une volonté marquée de maigrir et diminuer les apports alimentaires, qui placerait le sujet anorexique comme acteur de son trouble. Or il s'agit bien d'un faux choix, puisque le sujet anorexique n'emprunte la voie du corps pour exprimer son mal être uniquement parce que les autres modalités d'expression (symbolisation...) lui sont bloquées.

b) Anorexie mentale masculine et attaques du corps.

Le corps est particulièrement mis à mal dans l'anorexie mentale masculine, que ce soit sous la forme d'une auto-agressivité ou lié à la violence d'autrui.

¹⁶² G Kechid et al., « Obésité infantile: aspects cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques », *EMC psychiatrie/pédopsychiatrie*. 37-201-A-25 (2010).

En effet, bien que ces données restent discutées, un lien peut être questionné entre les troubles du comportement alimentaire et les antécédents d'abus dans l'enfance. Plusieurs études¹⁶³, ¹⁶⁴ ont montré que les sujets ayant un passé d'abus sexuel dans l'enfance étaient plus à risque de développer des troubles alimentaires.

L'agressivité du sujet contre son corps se manifeste en premier lieu par la toxicomanie, bien plus représentée parmi la population anorexique masculine que féminine. Elle s'exprime par le recours à des produits, notamment l'alcool, qui est un antécédent pré-morbide fréquent dans cette population. Ces conduites addictives sont d'autant plus présentes chez les patients présentant des symptômes boulimiques associés : elles représentent 61% des patients présentant une forme mixte contre 17% des patients avec une forme restrictive pure¹⁶⁵.

Par ailleurs, les formes mixtes avec vomissements sont plus fréquentes chez les anorexiques masculins et concernent jusqu'à 50% des cas¹⁶⁶, ¹⁶⁷.

La fréquence chez les patients anorexiques des vomissements, de l'alcoolisme et de la toxicomanie, traduit sur le plan comportemental une mise en acte inlassablement répétée. Le recours aux vomissements, initialement dans une démarche de contrôle de poids, se détache progressivement de son but pour devenir un objet addictif. Ces « actes symptômes » sont assimilés à des procédés auto-calmants qui viennent remplir la même fonction de pare excitation face aux tensions internes, et court-

¹⁶³ Matthew B Feldman, PhD, et Ilan H Meyer, « Childhood Abuse and Eating Disorders in Gay and Bisexual Men », *The international journal of eating disorders* 40, n° 5 (2007).

¹⁶⁴ Ami Laws et al., « Sexual Assault History and Eating Disorder Symptoms among White, Hispanic, and African-American Women and Men », *American Journal of Public Health* 86, n° 4 (1996).

¹⁶⁵ Daniel J Carlat, Carlos A Camargo, et DB Herzog, « Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients », *American Journal of Psychiatry* 154 (1997).

¹⁶⁶ A.H Crisp, T Burns, et AV Bhat, « Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis », *Br J Med Psychol* 59 (1986).

¹⁶⁷ C W Sharp et al., « Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases », *The International journal of eating disorders* 15, n° 2 (mars 1994): 125-134.

circuissent toute forme de travail psychique. On retrouve ainsi la dimension psychosomatique et l'alexithymie précédemment développées, dans lesquelles s'inscrit aussi la dimension addictive.

Zuckerman (1963) a défini le concept de recherche de sensations par : « le besoin d'expériences nouvelles et complexes en relation avec le besoin de maintenir un niveau élevé d'activation cérébrale ». Cette composante de la personnalité serait un facteur explicatif de certains comportements dont les addictions. La recherche de sensations correspond au besoin d'expériences nouvelles et la volonté de prendre des risques pour obtenir un niveau optimal élevé d'activation cérébrale. Le comportement addictif aurait une valeur adaptative en modulant un bas niveau d'activation corticale. Le sujet en recherche de sensations présente une avidité pour des stimulations externes intenses.

On retrouve dans la dimension addictive marquée des patients anorexiques, une compulsion de répétition, dans l'acharnement de ces sujets à répéter indéfiniment le même comportement, quel que soient les dangers encourus pour eux et pour les autres. Laplanche et Pontalis¹⁶⁸ définissent ainsi la compulsion de répétition : « un processus incoercible d'origine inconsciente par lequel le sujet se place dans des situations pénibles, répétant des expériences anciennes sans se souvenir du prototype et avec au contraire l'impression très vive qu'il s'agit de quelque chose de pleinement motivé dans l'actuel ».

C'est à partir de la notion de compulsion de répétition que Freud théorise ce qu'il appelle la pulsion de mort, étroitement intriquée avec la pulsion de vie. L'autoconservation ne peut être obtenue que par la recherche d'une homéostasie

¹⁶⁸ Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse* (Presses Universitaires de France - PUF, 2007).

dans le dualisme entre pulsion de vie et pulsion de mort. La pulsion de mort représente la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à un état anorganique ; elle tend à la réduction des tensions. Initialement tournée vers l'intérieur et l'autodestruction, elle est secondairement dirigée vers l'extérieur sous forme de destruction ou pulsion d'agression.

Dans la toxicomanie et l'anorexie mentale, la pulsion de mort est à l'œuvre. Cette notion n'est pas à confondre avec un désir de mort réel, mais rend compte d'un processus d'auto-destructivité.

Chez ces sujets, où la relation d'objet est désinvestie du fait d'une fragilité narcissique, le produit addictif (nourriture, vomissements, alcool, drogue) se met au service de la pulsion de mort, et on assiste à un retournement de ces pulsions de destruction vers le Moi¹⁶⁹.

¹⁶⁹ Christian Miel, « Représentation et pulsion de mort dans la toxicomanie », *Cahiers de psychologie clinique* 21, n° 2 (2003): 137.

2) Une sexualité-symptôme dans l'anorexie mentale masculine ?

Dans notre travail descriptif de l'anorexie masculine, comme dans notre rencontre avec les patients, la place de la sexualité est source de questionnement.

Identité sexuée, orientation sexuelle, intérêt ou désintérêt pour la sexualité, chacune de ces entités sont interrogées, expérimentées par les patients, et nous conduisent à réfléchir sur la portée psychopathologique qu'occupe la sexualité dans l'anorexie mentale masculine.

A) Anorexie mentale masculine et sexualité.

a) Place de l'homosexualité.

L'homosexualité apparaît plus fréquente dans l'anorexie masculine en comparaison avec l'anorexie féminine. Selon les études, la fréquence varie de 25 à 58% des patients¹⁷⁰. Certains auteurs envisagent l'homosexualité masculine comme un facteur de risque de développer des troubles du comportement alimentaire¹⁷¹.

¹⁷⁰ Jean Chambry et Gilles Agman, « L'anorexie mentale masculine à l'adolescence », *La psychiatrie de l'enfant* 49, n° 2 (2006): 477.

¹⁷¹ Lars Wichstrøm et PhD, « Sexual Orientation as a Risk Factor for Bulimic Symptoms », *The international journal of eating disorders* 39, n° 6 (2006).

Parmi la population masculine, la prévalence des troubles alimentaires est supérieure chez les hommes homosexuels ou bisexuels. Cet écart de prévalence ne se retrouve pas parmi la population féminine¹⁷².

La fréquence des troubles alimentaires est donc supérieure dans la population masculine homosexuelle. Les hommes homosexuels présentent également une insatisfaction corporelle plus élevée associée à des idéaux masculins plus minces¹⁷³, et seraient plus vulnérables aux modèles véhiculés par les médias. La « culture gay » notamment, promeut des corps minces et valorise l'apparence¹⁷⁴.

Carlat et al¹⁷⁵ ont mis en évidence les résultats suivants concernant l'orientation sexuelle d'un échantillon de patients anorexiques masculins :

- 41% sont hétérosexuels ;
- 27% sont homosexuels ou bisexuels ;
- 32% asexuels.

Il est à noter que l'homosexualité et la bisexualité seraient plus fréquentes parmi les patients présentant des symptômes boulimiques et atteindraient 42% des patients.

Ces chiffres rendant compte d'une fréquence de l'homosexualité parmi la population anorexique sont à comparer à ceux de la population générale.

Selon les études, la prévalence de l'homosexualité masculine serait évaluée entre 1 et 6% de la population générale.

¹⁷² Matthew B Feldman, PhD Meyer, et IlanHH Meyer, « Eating disorders in Diverse lesbian, gay and bisexual populations », *International Journal of Eating Disorders* 40, n° 3 (2007).

¹⁷³ Iain Williamson et Pat Hartley, « British Research Into The Increased Vulnerability of Young Gay Men To Eating Disturbance and Body Dissatisfaction », *European Eating Disorders Review* 6 (1998).

¹⁷⁴ Iain Williamson, « Why are Gay Men a High Risk Group for Eating Disturbance? », *European Eating Disorders Review* 7 (1999).

¹⁷⁵ Daniel J Carlat, Carlos A Camargo, et DB Herzog, « Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients », *American Journal of Psychiatry* 154 (1997).

La fréquence de l'homosexualité parmi les femmes présentant un trouble du comportement alimentaire serait estimée à 2%.

Mais une des difficultés de l'évaluation de l'homosexualité réside dans sa définition: faut-il la considérer sous l'angle de l'attirance sexuelle ou du comportement sexuel ?

Sell et al¹⁷⁶ se sont intéressés à la prévalence de l'homosexualité masculine selon la définition que l'on accorde à celle-ci. Ils obtiennent les résultats suivants pour la population générale en France :

- La présence d'une attirance homosexuelle sans comportement homosexuel est estimée à 8,5% de la population masculine et 11,7% de la population féminine ;
- La présence d'une attirance homosexuelle ou d'un comportement homosexuel sont retrouvés chez 18,5% de la population masculine et 18,5% de la population féminine ;
- La présence d'un comportement homosexuel (c'est-à-dire une relation homosexuelle au cours des 5 dernières années) est retrouvée chez 10,7% de la population masculine et chez 3,3% des femmes.

On constate donc que la fréquence de l'homosexualité parmi la population masculine anorexique est significativement supérieure à la fréquence de l'homosexualité dans la population masculine générale. Cette étude pointe par ailleurs la complexité de la définition l'homosexualité, et l'importance de rester prudent quant à l'interprétation de tels chiffres.

¹⁷⁶ R L Sell, J A Wells, et D Wypij, « The prevalence of homosexual behavior and attraction in the United States, the United Kingdom and France: results of national population-based samples », *Archives of sexual behavior* 24, n° 3 (juin 1995): 235-248.

b) Adolescence et sexualité.

La question de la sexualité a une place centrale chez les adolescents. L'adolescence va se caractériser par des modifications corporelles liées à la puberté et conduisant à la maturité génitale, auxquelles doit se réajuster l'organisation psychique et notamment la structure du moi, par l'intégration de cette maturation physique et la nécessité de réinvestir narcissiquement ce corps.

Le sentiment d'identité est ébranlé par le remaniement des identifications infantiles notamment face à la nécessaire assumption d'un corps sexué. Ce remaniement identificatoire doit aussi faire face à la nécessaire prise de distance vis-à-vis des parents, mettant à jour les assises narcissiques et la qualité des intériorisations antérieures.

Par ailleurs, l'adolescence se caractérise par l'accès à la génitalité et l'installation de son primat, ainsi que le renoncement à la bisexualité.

Ceci peut conduire l'adolescent à des interrogations anxieuses sur son sentiment d'identité, sa continuité narcissique. Ainsi, dans une recherche de réassurance narcissique, l'adolescent va être dans une quête d'un idéal du moi provisoire, à travers le groupe, la bande, dans la recherche d'une image satisfaisante de soi.

L'homosexualité adolescente peut s'inscrire dans le cadre de cette problématique narcissique.

« La sexualité risque de se voir utilisée uniquement pour réparer les failles dans le sentiment d'identité ». Joyce Mac Dougall (1973).

Quand on évoque l'homosexualité primaire qui peut être réactivée à l'adolescence de façon non pathologique, celle-ci diffère de l'identification primaire. Elle inscrit le sujet dans une relation à l'autre semblable, mais non identique ; en aimant un objet différent et semblable à soi, l'homosexualité primaire montre sa valeur structurante pour le sujet : la nécessité de passer par l'objet externe pour reconstituer les objets internes et se réconcilier avec son propre corps, va pouvoir lui permettre éventuellement de sortir de sa crise identificatoire¹⁷⁷.

c) Question de la bisexualité psychique.

Freud notait en 1920 que les « transports homosexuels et amitiés excessivement fortes teintées de sensualité sont choses tout à fait ordinaires, chez l'un comme chez l'autre sexe, dans les premières années qui suivent la puberté », ces mouvements s'intègrent dans le cadre des remaniements internes et du deuil de la bisexualité.

Pour Chambry¹⁷⁸, les chiffres présentant la fréquence de l'homosexualité parmi la population anorexique masculine sont à interpréter avec prudence. Selon l'auteur, ils indiquent « une difficulté importante chez ces adolescents à faire face au renoncement de la bisexualité et à s'engager vers une identité sexuée ».

¹⁷⁷ F. Marty et J-Y. Chagnon, « Identité et identification à l'adolescence. », *EMC psychiatrie/pédopsychiatrie*. 37-213-A-30 (2006).

¹⁷⁸ Jean Chambry et Gilles Agman, « L'anorexie mentale masculine à l'adolescence », *La psychiatrie de l'enfant* 49, n° 2 (2006): 477.

➤ Éléments théoriques sur la bisexualité psychique.

La bisexualité psychique se réfère au développement psychosexuel de l'enfant.

La période phallique, correspondant plus ou moins aux 4^{ème} et 5^{ème} années, appartient aux stades prégénitaux. Elle annonce la période œdipienne.

Il s'agit d'un temps primordial où tout se passe de la même manière pour le garçon et la fille, l'objet du désir est la mère, le seul organe sexuel est le phallus. Il est perçu comme porteur de pouvoir, de puissance, de complétude narcissique ; c'est pourquoi ce stade demeure en grande partie narcissique et non objectal.

L'enfant va prendre conscience à cette période de la différence des sexes, c'est-à-dire la présence ou l'absence de pénis et donc l'angoisse de castration émerge. Dans les deux sexes, le déni de la castration viendra protéger l'enfant de cette prise de conscience.

La période œdipienne est un temps fondateur dans l'organisation psychique, puisqu'elle permet le dépassement de l'auto-érotisme primitif et l'orientation de la libido vers des objets extérieurs. L'angoisse de castration est alors reconnue, et induit chez le garçon la peur de perdre le pénis et chez la fille le désir d'en avoir un.

Pour le garçon, à ce stade, la mère va être l'objet de la pulsion sexuelle, tandis que le père devient un modèle de puissance, mais est aussi menaçant en formulant l'interdit de l'inceste et la menace de castration.

La menace de la castration vient donc limiter et mettre en échec la relation primordiale du garçon avec sa mère, relation reposant sur la fusion et la totalité.

Elle est symbolisée par la formulation de l'inceste et est figurée par la différence anatomique des sexes.

La place du père comme tiers médiateur y est donc primordiale.

La période de latence va suivre. Il s'agit d'une étape supposée aconflictuelle et désexualisée, où les mouvements pulsionnels sont mis en veille. La socialisation va alors dominer, les buts pulsionnels sont déplacés vers des objets socialisés. Cette période va précéder l'entrée dans la puberté.

A l'adolescence, l'accès à la génitalité s'accompagne d'une réactualisation de la problématique œdipienne et des investissements narcissiques et objectaux.

« Pour parvenir à l'état hétérosexuel qui est l'origine du conflit œdipien, le petit garçon doit se dégager de cette symbiose primaire originelle dans laquelle lui et sa mère sont d'abord confondus. [...] Si sa mère et lui ne parviennent pas à mettre en route une réaction qui les fait tous deux décider (même si parfois ils y répugnent) de dégager leurs corps et leurs psychés respectifs de l'état d'union [oneness] trouvé dans la matrice et dans les premiers mois de la vie, alors le garçon reste comme enveloppé dans sa mère. » (Stoller, 1973).

Pour Schmit¹⁷⁹, il y a chez le garçon anorexique « une négation de la castration », qu'il met en lien avec une défaillance du père comme tiers médiateur.

➤ Bisexualité psychique et anorexie mentale masculine.

Ceci amène donc à se poser la question du non renoncement à la bisexualité psychique.

¹⁷⁹ Schmit.G et Rouam.F, « L'anorexie mentale chez l'adolescent de sexe masculin observations et réflexions théoriques. », *Neuropsychiatrie de l'enfance* 32 (1984).

Selon Chambry¹⁸⁰, chez le sujet anorexique, les identifications masculines vont entrer en conflit avec les liens d'attachement à la mère, tandis que les identifications féminines vont placer en porte à faux les garçons vis-à-vis de leur identité sexuée. Dans cette difficulté à affronter les conflits liés à la bisexualité psychique, les garçons semblent dans une tentative de garder du masculin et du féminin, là où les patientes chercheraient à estomper les deux. L'homme anorexique serait davantage aux prises avec « un désir de bisexualité »¹⁸¹.

Dans ces cas, le choix d'objet homosexuel ne traduirait pas une orientation sexuelle définie, mais aurait une valeur défensive par rapport aux mouvements pulsionnels inconscients.

En s'appuyant sur un matériel projectif (protocoles TAT et Rorschach) chez une population d'anorexiques masculins, Orgiazzi et al¹⁸² font le même constat d'un trouble de l'identification sexuelle, avec une position identificatoire masculine mal assumée, une identification féminine dans « une représentation beaucoup plus phallique que génitalisée ». Les positions homosexuelles y sont prégnantes avec une bisexualité psychique très présente : « de par l'importance d'une identification féminine marquée et d'une homosexualité infantile insuffisamment refoulée ».

La triangulation œdipienne pose problème, la différence des sexes est peu investie, ces garçons présentent « un dénigrement castrateur de l'autre comme de soi-même et infiltrant leur modalités objectales ».

¹⁸⁰ Jean Chambry et Gilles Agman, « L'anorexie mentale masculine à l'adolescence », *La psychiatrie de l'enfant* 49, n° 2 (2006): 477.

¹⁸¹ Ibid.

¹⁸² I. Orgiazzi/Billon-Galland et M. Chappaz, « Anorexies féminine et masculine : comparaison », *Cahiers de psychologie clinique* 18, n° 1 (2002): 139.

Les auteurs citent Gutton¹⁸³, et situent ces patients dans « une impasse élaborative des homosexualités infantiles ».

Pour certains auteurs¹⁸⁴, le non renoncement à une bisexualité trouverait un autre mode d'expression à travers l'obésité, qui, nous l'avons vu, concerne un grand nombre de patients anorexiques.

Le développement d'une masse adipeuse va venir gommer l'expression d'une féminité ou d'une masculinité, en masquant l'apparition des caractères sexuels secondaires.

Chez le garçon, en particulier, où l'expression de sa masculinité va conduire à un éloignement de l'univers maternel, pouvant possiblement être source d'angoisse, l'obésité va pouvoir signifier, par le refus de la différenciation sexuelle, l'incapacité à se séparer.

Par ailleurs, le développement de l'obésité peut s'accompagner de l'apparition de signes physiques tels la gynécomastie, des rondeurs d'allure féminine, qui renvoient à une certaine forme d'ambiguïté sexuelle.

Pour Chiland¹⁸⁵, dans son ambiguïté sexuelle, l'adolescent obèse impose « le mythe de l'homme perpétuellement enceint comme s'il leur était nécessaire à eux-mêmes et aux autres de donner un signe corporel visible niant l'appartenance à un seul sexe ». L'obésité va concourir à la réalisation de ce que Joyce Mc Dougall définit comme l'idéal hermaphrodite : « tentative de réaliser une transformation de l'image du corps, pour acquérir quelques attributs de l'autre sexe tout en conservant les siens

¹⁸³ Ph Gutton, « Transactions homosexuelles d'adolescence? », *Adolescence* 7, n° 1 (1989).

¹⁸⁴ G Kechid et al., « Obésité infantile: aspects cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques », *EMC psychiatrie/pédopsychiatrie*. 37-201-A-25 (2010).

¹⁸⁵ Colette Chiland, « La réalisation de l'idéal hermaphrodite: "Mange, mon fils, tu seras gros, tu seras homme et femme" », *Homo Psychanalyticus* (1990).

propres ». L'auteur souligne chez les sujets obèses qu'elle a rencontré l'importance de l'obésité familiale, et maternelle en particulier, et l'attachement prégnant à la mère, qui devient le support principal des identifications. Selon Chiland, « à être la totalité des sexes possibles, on perd tout sexe réel, on perd l'attrait de la différence et le plaisir de l'union ».

d) L'asexualité.

Dans les recherches sur les anorexiques masculins, l'absence ou la pauvreté de la vie sexuelle sont des données fréquemment retrouvées.

En effet, le patient anorexique semble présenter une sexualité d'une grande pauvreté, tant sur le plan des expériences que sur celui des représentations mentales.

Carlat¹⁸⁶ retrouve 73% de célibataires (contre 25% en couple et 2% de veufs ou divorcés) parmi les patients de son étude, et 32% d'asexuels.

Chambry¹⁸⁷ retrouve chez ces patients une anxiété importante à l'égard des activités sexuelles.

Par ailleurs, sur le plan des expériences sexuelles, les hommes anorexiques ont moins d'expériences pré-morbides que les femmes et ils sont moins souvent engagés dans une relation affective au moment de l'éclosion des troubles. Ils

¹⁸⁶ Daniel J Carlat, Carlos A Camargo, et DB Herzog, « Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients », *American Journal of Psychiatry* 154 (1997).

¹⁸⁷ Jean Chambry et Gilles Agman, « L'anorexie mentale masculine à l'adolescence », *La psychiatrie de l'enfant* 49, n° 2 (2006): 477.

ressentent plus d'insatisfaction vis-à-vis de leur identité sexuée¹⁸⁸. On peut également souligner que l'absence d'activité sexuelle avant la maladie est considérée comme un facteur de mauvais pronostic.

B) Fonctionnement familial et supports identificatoires.

Comme on l'a vu précédemment, l'assomption de la différence des sexes et de l'interdit de l'inceste passe par la résolution d'une situation œdipienne reposant sur la relation triangulaire père/mère/fils.

Chez l'anorexique masculin, la fréquence des troubles narcissiques et des troubles identitaires, notamment sur le plan de la sexualité, viennent questionner les modes relationnels à l'œuvre dans cette triade.

Albert et al¹⁸⁹ décrivent un fonctionnement matriarcal chez ces familles de patients anorexiques, et soulignent la relation d'interdépendance entre la mère et le fils anorexique.

Bruch¹⁹⁰ insiste sur le fonctionnement de ces mères qui généralement « impose(nt) au développement de l'enfant sa propre conception des besoins et des désirs de l'enfant, méconnaissant le fil conducteur de la personnalité de l'enfant ». Face à ce fonctionnement maternel, l'enfant va développer un faux self, ce que Bruch va décrire par la présence d' « un conformisme », « de(s) réalisations de façade ».

¹⁸⁸ Arnold E. Andersen, *Males With Eating Disorders* (Brunner-Mazel Inc, 1990).

¹⁸⁹ E Albert, M-C Mouren, et M Dugas, « La famille dans l'anorexie mentale masculine. », *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 32 (5-6) (1984).

¹⁹⁰ Hilde Bruch, *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*, Rééd. (Payot, 1994).

Le père du patient anorexique est lui décrit comme « en difficulté par rapport à ses propres repères identificatoires (...) le fils se trouve trahi par ce père, qui reste collé aux décisions maternelles »¹⁹¹. Pour Orgiazzi et al¹⁹², il présenterait une identité mal assurée du fait de la prévalence de ses identifications féminines et de la prégnance de l'imaginaire maternelle. Les données cliniques des auteurs mettent en évidence que « les pères se situent dans l'effacement et la « dévirilisation » : ils laissent la mère occuper le devant de la scène et envahir la place du fils, la relation à leur fils n'est jamais à bonne distance – trop près ou trop loin -, n'assumant pas un rôle de surmoi paternel étayant et protecteur ».

Or, « un père insignifiant, méprisé par la mère ou, à l'inverse, brutal et grossier rend difficile le processus d'idéalisation nécessaire à l'introjection du père et de ses attributs, prélude à l'identification »¹⁹³ ; on peut reconnaître ici certains aspects décrits chez les pères de garçons anorexiques. Ce père ne va pas représenter pour son fils un support identificatoire et libérateur face à la figure maternelle, il ne va pas remplir la fonction étayante qui permettrait à son fils de se libérer de l'attachement à la mère.

Pour Maazi¹⁹⁴, l'anorexie mentale serait un appel à la loi du père, donc à la différence des sexes et des générations. Le père, le père symbolique, est « le support et le garant de la loi du désir, qui interdit l'inceste et règle l'alliance ». Il symbolise le désir de la mère et est donc positionné entre elle et l'enfant. En effet, les relations au sein d'une famille sont chargées de désirs qui demandent à être soumis à une loi qui les régule. Le père symbolise cette loi et permet à l'enfant de grandir et devenir un

¹⁹¹ Jean Chambry et Gilles Agman, « L'anorexie mentale masculine à l'adolescence », *La psychiatrie de l'enfant* 49, n° 2 (2006): 477.

¹⁹² I. Orgiazzi/Billon-Galland et M. Chappaz, « Anorexies féminine et masculine : comparaison », *Cahiers de psychologie clinique* 18, n° 1 (2002): 139.

¹⁹³ Chasseguet-Smirgel Janine, *Le corps comme miroir du monde*, 2^e éd. (Presses Universitaires de France - PUF, 2011).

¹⁹⁴ Leïla Maazi, Bernard Kabuth, et Festus Body Lawson, « Anorexie mentale et fonction paternelle », *Perspectives Psy* Vol. 45, n° 3 (2006): 254-259.

adulte qui quitte père et mère pour fonder sa propre famille. Or dans les familles anorexiques, les hommes paraissent souvent « déphallilisés » par leur femme, acceptant qu'elle impose la loi. Ils apparaissent comme « la femme de leur femme ». La loi paternelle est ainsi perçue comme futile dans le discours de la mère. L'anorexie mentale apparaît dans un déni de la castration.

C) Anorexie mentale masculine et identité sexuée.

Plusieurs éléments nous amènent à nous questionner quant à l'identité sexuée du patient anorexique : la fréquence de l'homosexualité où le sujet est dans une quête narcissique du semblable, le non renoncement à une bisexualité psychique infantile, la fragilité des identifications notamment masculines. Par ailleurs, l'anorexie mentale demeure une pathologie majoritairement féminine, dans la réalité clinique comme dans l'esprit des cliniciens. Ceci nous conduit à nous interroger sur la possibilité d'une perturbation de l'identité sexuée chez ces patients.

a) L'identité sexuée ou identité de genre : définitions.

L'enfant vient au monde avec un sexe morphologiquement déterminé, mais son comportement va se trouver influencé par le milieu. La construction de l'identité sexuée fait intervenir de nombreux facteurs : biologiques, sociaux, cognitifs.

Dès la naissance, le sexe d'assignation de l'enfant organise les comportements et représentations des adultes envers les enfants, qui ne vivront pas les mêmes expériences de socialisation selon leur sexe. Le milieu de vie, par un processus d'acculturation va être sexué et sexuante, conduisant l'enfant à adopter les comportements typiques de son sexe.

Ceci a particulièrement été étudié par John Money en 1955¹⁹⁵, l'un des premiers psychologues à avoir travaillé auprès d'enfants souffrant d'ambiguïté sexuelle.

Le rôle des facteurs socioculturels et interpersonnels œuvrant dans la construction de l'identité sexuée de l'enfant a particulièrement été étudié parmi la population des sujets intersexes ou hermaphrodites. Chez ces sujets, le sexe éducatif, c'est-à-dire le sexe sous lequel l'enfant est désigné de par son éducation, et qui entraîne l'acquisition d'un comportement donné, était déterminant chez l'enfant dans son sentiment d'appartenance à un sexe.

Les facteurs biologiques, constitutionnels, ne décident pas du rôle sexuel, celui-ci procède du sexe éducatif, l'empreinte psychologique prime sur le biologique dans la construction du sentiment d'appartenance sexuelle. Il a introduit le concept de genre, et la différence fondamentale entre le genre, relevant du psychologique et du social et le sexe, relevant du biologique.

Stoller¹⁹⁶, psychiatre et psychanalyste américain, a repris cette notion et introduit en 1964 le terme de « noyau de l'identité de genre » auquel trois facteurs concourent : l'ancrage biologique c'est-à-dire les organes génitaux du nourrisson, qui va directement influencer l'assignation du sexe par les proches à la naissance, et les

¹⁹⁵ Aude Michel, *Les troubles de l'identité sexuée* (Armand Colin, 2006).

¹⁹⁶ R.J Stoller, *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*, Gallimard. (Paris, 1968).

phénomènes biopsychiques qui correspondent d'après Stoller à la relation précoce mère-bébé.

L'identité de genre désigne ici le vécu identitaire exprimé en termes d'appartenance au féminin ou au masculin. Pour Stoller¹⁹⁷, concernant le masculin et le féminin, il s'agirait « d'une croyance – plus précisément d'une masse de croyances – non d'un fait indéniable ». Il existe chez chaque individu un mélange de masculinité et de féminité.

Colette Chiland va elle privilégier le terme d'identité sexuée, permettant de distinguer le sexué (la sexuation) du sexuel (la sexualité), un individu pouvant présenter un trouble de l'identité sexuée sans perturbation de son orientation sexuelle.

Comme le souligne Godfrind (1997) : « identité et identité sexuée sont coextensives, indissociablement associées, fondamentalement complémentaires et ce dans leur genèse même. » L'identité sexuée se construit sur l'expérience vécue du corps sexué que l'enfant éprouve. Elle dépend de l'assignation du sexe par les parents et de son investissement fantasmatique. Alors, la différence des sexes est constitutive de l'organisation psychosexuelle, « elle est fondatrice d'une identité sexuée qui se construit dans une dialectique bisexuée, comme l'inscription inaugurale de la "scène primitive", matrice des mouvements inconscients qui président à la rencontre des sexes ».

L'identité sexuée fondamentale est partiellement indépendante de l'identité de sexe, c'est-à-dire des attributs biologiques présents à la naissance. Le principe fondateur de l'identité sexuée est l'assignation du sexe par les parents. D'un premier sentiment d'être mâle ou femelle s'élabore l'identité de genre qui inclut les rôles masculin et

¹⁹⁷ R.J Stoller, *Masculin ou féminin?*, PUF. (Paris, 1989).

féminin, par identification aux deux parents, ce qui présuppose la séparation d'avec la mère et l'entrée dans une relation triadique.

b) Formation de l'identité sexuée.

La différenciation sexuelle débute par le déterminisme sexuel primaire avec le sexe chromosomique, qui conduira à la constitution du sexe gonadique et au développement des glandes sexuelles, puis au sexe corporel, avec des organes génitaux externes et internes différenciés, amenant à l'assignation d'un sexe civil par les proches.

Sur le plan psychique, selon Freud, l'inscription du sujet dans son identité sexuée passe par la résolution du complexe d'œdipe et de la castration, qui « abouti(ra) notamment à l'assomption des identifications secondaires au parent du même sexe, déterminant par-là l'inscription de la subjectivité de l'enfant dans le pôle masculin ou féminin »¹⁹⁸.

Pour Stoller, dans un premier temps, la nature des organes génitaux va orienter les comportements et attitudes des parents envers l'enfant, qui développera un sentiment d'appartenance à un sexe par empreinte de ces facteurs bio-psychiques. Le noyau de l'identité de genre s'établit de manière définitive avant la deuxième année de vie. Pour Stoller, l'identification première du garçon est une identification à la mère, conséquence d'une relation fusionnelle entre la mère et son enfant. Le

¹⁹⁸ Aude Michel, *Les troubles de l'identité sexuée* (Armand Colin, 2006).

garçon doit parvenir à un changement de genre par un processus de séparation individuation, pour acquérir une identité de genre masculine

D'après Chiland, l'identité de genre est le fruit d'une construction psychique, qui s'élabore en même temps que l'identité, et trouve ses origines dans l'esprit des parents dès la conception de l'enfant.

c) Troubles de l'identité de genre.

Des discordances peuvent apparaître entre le sexe et l'identité de genre, et donner lieu à une souffrance chez le sujet. Stoller utilise le terme de « dysphorie de genre », le DSM IV-TR les regroupe sous la dénomination de « trouble de l'identité sexuelle ».

Ces troubles vont du questionnement identitaire qui peut être transitoire, au transsexualisme, où le sujet souffre du sentiment d'appartenir à l'autre sexe, et où la demande est une transformation corporelle pour faire correspondre le corps (sexe biologique) à l'identité sexuée.

Le terme de transsexualisme a été introduit en 1953 par Benjamin, sexologue et endocrinologue américain. La première définition française est donnée par Alby¹⁹⁹ en 1956 : « hommes plus souvent que femmes, ces sujets normalement constitués ont le sentiment d'appartenir au sexe opposé et demandent une transformation morphologique par le recours à la chirurgie plastique et l'administration d'hormones pour corriger ce qu'ils considèrent comme une erreur de la nature ».

¹⁹⁹ Jean-Marc Alby, « Contribution à l'étude du transsexualisme », 1956.

Il existe trois modèles explicatifs du transsexualisme.

Le premier, dit a-conflituel, dans la lignée de Stoller, écarte le transsexualisme du registre de la pathologie psychiatrique, et l'explique par une relation symbiotique entre le garçon et sa mère à laquelle l'enfant s'identifie par un phénomène d'empreinte.

Le deuxième modèle dit conflictuel, envisage le transsexualisme comme un processus conflictuel dans lequel l'identité de genre n'aurait jamais été fixée. Colette Chiland se place dans cette conception qui situe le fonctionnement des patients transsexuels dans le registre des états limite et de l'angoisse de séparation, évoque « une maladie du narcissisme », où « le patient ne construit son self, son soi, le sentiment d'exister, qu'au prix d'une identité de sexe contraire »(...) « il lutte pour sauvegarder son sentiment d'exister »²⁰⁰.

Enfin, le dernier modèle explicatif est celui de l'association freudienne internationale qui situe le transsexualisme dans le registre de la psychose.

Actuellement le champ des dysphories de genre regroupe un large spectre, s'échelonnant du transsexualisme aux homosexuels masculins efféminés et aux lesbiennes masculines, en passant par les convictions transsexuelles du registre psychotique, aux troubles de personnalité conduisant à la prostitution²⁰¹.

²⁰⁰ C. Chiland, « Problèmes posés aux psychanalystes par les transsexuels », *Revue française de psychanalyse* 69, n° 2 (2005).

²⁰¹ Aude Michel, *Les troubles de l'identité sexuée* (Armand Colin, 2006).

d) Anorexie masculine et trouble de l'identité de genre.

Malgré une représentativité croissante, la fréquence de l'anorexie mentale masculine reste faible ; il en est de même pour la fréquence des troubles de l'identité de genre, ce qui amène à la rareté de leur association.

Concernant la fréquence des troubles de l'identité de genre on retrouve les chiffres suivant :

- Entre 4 et 11 ans, 5% des filles et 2,6% des garçons présentent selon leurs parents un comportement du sexe opposé. Chez les adolescents, ces pourcentages passent à 2% des filles et 1,1% des garçons, mais peu d'enfants sont adressés en consultation pour ce type de problème. Le sexe ratio, longtemps à prédominance masculine tend à s'égaliser. Selon les études, la plupart des enfants présentant un trouble de l'identité de genre présentera à l'âge adulte une sexualité de type homo ou bisexuelle sans trouble de l'identité de genre²⁰².
- Concernant le transsexualisme, le taux de prévalence usuellement retenu est de 1/30000 et 1/100000 respectivement dans les populations masculines et féminines, même si les cas féminins sont en augmentation²⁰³.

Certaines études ont analysé les comorbidités présentées par les sujets présentant un trouble de l'identité de genre. Campo et al²⁰⁴ ont retrouvé chez 39% d'entre eux qu'il s'agit du trouble primaire. Chez 61% des sujets, le trouble de l'identité de genre

²⁰² H. Asscheman, « Troubles de l'identité de genre chez les adolescents », *Sexologies* 18, n° 2 (avril 2009): 156-160.

²⁰³ Colette Chiland et Bernard Cordier, « Transsexualisme », *Encycl Med Chir, Psychiatrie* 37-299-D-20 (2000).

²⁰⁴ Joost Campo et al., « Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists », *The American journal of psychiatry* 160, n° 7 (juillet 2003): 1332-1336.

est associé à une comorbidité psychiatrique : la plus représentée, 79% des cas, est le trouble de personnalité, viennent ensuite les troubles thymiques chez 26% des sujets, le trouble dissociatif dans 26% des cas et le trouble psychotique dans 24% des cas. L'association d'un trouble de personnalité est également une comorbidité fréquemment retrouvée chez les sujets transsexuels, 42% d'entre eux, dont 16% du cluster A, 23% cluster B, 20% cluster C²⁰⁵.

Les patients anorexiques et les sujets transsexuels partagent un trouble de l'image du corps, et une insatisfaction à son égard. Par ailleurs, on sait que les populations les plus sensibles à l'image corporelle et les plus sujettes à une insatisfaction corporelle sont les femmes et les hommes homosexuels. Plus largement, on retrouve parmi ces deux populations une fragilité narcissique avec un trouble identitaire plus ou moins marqué.

Hepp et Milos²⁰⁶ ont rapporté les cas de trois patients transsexuels (deux hommes biologiques et une femme biologique) présentant comme comorbidité un trouble du comportement alimentaire. Chez les deux hommes le trouble de l'identité de genre est bien largement antérieur au trouble alimentaire (anorexie mentale pour l'un, boulimie pour l'autre) qui survient plutôt en fin d'adolescence, mais est lui-même antérieur au changement de sexe. Les auteurs avancent l'hypothèse que le trouble alimentaire permettrait à la fois de supprimer la libido et de satisfaire à un idéal corporel féminin de minceur.

²⁰⁵ U. Hepp et al., « Psychiatric comorbidity in gender identity disorder », *Journal of Psychosomatic Research* 58, n° 3 (mars 2005): 259-261.

²⁰⁶ Urs Hepp et Gabriella Milos, « Gender Identity Disorder and Eating Disorders », *International Journal of Eating Disorders* 32, n° 4 (2002): 473-478.

Chambry, quant à lui, considère que les troubles de l'identité sexuelle des patients anorexiques ne sont que très rarement des troubles de l'identité de genre de type transsexualisme.

L'identité de genre fait partie de l'identité globale du sujet, elle est donc un élément à évaluer parmi la population anorexique masculine. Comme nous l'avons vu précédemment, ces sujets présentent souvent des difficultés dans l'intégration de différents aspects de leur identité : corps et image corporelle, identifications masculines, sexualité.

3) Influences des évolutions sociales.

« On ressemble plus à son époque qu'à ses parents ».

Cette observation de l'historien Marc Bloch interroge la question des miroirs dans nos sociétés modernes, en particulier chez les adolescents pour qui la problématique de la construction identitaire est au premier plan.

Le modèle familial a changé aux cours des dernières décennies, vers un schéma où les différences s'estompent entre les générations mais aussi au sein du couple parental. La primauté est accordée à l'individu, au désir, et à sa réalisation ; les interdits perdent de leur valeur, de même que les instances qui les régulent.

C'est dans cette société en changements qu'évoluent nos adolescents et patients anorexiques, et s'intéresser à ce contexte social pourrait permettre d'appréhender cette influence sur l'expression de la souffrance de nos patients.

A) Déconstruction du genre avec le mouvement transgenre et l'abolition du modèle bipolaire de l'identité sexuée.

Le mouvement transgenre ou *queer* naît dans les années 90.

Initialement *queer* désigne « étrange, louche, bizarre, patraque, homosexuel ». Il a été utilisé en premier lieu dans les années 1970/1980 par des groupes de femmes

homosexuelles appartenant à des minorités (chômeuses, minorités ethniques), mal intégrées, qui font de ce terme leur étendard.

Judith Butler (« Gender trouble », 1990) puis Theresa De Lauretis (« Technologies of gender. Essays on Theory, film and fiction », 1987) développent dans les années 1990 aux Etats Unis la théorie *queer*, ou transgenre, désignant toute pratique transgressant les classifications en vigueur. Le cœur du *queer*, c'est la déconstruction du genre, du sexe, l'abolition des limites restrictives de la bipolarisation du genre. Pour Butler, la psyché se formerait par l'intériorisation des normes, et le genre serait la traduction culturelle de l'hétérosexualité obligatoire, fondement d'une identité normative.

Selon la théorie *queer*, l'identité sexuée n'obéit qu'aux lois du désir, et non celles du biologique ou de la culture, elle est labile.

Il s'agit d'une pensée constructionniste qui procède à une dénaturalisation du genre et du sexe. Le genre résulterait de comportements répétés et d'actes de langage qui auraient une valeur performative, et ne seraient donc pas l'expression du genre mais son fondement.

Cette pensée procède d'une déconstruction de la différence et d'une ouverture du corps à tous les possibles. Pour Judith Butler, citée par Janine Chasseguet-Smirgel : « Par exemple, si sexe et genre sont radicalement distincts, alors il ne s'ensuit pas que d'un sexe donné doive surgir un genre donné (...) la radicale formulation de la distinction sexe/genre suggère que les corps sexués puissent être l'occasion de plus d'un genre et, en allant plus loin, que le genre lui-même ne se

limite pas à deux. (...) De façon plus radicale, on peut, si on le choisit, ne devenir ni masculin ni féminin, ni homme ni femme. »²⁰⁷

Ce mouvement correspond à une nouvelle forme d'appartenance. Désormais, les marqueurs d'appartenance à un genre s'amointrissent, ce qui s'observe aussi bien dans le look (mode de l'androgynie), l'assertivité et la revendication de masculinité chez les filles (revendication d'une agressivité, filles meneuses de gang, consommation de tabac, alcool), et de la féminité parmi la population masculine (soins esthétiques et cosmétiques).

Michel Schneider, écrivain, énarque et psychanalyste, auteur de « La confusion des sexes »²⁰⁸, remet en question le traitement culturel du sexe et cette pensée constructionniste du genre : « la non prise en compte de la différence des sexes s'accompagne, voire entraîne, une indifférence au sexe, et quand il n'y a plus deux sexes il n'y a bientôt plus de sexe ».

Schneider aime à citer Freud : « si nous pouvions renoncer à notre condition corporelle et pur être pensant venant par exemple d'une autre planète, saisir les choses de cette terre d'un regard neuf, rien ne frapperait plus peut être notre attention que l'existence de la différence des sexes parmi les êtres humains, qui, par ailleurs si semblables, accentuent pourtant leurs différences par les signes les plus extérieurs ». Il montre par là ce qu'il y a de semblable (l'appartenance à un même genre humain) et de différent (conduisant à une asymétrie, une polarité) entre les sexes.

²⁰⁷ Chasseguet-Smirgel Janine, *Le corps comme miroir du monde*, 2^e éd. (Presses Universitaires de France - PUF, 2011).

²⁰⁸ Michel Schneider, *La confusion des sexes* (Flammarion, 2007).

La non reconnaissance de cette différence exprime « probablement le désir de beaucoup de gens d'être débarrassé enfin de cette nécessité de rencontrer l'autre et de s'accoupler pour faire des enfants ». Il y a là un évitement de la rencontre à l'autre, de la douleur de désirer, un évitement de la confrontation au sexuel.

Prenons les exemples du cybersexe ou sexualité virtuelle qui évite tout contact physique des corps tout en échappant à la différence et à la confrontation avec la réalité du sexe de l'autre, ou la procréation médicalement assistée qui, en permettant « le refus de tout rapport sexuel pour faire un enfant autorise les fantasmes de toute puissance et un géniteur affranchi du poids de son corps »²⁰⁹.

B) Déclin d'un modèle patriarcal.

Le modèle familial a été l'objet de plusieurs changements au cours des derniers siècles.

A la famille traditionnelle, où la finalité était la survie car la mort menaçait tous les âges, et où les institutions réglaient les interdits et les sanctions, a succédé le modèle familial moderne. Dans cette nouvelle dynamique, les institutions se transforment et se trouvent légitimées par un pacte collectif, social. Dans cette famille conjugale, nucléaire, de tradition patriarcale, le mariage joue une place centrale, les rôles masculins et féminins y apparaissent spécialisés et fonctionnels.

²⁰⁹ Guillemine Chaudoye et al., *Le sexuel, ses différences et ses genres* : Enjeu du sexuel dans les cultures contemporaines (EDK, 2012).

Le modèle familial contemporain émerge dans les années 1970. Il s'agit d'une famille « relationnelle », qui repose sur des liens librement consentis, révocables à tout moment par chacun des partenaires du couple. Le couple s'est précarisé et ne peut plus être considéré comme une entité statique. Désormais, ce qui fonde la famille, c'est l'enfant, enfant du désir, massivement investi par ses parents dans une composante narcissique.

La famille qui était jusque-là liée à la vie sociale, étant le lieu où se prépare pour le futur sujet l'accession à la société dont il fera partie, se dégage progressivement de cette articulation au social pour se refermer sur elle-même. Le lien social est perçu comme une entrave potentielle au désir, l'individu prime sur le collectif.

Par ailleurs, on observe un effacement de la différence des sexes comme organisateur de l'espace familial. Successivement, les termes d'autorité parentale (code civil 1970) puis de parentalité (1985) sont apparus. Parental, parentalité, excluent la différence des sexes, insistent sur les capacités éducatives des parents, et placent les deux parents dans un rapport de symétrie.

Pour Lebrun²¹⁰, cette quête d'égalité tend à se confondre avec une « mêmeté », faisant fi des différences fondamentales père/mère.

La mère est le premier autre, premier interlocuteur de l'enfant ; grâce à ce que Winnicott nomme « la préoccupation maternelle primaire » elle vient combler le nourrisson, s'accorder à ses besoins. C'est une mère « presque pleine », qui introduit rapidement l'absence grâce au langage.

« Le père est au départ quasi absent, mais ce qui va lui permettre de devenir présent, c'est qu'il va être introduit par la parole de la mère. D'abord, de par sa

²¹⁰ Jean-Pierre Lebrun, *Fonction maternelle, fonction paternelle* (Editions Fabert, 2011).

parole qui le reconnaît comme père, ensuite parce que la mère prendra sa parole en compte. »²¹¹

Le père est également celui qui va introduire l'altérité au sein de la dyade mère/enfant : « l'essentiel de sa tâche consiste donc à signifier à l'enfant qu'il n'est pas assujéti au caprice de sa mère. Pour faire entendre cela, la voie la plus simple est encore que le père lui-même ne soit pas assujéti à sa femme. »

On assiste au déclin de la fonction patriarcale, légitimé par le discours social qui prône « l'égalitarat », et à ce que Lebrun appelle la « mèreversion », où mère et enfant forme un couple excluant l'altérité, et excluant également toute possibilité de désir pour l'enfant qui reste collé à sa mère.

C) Quid de la virilité ?

On assiste depuis les années 1970 à une profonde remise en cause du modèle traditionnel de la virilité. Ces dernières décennies ont été marquées par une poussée de l'égalité entre les sexes entraînant une profonde mise en cause de la virilité. La pensée féministe s'invente un style de vie autonome « du monde des hommes ». L'identité sexuée masculine a de fait été bousculée, et on assiste à une modification des critères traditionnels de virilité, les qualités masculines étant désormais influencées par des qualités « typiquement » féminines comme la sensibilité, la beauté²¹². Ces données questionnent l'influence du féminisme dans l'évolution de la

²¹¹ Ibid.

²¹² Suzanne Férrières-Pestureau, « Les métamorphoses du corps masculin à l'épreuve de la postmodernité », *Champ Psy* 59 (2011).

virilité, et font écho à cette pensée de J-J Rousseau : « faute de pouvoir se rendre hommes, les femmes nous rendent femmes » (*Lettre à D'Alembert*).

Cette citation d'Erasme : « on ne naît pas homme, on le devient » illustre le processus de maturation qui conduit l'enfant à devenir un homme. Cette construction de la virilité fait intervenir plusieurs acteurs : la famille, où s'acquièrent les rôles dévolus à chaque sexe et lieu de socialisation, les pairs, l'école. Ces différentes institutions ont-elles-mêmes connu des changements au cours des dernières décennies.

La famille a vu une réorganisation des rôles masculins et féminins vers un aplanissement des différences, l'émergence d'une nouvelle forme de paternité. « Les nouveaux pères », loin du modèle traditionnel de l'éducation virile où le père occupait une place d'autorité distante, se voient incités à exprimer leurs affects et émotions. Les divorces toujours plus nombreux conduisent à une complexification des schémas familiaux, amenant la multiplicité des figures paternelles pour les garçons. De ce fait : « pour de nombreux garçons, l'intériorisation de l'identité masculine et le cheminement vers le statut d'homme adulte ne sont plus guidés par la figure tutélaire d'un père incarnant les valeurs et les attitudes de la virilité, mais suivent désormais des procédures complexes qui l'obligent à trouver ses modèles en surmontant des ruptures et des contradictions ».²¹³

L'allongement de l'adolescence, du temps des études, la disparition du service militaire obligatoire, véritable école de la virilité pour certains, concourent à une perte des rites initiatiques et constructifs de la virilité.

²¹³ Alain Corbin et al., *Histoire de la virilité* : Tome 3, *La virilité en crise*?, Le XXe-XXIe siècle (Seuil, 2011).

L'ordre viril était également lié à la société industrielle : le travail faisait l'homme. Désormais, la force musculaire n'est plus nécessaire au travail, robot et machines la remplace et la concurrence des femmes fragilise le modèle dominant du travailleur viril.

Les valeurs viriles n'ont pourtant pas disparu du champ social et se retrouvent dans un imaginaire de la virilité véhiculé par la culture de masse, mais : « la contradiction entre la fragilité et l'incertitude du genre masculin, d'une part, et la pression des stéréotypes virils, d'autre part, serait, selon certains auteurs, à l'origine de la relation troublée qu'entretiennent bien des adolescents avec leur masculinité ».²¹⁴

La construction identitaire des jeunes quant à la question de la virilité proviendrait davantage de la profusion des modèles masculins, où cohabitent des figures célébrant l'androgynie et d'autres prônant la virilité triomphante et de la difficulté à gérer ces normes contradictoires.

« L'évidence virile est de plus en plus ébranlée, les conditions d'exercice de la virilité, les manières d'être homme, sont en réécriture. »²¹⁵

On assiste, pour les valeurs traditionnellement associées à la virilité (force, courage, bravoure...), à une perte du symbolique s'accompagnant d'un recentrage sur le corps. Désormais la force se mesure aux mensurations de la musculature, la volonté s'évalue au contrôle exercé sur le corps, l'homme est viril de par ce qu'il possède, ce qu'il a (gros bras, grosse voiture) plus que par ce qu'il est.

²¹⁴ Ibid.

²¹⁵ Daniel Welzer-Lang, *Nous, les mecs. Essai sur le trouble actuel des hommes* (Payot, 2009).

D) Liens entre ces évolutions et l'anorexie mentale masculine.

Le sujet se construit dans la différence : le paradoxe de l'identité est de renvoyer au caractère de ce qui est semblable et au caractère de ce qui est unique. Dans l'identification, il s'agit de passer par l'autre pour devenir soi.

La confusion des genres et des générations conduisent les patients dans une double identification non symbolisable. Le corps devient alors le seul espace d'expression. Or dans l'anorexie mentale le corps constitue un objet menaçant, il se sexualise et rappelle ainsi la dimension de l'altérité et de la différence des sexes.

La souffrance anorexique pourrait donc traduire le malaise que connaît actuellement notre société dans la difficulté à accepter la différence, à ne pas considérer l'altérité comme systématiquement menaçante, accepter l'absence, le manque, la castration que nous impose nécessairement le rapport à l'autre.

La fonction paternelle joue un rôle central dans les processus d'identification, permettant d'inscrire le sujet dans la filiation et le désir.

En faisant masculine l'hypothèse psychopathologique pour l'anorexie mentale d'une carence de la fonction paternelle, nous voyons comment « le malaise de notre civilisation » menace cette fonction, ce qui fait dire aux sociologues qu'« Œdipe a laissé sa place à Narcisse »²¹⁶, la souffrance ne s'exprime plus dans le désir et le conflit mais dans la perte et les idéaux.

²¹⁶ Alain Ehrenberg, « La société du malaise », *Adolescence* 29, n° 3 (2011).

Conclusion.

L'anorexie mentale masculine pose la question essentielle de la différence.

Le comportement anorexique procède :

- A l'abrasion des différences sexuelles, par la féminisation de l'apparence, la prévalence des identifications féminines, le « choix » d'une pathologie « typiquement féminine », du moins dans l'imaginaire collectif.
- D'un trouble de la différenciation. En intervenant dans le processus adolescent, il vient symboliser l'impossibilité de se différencier de la Mère, en acceptant la castration et renonçant à la bisexualité psychique, mais aussi la difficulté à se différencier de l'enfant qu'il est/était, en s'autonomisant et accédant à une sexualité sous le primat du génital.

C'est peut-être aussi sur ces différences qu'il faut s'appuyer pour élaborer les soins du patient anorexique.

La prise en charge thérapeutique ne doit pas se limiter à la recherche d'une disparition du symptôme. Elle doit accompagner le patient et lui permettre d'esquisser le processus de séparation/individuation nécessaire à son épanouissement. Elle viendra ainsi exercer cette fonction de tiers séparateur (fonction paternelle), qui, nous l'avons vu, semble bien souvent défaillante. Dans cette perspective le soignant dispose de plusieurs outils :

- La thérapie institutionnelle, qui grâce à l'hospitalisation permettra d'aider les parents à assurer leur fonction parentale et exercera un rôle de pare excitation qui « offri(ra) en effet des médiations qui rendent le contact objectal moins dangereux et plus supportable que dans la relation duelle où elle risque d'être immédiatement captée par l'autre »²¹⁷.
- La prise en charge familiale travaillera la mise en mots du ressenti et des émotions de chacun. L'abord systémique va permettre de redéfinir au sein de l'espace familial les places et rôles de chacun, d'élaborer les limites et travailler sur la constitution d'une identité propre et d'un espace psychique différencié pour chaque membre de la famille. Elle permettra également de soutenir le rôle du père dans sa fonction de support identificatoire.
- La prise en charge corporelle semble particulièrement importante chez les anorexiques masculins. Ce travail pourrait s'axer sur différentes dimensions. La dimension perceptive, avec la question de l'investissement du corps dans l'intégration de ses limites, de son vécu, permettrait au sujet d'expérimenter son corps comme faisant partie intégrante de son identité. Ce travail permettrait au sujet de prendre conscience de ses sensations internes, de travailler sa capacité à sentir par elle-même.

Un autre objectif serait l'acceptation du corps, comme source des émotions et instrument de plaisir.

²¹⁷ Ph Jeammet, « L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires », *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 41 (1993).

Un travail en groupe de patients pourrait permettre de soutenir le travail identificatoire, au sein des pairs, d'autant plus dans le milieu des services hospitaliers qui reste à prédominance féminine.

Bibliographie.

- Abdelkassem, L, E Mèle, et B Lahutte. « Plus léger que l'air: un cas d'anorexie masculine chez un pilote d'avion ». *Nervure* 21, n° 2 (2008).
- Ackard, D M, et C B Peterson. « Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables ». *The International journal of eating disorders* 29, n° 2 (mars 2001): 187-194.
- Adès, J, et M Lejoyeux. « Dépendances comportementales: achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendance au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosif intermittent, trichotillomanie. » *EMC*, n° 37-3966-A-20 (1999).
- Alain Dervaux, et Valot Laurent. « Les addictions sans drogues. » *Perspectives psy* 47, n° 1 (2008).
- Albert, E, M-C Mouren, et M Dugas. « La famille dans l'anorexie mentale masculine. » *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 32 (5-6) (1984).
- Alby, Jean-Marc. « Contribution à l'étude du transsexualisme », 1956.
- . « Identité et rôles sexuels ». *L'Évolution Psychiatrique* 72 (2007).
- Alliez, J, JL Godaccioni, et J Gomila. « Anorexies mentales masculines ». *Annales medicopsychologiques* (1954).
- Andersen, Arnold E. *Males With Eating Disorders*. Brunner-Mazel Inc, 1990.
- Anderson, EA. « Anorexia nervosa and bulimia in adolescent males ». *Pediatr Ann* 13 (1984).
- Askenazy, F., M. Beaumont, A. Serpa-Rouede, E. Dor-Nedonsel, et S. Serret. « Vers une nouvelle approche clinique de l'anorexie mentale ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 60, n° 2 (mars 2012): 120-125.
- Asscheman, H. « Troubles de l'identité de genre chez les adolescents ». *Sexologies* 18, n° 2 (avril 2009): 156-160.
- Baghurst, Timothy, Daniel B Hollander, Beth Nardella, et G. Gregory Haff. « Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures ». *Body Image* 3 (2006).
- Baum, Antonia. « Eating Disorders in the Male Athlete ». *Sports med* 36, n° 1 (2006).

- Bercé, C., A. Vinay, et E. Nicot. « Quand l'anorexie n'est plus seulement féminine ». *Pratiques Psychologiques* 15, n° 1 (mars 2009): 121-136.
- Berdah, C. « Obésité et troubles psychopathologiques ». *Annales Médico-psychologiques* 168 (2010).
- Bourke, MP, GJ Taylor, JDA Parker, et RM Bagby. « Alexithymia in women with anorexia ». *British Journal of Psychiatry* 161 (1992).
- Breton, David Le. *Anthropologie du corps et modernité*. 6e éd. Presses Universitaires de France - PUF, 2011.
- Bruch, Hilde. *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*. Rééd. Payot, 1994.
- Buvat, J, A Lemaire, et K Ardaensk. « Profil des hormones gonadiques dans 8 cas d'anorexie mentale masculine étudiés avant et au cours de la reprise de poids. » *Annales d'endocrinologie* 44 (1983).
- Caccavale, Laura J., Tilda Farhat, et Ronald J. Iannotti. « Social engagement in adolescence moderates the association between weight status and body image ». *Body Image* 9, n° 2 (mars 2012): 221-226.
- Caillé, P. « Il disordine del comportamento alimentare come "doppio-messaggio" ». In *Famiglia e Malattia Psicomatica: l'orientamento Sistemico*, 1988.
- Campo, Joost, Henk Nijman, H Merckelbach, et Catharine Evers. « Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists ». *The American journal of psychiatry* 160, n° 7 (juillet 2003): 1332-1336.
- Carlat, Daniel J, Carlos A Camargo, et DB Herzog. « Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients ». *American Journal of Psychiatry* 154 (1997).
- Carper, Teresa L. Marino, Charles Negy, et Stacey Tantleff-Dunn. « Relations among media influence, body image, eating concerns, and sexual orientation in men: A preliminary investigation ». *Body Image* 7, n° 4 (septembre 2010): 301-309.
- Carrier, Claire. « Le modèle de la transformation somato-psychique sportive, la sexualité humaine et les addictions comportementales ». *Revue internationale de psychologie* IX, n° 20 (2003).
- Cash, TE, et EA Deagle. « The nature and extend of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis ». *International Journal of Eating Disorders* 22 (1997).
- Chabrol, H. *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*. PUF., 2005.
- Chambry, Jean, et Gilles Agman. « L'anorexie mentale masculine à l'adolescence ». *La psychiatrie de l'enfant* 49, n° 2 (2006): 477.

- Chaudoye, Guillemine, Dominique Cupa, Hélène Parat, et Collectif. *Le sexuel, ses différences et ses genres* : Enjeu du sexuel dans les cultures contemporaines. EDK, 2012.
- Chiland, C. « Problèmes posés aux psychanalystes par les transsexuels ». *Revue française de psychanalyse* 69, n   2 (2005).
- Chiland, Colette, et Bernard Cordier. « Transsexualisme ». *Encycl Med Chir, Psychiatrie* 37-299-D-20 (2000).
- Chiland, Colette. « La réalisation de l'idéal hermaphrodite: "Mange, mon fils, tu seras gros, tu seras homme et femme" ». *Homo Psychanalyticus* (1990).
- Cook-Darzens. *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique*. Dunod, 2002.
- Corbin, Alain, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello, et Collectif. *Histoire de la virilité* : Tome 3, *La virilité en crise* ?, Le XXe-XXIe siècle. Seuil, 2011.
- Corcos, M, et M Sperenza. *Psychopathologie de l'alexithymie*. Ed Dunod. Paris, 2003.
- Corcos, M., F. Atger, et Ph. Jeammet. «   volution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 161, n   8 (octobre 2003): 621-629.
- Corcos, Maurice. « Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires ». *Dialogue* 169, n   3 (2005): 97.
- Corcos, Maurice, et Philippe Jeammet. « Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence: la force et le sens. » *Psychotropes* 12 (2006).
- . « Conduites de dépendance à l'adolescence, aspects étiopathogéniques et cliniques. » *Encycl Med Chir, Psychiatrie* 37-216-G-30 (2000).
- Corcos, Maurice. *Le corps absent* : Approche psychosomatique des troubles de conduites alimentaires. 2e   d. Dunod, 2009.
- . *Le corps insoumis* : Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. Dunod, 2004.
- Craig, AD. « How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body ». *Nat Rev Neurosci* 3, n   8 (2002).
- Crisp, A.H. *Anorexia nervosa: let me be*. Grume and Stratton, 1980.
- Crisp, A.H, T Burns, et AV Bhat. « Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis ». *Br J Med Psychol* 59 (1986).

- Critchley, HD, S Wiens, P Rotshtein, A Ohman, et R. J. Dolan. « Neural systems supporting interoceptive awareness ». *Nat Neurosci* 7, n° 2 (2004).
- Croll, Jillian, Dianne Neumark-Sztainer, Mary Story, et Marjorie Ireland. « Prevalence and Risk and Protective Factors Related to Disordered Eating Behaviors Among Adolescents: Relationship to Gender and Ethnicity ». *Journal of Adolescent Health* 31 (2002).
- Damasio, AR. *L'erreur de Descartes*. Odile Jacob. Paris, 1995.
- Daouk, O, et G Massé. « Addictions-Nouvelles addictions-Troubles addictifs. » *J. Readapt. Med* 22, n° 4 (2002).
- Derenne, Jennifer L, M.D., et Eugene V Beresin. « Body Image, Media, and Eating Disorders ». *Academic Psychiatry* 30, n° 3 (2006).
- Dodin, V, et JL Nandrino. « Cognitive processing of anorexic patients in recognition tasks: an event-related potentials study ». *International Journal of Eating Disorders* 33, n° 3 (2003).
- Doyard, Pierre, Denis Cheung, Sylvie Lambicchi, Elisabeth Grimont-Rolland, et Christian Hamel. « Etre un adolescent obèse: nature et sens du symptôme ». *Cah Nutr Diet* 40, n° 6 (2005).
- Durif-Bruckert, Christine. *La nourriture et nous* : Corps imaginaire et normes sociales. Armand Colin, 2004.
- Ehrenberg, Alain. « La société du malaise ». *Adolescence* 29, n° 3 (2011).
- Feighner, J.P, E Robins, et S.B Guze. « Les critères diagnostiques de l'école de Saint-Louis. » *L'Encéphale* IV (1978).
- Feldman, Matthew B, PhD Meyer, et IlanHH Meyer. « Eating disorders in Diverse lesbian, gay and bisexual populations ». *International Journal of Eating Disorders* 40, n° 3 (2007).
- Feldman, Matthew B, PhD, et Ilan H Meyer. « Childhood Abuse and Eating Disorders in Gay and Bisexual Men ». *The international journal of eating disorders* 40, n° 5 (2007).
- Fernaández-Aranda, F, A Aitken, et A Badí'a. « Personality and Psychopathological Traits of Males with an Eating Disorder ». *European Eating Disorders Review* 12 (2004).
- Férrières-Pestureau, Suzanne. « Les métamorphoses du corps masculin à l'épreuve de la postmodernité ». *Champ Psy* 59 (2011).
- Filaire, E, M Rouveix, et M Bouget. « Troubles du comportement alimentaire chez le sportif ». *Science & Sports* 23, n° 2 (avril 2008): 49-60.

- Foulon, C. « Schizophrénie et troubles du comportement alimentaire ». *L'Encéphale* XXIX (2003).
- Frelut, M-L. « Obésité de l'adolescent ». *EMC, traité de médecine Akos* 8-0317 (2011).
- French, Simone A, Mary Story, et Gary Remafedi. « Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: a population-based study of adolescents ». *International Journal of Eating Disorders* 19, n° 2 (1996).
- Freud, Sigmund, et Joseph Breuer. *Etudes sur l'hystérie*. Presses Universitaires de France - PUF, 2002.
- Freud, Sigmund. *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Payot, 1989.
- Galioto, Rachel, Bryan T. Karazsia, et Janis H. Crowther. « Familial and peer modeling and verbal commentary: Associations with muscularity-oriented body dissatisfaction and body change behaviors ». *Body Image* 9, n° 2 (mars 2012): 293-297.
- Gueguen MD, Juliette, Nathalie Godart MD, et Jean Chambry MD. « Severe Anorexia Nervosa in Men: Comparison with Severe AN in Women and Analysis of Mortality ». *The international journal of eating disorders* (2012).
- Guelfi, Julien-Daniel, Frédéric Rouillon, et Collectif. *Manuel de psychiatrie*. Masson, 2007.
- Guillemot. *Anorexie mentale et boulimie / le poids de la culture*. Masson, 1997.
- Gutton, Ph. « Transactions homosexuelles d'adolescence? » *Adolescence* 7, n° 1 (1989).
- Halfon, O, E Albert, M-C Mouren-Simeoni, et M Dugas. « L'anorexie mentale prépubère; à propos d'une observation clinique. » *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 37, n° 4 (1989).
- Hepp, U., B. Kraemer, U. Schnyder, N. Miller, et A. Delsignore. « Psychiatric comorbidity in gender identity disorder ». *Journal of Psychosomatic Research* 58, n° 3 (mars 2005): 259-261.
- Hepp, Urs, et Gabriella Milos. « Gender Identity Disorder and Eating Disorders ». *International Journal of Eating Disorders* 32, n° 4 (2002): 473-478.
- Hoek, HW. « Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders ». *Curr Opin Psychiatry* 19 (2006).

- Holsen, Ingrid, Diane Carlson Jones, et Marianne Skogbrott Birkeland. « Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI ». *Body Image* 9, n° 2 (mars 2012): 201-208.
- Hudson, James I, Eva Hiripi, et H. G Pope. « The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication ». *Biol Psychiatry* 61, n° 3 (2007).
- Hudson, JI, E Hiripi, et H. G Pope. « The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication ». *Biol Psychiatry* 61 (2007).
- Hudson, JI, H. G Pope, et JM Jonas. « Psychosis in anorexia nervosa and boulimia ». *British Journal of Psychiatry* 145 (1984).
- Janine, Chasseguet-Smirgel. *Le corps comme miroir du monde*. 2^e éd. Presses Universitaires de France - PUF, 2011.
- Jasik, Carolyn, David Breland, et Sara Buckelew. « The Association of Pre-Morbid Obesity with Severity of Eating Disorder Presentation in Males ». *Journal of Adolescent Health* 46, n° 2, Supplement 1 (février 2010): S51-S52.
- Jeammet, Ph. « L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 41 (1993).
- Jeammet, Philippe. « Adolescence et dépendance. » *Psychotropes* 11, n° 3-4 (2005).
- Jeammet, Philippe, et Maurice Corcos. *Evolution des problématiques à l'adolescence* □: *L'émergence de la dépendance et ses aménagements*. 2e éd. Doin Editions, 2005.
- Johnson, C, P S Powers, et R Dick. « Athletes and eating disorders: the National Collegiate Athletic Association study ». *The International journal of eating disorders* 26, n° 2 (septembre 1999): 179-188.
- Kaufmann, Jean-Claude. *Coprs de femmes, regards d'hommes. Sociologie des seins nus*. Pocket., 1995.
- Kechid, G, J-L Goeb, V Lemaître, R Jardri, et P Delion. « Obésité infantile: aspects cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques ». *EMC psychiatrie/pédopsychiatrie*. 37-201-A-25 (2010).
- Keel, Pamela K., Jayne A. Fulkerson, et Gloria R. Leon. « Disordered Eating Precursors in Pre- and Early Adolescent Girls and Boys ». *Journal of Youth and Adolescence* 26, n° 2 (1997): 203-216.
- Killen, Joel D., Chris Hayward, Iris Litt, Lawrence D. Hammer, Darrell M. Wilson, Beverly Miner, C. Barr Taylor, Ann Varady, et Catherine Shisslak. « Is Puberty

- a Risk Factor for Eating Disorders? » *Am J Dis Child* 146, n° 3 (mars 1, 1992): 323-325.
- Kjelsas, E, C Bjornstrom, et KG Gotestam. « Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14--15 years) ». *Eating Behaviors* 5 (2004).
- Laplanche, Jean, et Jean-Bertrand Pontalis. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France - PUF, 2007.
- Laqueille, X., et K. Liot. « Addiction: définitions et principes thérapeutiques. » *L'information psychiatrique* 85 (2009).
- Laws, Ami, MD, Jacqueline M Golding, et PhD. « Sexual Assault History and Eating Disorder Symptoms among White, Hispanic, and African-American Women and Men ». *American Journal of Public Health* 86, n° 4 (1996).
- Lebrun, Jean-Pierre. *Fonction maternelle, fonction paternelle*. Editions Fabert, 2011.
- Leit, Richard A, H. G Pope, et James J Gray. « Cultural Expectations of Muscularity in Men: The Evolution of Playgirl Centerfolds ». *The international journal of eating disorders* 29, n° 1 (2001).
- Léonard, T, C Foulon, et J.-D. Guelfi. « Trouble du comportement alimentaire chez l'adulte ». *EMC psychiatrie/pédopsychiatrie.*, n° 37-105-D-10 (2005).
- Lopez, Sandra, et Irène Nigolian. « Les yeux rivés vers le ciel. Ali, un cas d'anorexie mentale masculine ». *Adolescence* 24, n° 2 (2006).
- Lucas, A.R, C.M Beard, W.M O'Fallon, et L.T Kurland. « 50 years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn. » *American Journal of Psychiatry*, n° 148 (1991).
- Maazi, Leïla, Bernard Kabuth, et Festus Body Lawson. « Anorexie mentale et fonction paternelle ». *Perspectives Psy* Vol. 45, n° 3 (2006): 254-259.
- Mangweth, Barbara, Armand Hausmann, et Thomas Walch. « Body Fat Perception in Eating-Disordered Men ». *The international journal of eating disorders* 35, n° 1 (2004).
- Marcelli, Daniel. « Du lien précoce au lien d'addiction, quelques hypothèses sur les racines de la dépendance à l'adolescence. » *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, n° 7 (juil 1994).
- Margo, J.L. « Anorexia nervosa in males, comparison with female patients ». *British Journal of Psychiatry*, n° 151 (1987).
- . « Male anorexia ». *The Harvard Medical School Mental Letter* (1988).
- Marks, I. « Behavioural (non-chemical) addictions. » *Br J Addiction*, n° 85 (1990).

- Marty, F., et J-Y. Chagnon. « Identité et identification à l'adolescence. » *EMC psychiatrie/pédopsychiatrie*. 37-213-A-30 (2006).
- McCabe, Marita P., et Lina A. Ricciardelli. « A longitudinal study of body image and strategies to lose weight and increase muscles among children ». *Journal of Applied Developmental Psychology* 26, n° 5 (septembre 2005): 559-577.
- Michel, Aude. *Les troubles de l'identité sexuée*. Armand Colin, 2006.
- Miel, Christian. « Représentation et pulsion de mort dans la toxicomanie ». *Cahiers de psychologie clinique* 21, n° 2 (2003): 137.
- Mishkind, ME, J Rodin, LR Silberstein, et RH Striegel-Moore. « The embodiment of masculinity ». *American Behavioral Scientist* 29 (1986).
- Mosley, Philip E. « Bigorexia: Bodybuilding and Muscle Dysmorphia ». *European Eating Disorders Review* 17 (2009).
- Muise, Aleixo M, Debra G Stein, et Gordon Arbess. « Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature ». *Journal of Adolescent Health* 33, n° 6 (décembre 2003): 427-435.
- Murray, Stuart B., Elizabeth Rieger, Stephen W. Touyz, et Lic De la Garza García. « Muscle Dysmorphia and the DSM-V Conundrum: Where Does It Belong? A Review Paper ». *International Journal of Eating Disorders* 43, n° 6 (mai 6, 2010): 483-491.
- Muth, Jennifer L., et Thomas F. Cash. « Body-Image Attitudes: What Difference Does Gender Make? » *Journal of Applied Social Psychology* 27, n° 16 (1997): 1438-1452.
- Nowell, Carly, et Lina A. Ricciardelli. « Appearance-based comments, body dissatisfaction and drive for muscularity in males ». *Body Image* 5, n° 4 (décembre 2008): 337-345.
- Olivardia, R, H. G Pope, et B Mangweth. « Eating disorders in college men ». *The American Journal of Psychiatry* 152, n° 9 (1995).
- Olivardia, Roberto. « Body Image Obsession in Men ». *Healthy weight journal* 16, n° 4 (2002).
- Olivardia, Roberto, H. G Pope, et J. J Borowiecki III,. « Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms ». *Psychology of men and masculinity* 5, n° 2 (2004).
- Olivardia, Roberto, Harrison G. Pope Jr., John J. Borowiecki III, et Geoffrey H. Cohane. « Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms ». *Psychology of Men and Masculinity* 5, n° 2 (juillet 2004): 112-120.

- Orgiazzi/Billon-Galland, I., et M. Chappaz. « Anorexies féminine et masculine : comparaison ». *Cahiers de psychologie clinique* 18, n° 1 (2002): 139.
- Pankow, Gisela. *L'homme et sa psychose*. Aubier. Paris, 1969.
- Perdereau, F., N. Godart, et P. Jeammet. « Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale ». *L'Encéphale* 33, n°2 (2007).
- Perret-Catipovic, Maja, et François Ladame. *Adolescence et psychanalyse*. Delachaux et Niestlé, 1997.
- Pope, H. G. « Body Image Perception Among Men in Three Countries ». *American Journal of Psychiatry* 157, n° 8 (août 1, 2000): 1297-1301.
- Pope, HG, DL Katz, et JI Hudson. « Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders ». *Comprehensive Psychiatry* 34 (1993).
- Preti, A, G Girolamo, et G Vilagut. « The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project ». *J Psychiatr Res* 43 (2009).
- Reich, Michel. « Cancer et image du corps: identité, représentation et symbolique ». *L'information psychiatrique* 85 (2009).
- Rio, Mathias. « Un cas d'anorexie masculine », *L'information psychiatrique*, vol 82, n°8, 2006.
- Ritenbaugh, C. « Obesity as a culture-bound syndrome ». *Culture, Medecine and Psychiatry* 6, n° 4 (1982).
- Romeo, F. « Adolescent boys and anorexia nervosa ». *Adolescence* 29 (1994).
- Root, Tammy L., Andréa Poyastro Pinheiro, Laura Thornton, Michael Strober, Fernando Fernandez-Aranda, Harry Brandt, Steve Crawford, et al. « Substance Use Disorders in Women with Anorexia Nervosa ». *International Journal of Eating Disorders* 43, n° 1 (janvier 1, 2010): 14-21.
- Sacomani, L, M Savoini, M Cirrincione, F Vercellino, et G Ravera. « Long term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: study of comorbidity ». *J Psychosom Res* 44 (1998).
- Samuel-Lajeunesse, et Mirabe. *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. Dunod, 1998.
- Schilder, Paul. *L'image du corps. Etudes des forces constructives de la psyché*. Gallimard. Paris, 1935.
- Schmit.G, et Rouam.F. « L'anorexie mentale chez l'adolescent de sexe masculin observations et réflexions théoriques. » *Neuropsychiatrie de l'enfance* 32 (1984).

- Schneider, Michel. *La confusion des sexes*. Flammarion, 2007.
- Sell, R L, J A Wells, et D Wypij. « The prevalence of homosexual behavior and attraction in the United States, the United Kingdom and France: results of national population-based samples ». *Archives of sexual behavior* 24, n° 3 (juin 1995): 235-248.
- Sharp, C W, S A Clark, J R Dunan, D H Blackwood, et C M Shapiro. « Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases ». *The International journal of eating disorders* 15, n° 2 (mars 1994): 125-134.
- Sharp, Cliff W., Stella A. Clark, Julie R. Dunan, Douglas H. R. Blackwood, et Colin M. Shapiro. « Clinical Presentation of Anorexia Nervosa in Males: 24 New Cases ». *International Journal of Eating Disorders* 15, n° 2 (février 13, 2006): 125-134.
- Sifneos, P.E. « The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients ». *Psychotherapy and psychosomatics* 22 (1973).
- Skrzypek, S, PM Wehmeier, et H Remschmidt. « Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia. A brief review. » *Eur Child Adolesc Psychiatry* 29 (2001).
- Stoller, R.J. *Masculin ou féminin?* PUF. Paris, 1989.
- . *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*. Gallimard. Paris, 1968.
- Støvning, René Klinkby, Alin Andries, Kim Brixen, Niels Bilenberg, et Kirsten Hørder. « Gender differences in outcome of eating disorders: A retrospective cohort study ». *Psychiatry Research* 186, n° 2-3 (avril 30, 2011): 362-366.
- Striegel-Moore, Ruth H., Vicki Garvin, Faith-Anne Dohm, et Robert A. Rosenheck. « Psychiatric Comorbidity of Eating Disorders in Men: A National Study of Hospitalized Veterans ». *International Journal of Eating Disorders* 25, n° 4 (mai 4, 1999): 399-404.
- Strober, Michael, Roberta Freeman, Carlyn Lampert, Jane Diamond, Cheryl Teplinsky, et Mark DeAntonio. « Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa? » *The International journal of eating disorders* 39, n° 7 (novembre 2006): 570-575.
- . « Are There Gender Differences in Core Symptoms, Temperament, and Short-term Prospective Outcome in Anorexia Nervosa? » *International Journal of Eating Disorders* 39, n° 7 (novembre 1, 2006): 570-575.

- Thompson, JK, LJ Heinberg, M Altabe, et S Tantleff-Dunn. « Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance ». *American psychological association* (1999).
- Toubiana, Eric-Pierre. *Addictologie clinique*. PUF, (2011).
- Tozzi, Federica, Patrick F. Sullivan, Jennifer L. Fear, Jan McKenzie, et Cynthia M. Bulik. « Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective ». *International Journal of Eating Disorders* 33, n° 2 (mars 1, 2003): 143-154.
- Valleur, Marc. « Les addictions sans drogue et les conduites ordaliques. » *L'information psychiatrique* 81 (2005).
- Valleur, Marc, et Dan Velea. « Les addictions sans drogue(s). » *Revue toxibase*, n° 6 (juin 2002).
- Vandereycken, W, et S Van Den Broucke. « Anorexia nervosa in males ». *Acta Psychiatr. Scand* 70 (1984).
- Weltzin, Theodore E., Nicolette Weisensel, David Franczyk, Kevin Burnett, Christine Klitz, et Pamela Bean. « Eating disorders in men: update ». *The Journal of Men's Health & Gender* 2, n° 2 (juin 2005): 186-193.
- Welzer-Lang, Daniel. *Nous, les mecs. Essai sur le trouble actuel des hommes*. Payot, 2009.
- Wichstrøm, Lars, et PhD. « Sexual Orientation as a Risk Factor for Bulimic Symptoms ». *The international journal of eating disorders* 39, n° 6 (2006).
- Wiederman, Michael W., et Tamara Pryor. « Substance Use Among Women with Eating Disorders ». *International Journal of Eating Disorders* 20, n° 2 (septembre 1, 1996): 163-168.
- Williams, Paul, et Michael King. « The epidemic of anorexia nervosa: another medical myth ». *The Lancet* 329, n° 8526 (janvier 1987): 205-207.
- Williamson, Iain, et Pat Hartley. « British Research Into The Increased Vulnerability of Young Gay Men To Eating Disturbance and Body Dissatisfaction ». *European Eating Disorders Review* 6 (1998).
- Williamson, Iain. « Why are Gay Men a High Risk Group for Eating Disturbance? » *European Eating Disorders Review* 7 (1999).
- Wong, Yueching, MS, et RD. « Weight Satisfaction and Dieting Practices among College Males in Taiwan ». *Journal of the American College of Nutrition* 18, n° 3 (1999).
- Woodside, D Blake, MD, et FRCPC. « Eating Disorders and Body Issues for Men ». *Healthy weight journal* 16, n° 4 (2002).

Wooside, D.B, et al. « Comparison of men with full or partial eating disorders and women with eating disorders in the community ». *American Journal of Psychiatry*, n° 158 (2000).

AUTEUR : **Nom : GAMAIN** **Prénom : Anne-Sophie**

Date de soutenance : 3 Octobre 2012

Titre de la Thèse : L'anorexie mentale masculine : description clinique et pistes de réflexion psychopathologique.

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : D.E.S. de Psychiatrie

Mots-clés : Troubles du comportement alimentaire, Anorexie mentale masculine, Description clinique, Corps, Obésité, Sexualité, Bisexualité psychique, Virilité

Résumé :

L'anorexie mentale masculine a été un trouble longtemps méconnu mais dont la réalité clinique s'affirme sur le terrain comme au travers des publications récentes. Nous avons choisi de partir d'un travail descriptif de la clinique de l'homme anorexique pour tenter d'appréhender ce qui distingue hommes et femmes face à ce trouble.

Comme chez la femme, il ne s'agit pas d'un état uniforme. L'anorexie mentale masculine concerne un individu donné, le plus souvent un adolescent, au prise avec des processus de séparation et individuation. Mais cet individu appartient à une famille, principal support identificateur pour le sujet, et lieu premier des interactions. Plus généralement, le sujet fait partie d'une société et d'une culture en constante évolution, porteurs d'un ensemble de symboles et représentations.

La symptomatologie clinique de l'anorexie masculine diffère peu de l'anorexie féminine. Cependant, il existe certaines particularités cliniques qui ont retenu notre attention et sur lesquelles nous avons choisi d'axer notre réflexion: la place centrale du corps, la fréquence d'une obésité prémorbide, la sexualité, avec notamment la question de l'homosexualité.

Composition du jury :

Président : **Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

Assesseurs : **Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Vincent DODIN

████████████████████

████████████████████████████████████

██████████

████████████████████████████