



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evaluation psychométrique du degré de connexion corporelle
dans l'anorexie mentale féminine**

Présentée et soutenue publiquement le 6 novembre 2019 à 16h
au Pôle Recherche

Par Inès Vallez

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Vincent DODIN

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Glossaire

BSQ : Body Shape Questionnaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDE-Q : Eating Disorder Examination Questionnaire

ECC : Echelle de connexion corporelle

EMDR : désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (eye movement desensitization and reprocessing)

IMC : Indice de masse corporelle

QCC : Questionnaire de conscience corporelle

RSQ : Relationship Scales Questionnaire

SD : déviations standard (standard deviations)

TCA : Troubles du comportement alimentaire

Table des matières

Résumé.....	3
Introduction.....	7
Première partie :.....	9
I. Les troubles du comportement alimentaire.....	10
I. 1. Diagnostic.....	10
I. 1. a. Critères diagnostiques des classifications internationales.....	10
I. 1. b. Clinique de l’anorexie mentale.....	10
I. 1. c. Clinique de la boulimie.....	12
I. 1. d. Diagnostics différentiels.....	14
I. 1. e. Evaluation du retentissement somatique.....	14
I. 2. Epidémiologie.....	16
I. 2. a. Incidence et prévalence.....	16
I. 2. b. Facteurs de risque.....	17
I. 2. c. Evolution, mortalité et facteurs pronostiques.....	18
I. 3. Etiopathogénie : une lecture multidimensionnelle.....	20
I. 3. a. Approche neurobiologique et génétique.....	21
I. 3. b. Approche psychodynamique.....	23
I. 3. c. Approche attachementiste.....	31
I. 4. L’inscription des troubles des conduites alimentaire dans le processus adolescent.....	39
I. 4. a. Le processus adolescent.....	40
I. 4. b. La sexualité adolescente.....	44
I. 4. c. La fin de l’adolescence.....	46
I. 4. d. Les troubles du comportement alimentaire comme expression de la souffrance adolescente.....	46
Seconde partie :.....	49
II. Le corps dans la relation à l’autre.....	50
II. 1. Le corps à l’écart : le dualisme en philosophie, en médecine et en sociologie.....	50
II. 1. a. Le dualisme philosophique.....	51
II. 1. b. La médecine moderne.....	53
II. 1. c. Le dualisme en sociologie.....	54
II. 1. d. Le dualisme dans la modernité : matérialité et volonté.....	55
II. 2. Le corps dans la philosophie post-dualiste.....	55
II. 2. a. Le réductionnisme matérialiste.....	55
II. 2. b. Le monisme spinoziste.....	56
II. 2. c. Le corps dans la philosophie de Nietzsche.....	58
II. 2. d. La phénoménologie.....	58
II. 3. Le concept transdisciplinaire d’empathie.....	61
II. 3. a. Naissance du concept d’empathie.....	61
II. 3. b. Emergence de l’empathie dans l’espèce humaine.....	63
II. 3. c. Mécanismes de l’empathie.....	65
II. 3. d. L’empathie, soi et l’autre.....	66
II. 4. Sociologie de la sensorialité et de l’affectivité.....	68
II. 4. a. L’éducation à la sensorialité et les enfants sauvages.....	68
II. 4. b. Sociologie des émotions.....	71
II. 5. Sociologie du corps : la symbolique sociale du corps et le processus de civilisation.....	77
II. 5. a. Les techniques du corps.....	77

II. 5. b. Le corps et l'ordre symbolique du monde.....	81
II. 5. c. Le processus de civilisation.....	84
II. 4. d. L'inégalité des corps.....	85
II. 5. e. De la domination à la libération des corps.....	89
II. 4. Les troubles alimentaires dans l'espace social.....	92
II. 4. a. Le devenir anorexique.....	92
II. 4. b. Désir mimétique et anorexie.....	93
II. 4. c. L'anorexie dans une approche rivalitaire : facteurs socioculturels et conversations externalisantes.....	96
II. 4. d. Conclusion à la seconde partie : symbolique sociale du corps et troubles alimentaires.....	99
Troisième partie :	105
Evaluation psychométrique du degré de conscience et de dissociation corporelle dans l'anorexie mentale féminine.....	105
III. Evaluation psychométrique du degré de conscience et de dissociation corporelle dans l'anorexie mentale féminine.....	106
III. 1. Neurosciences cognitives du rapport au corps et à la spatialité dans les troubles du comportement alimentaire.....	106
III. 1. a. L'expérience interne du corps dans les troubles alimentaires.....	106
III. 1. b. La distorsion de l'image corporelle.....	110
III. 2. Matériels et méthode.....	113
III. 2. a. Contexte de l'étude et hypothèses de départ.....	113
III. 2. b. Objectifs.....	114
III. 2. c. Type d'étude.....	115
III. 2. d. Population cible.....	115
III. 2. e. Echelles de mesure utilisées.....	116
III. 2. f. Recueil des données.....	118
III. 2. g. Traitement des données et analyse statistique.....	119
III. 3. Résultats.....	119
III. 3. a. Description de la population incluse.....	119
III. 3. b. Matrices de corrélations.....	121
III. 3. c. Evaluation du degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) des patientes anorexiques restrictives en fonction de la sévérité du trouble.....	122
III. 3. d. Evaluation du degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) des patientes anorexiques mixtes en fonction de la sévérité du trouble.....	123
III. 3. e. Evaluation du degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) en fonction du type de trouble.....	124
III. 3. f. Evaluation du degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) des patientes anorexiques restrictives et mixtes en fonction de l'âge.....	124
III. 3. g. Evaluation du degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) des patientes anorexiques restrictives et mixtes en fonction de la durée d'évolution du trouble.....	125
III. 4. Discussion.....	125
III. 4. a. Limites de l'étude.....	125
III. 4. b. Discussion des résultats.....	126
Conclusion.....	131
Bibliographie.....	132

Résumé

Contexte : Les troubles du comportement alimentaire sont un ensemble de pathologies complexes, émergeant fréquemment à la faveur des transformations adolescentes et impliquant des difficultés dans la relation à l'autre et les modalités de régulation émotionnelle. Leur origine est plurifactorielle et répond au modèle bio-psycho-social. Les représentations du corps dans un modèle culturel donné sont susceptibles de contribuer à l'émergence, a fortiori chez les adolescentes, d'une quête de maigreur prise dans un rapport de rivalité vis-à-vis des pairs, l'image du corps maigre étant associée à un idéal de maîtrise et à la réussite sociale. La littérature autour du rapport au corps dans les troubles alimentaires montre un lien entre l'insatisfaction corporelle et l'altération de la conscience intéroceptive. De plus, la proportion importante d'antécédents traumatiques dans la population atteinte de troubles alimentaires conduit à interroger le degré de dissociation corporelle dans cette population. **Méthode :** Nous réalisons une étude épidémiologique descriptive en population clinique : patientes anorexiques restrictives et mixtes accueillies en hôpital de jour. Le recueil était basé sur les données issues d'autoquestionnaires validés. Les objectifs étaient de qualifier le degré de connexion corporelle (conscience et dissociation corporelle) en fonction de la sévérité du trouble (objectif principal), du type de trouble, de l'âge et de la durée d'évolution du trouble. La sévérité du trouble était évaluée par les scores EDE-Q et BSQ et l'IMC, la conscience corporelle par les scores QCC et ECC (bloc BA) et la dissociation corporelle par le score ECC (bloc BD). **Résultats :** 36 patientes restrictives et 36 patientes mixtes étaient incluses. Elles présentaient des scores de conscience corporelle altérés et de dissociation corporelle supérieurs à une population non clinique. Chez les patientes restrictives et mixtes, le degré de dissociation corporelle était corrélée à la sévérité du trouble évaluée par les scores EDE-Q et BSQ, avec un indice de corrélation supérieur pour les restrictives. Chez les patientes mixtes, une diminution de la conscience corporelle dite affective (ECC-BA) était corrélée à la sévérité (aux scores EDE-Q et BSQ). Conscience et dissociation corporelle ne variaient pas significativement avec l'IMC, le type de trouble, l'âge ni la durée d'évolution. Nous discutons les enjeux thérapeutiques et perspectives de recherche soulevés par ces résultats.

« C'est parce que le corps est exposé, mis en jeu, en danger dans le monde, affronté au risque de l'émotion, de la blessure, de la souffrance, parfois de la mort, donc obligé de prendre au sérieux le monde, qu'il est en mesure d'acquiescer les dispositions qui sont elles-mêmes ouverture au monde, c'est à dire aux structures mêmes du monde social dont elles sont la forme incorporée ».

Médiations Pascaliennes – Pierre Bourdieu

« Tout est fabriqué et tout est naturel chez l'homme, comme on voudra dire, en ce sens qu'il n'est pas un mot, pas une conduite qui ne doive quelque chose à l'être simplement biologique – et qui en même temps ne se dérobe à la simplicité de la vie animale, ne détourne de leur sens les conduites vitales, par une sorte d'échappement et par un génie de l'équivoque qui pourrait servir à définir l'homme. »

Phénoménologie de la perception – Maurice Merleau-Ponty

« Tout ce qui est de notre nature est piège tant qu'il reste implicite et pouvoir dès qu'il devient explicite. D'où le rôle nécessaire et limité des entreprises réflexives ; elles ne peuvent ni fonder, ni abolir la complexité, mais elles la déploient. Et par là, sans la simplifier ni la réduire, elles l'éclairent en explorant ses reliefs, ses contours et sa riche confusion. »

Les métaphores de l'organisme – Jacques Schlanger

*« La luz de tu cara,
La luz de tu corpo »*

Lhasa de Sela

Introduction

Les troubles du comportement alimentaire représentent dans la population mondiale féminine une proportion de 3 pour 1000 pour l'anorexie mentale et de 1 % pour la boulimie. Leur incidence est en augmentation chez les jeunes adolescentes (10 -14 ans). Les troubles du comportement alimentaires non spécifiés (formes ne remplissant pas l'ensemble des critères diagnostiques), dont la proportion atteindrait 8 %, représenteraient un facteur de risque de survenue ultérieure de nombreux troubles mentaux. De plus, le taux de mortalité toutes causes de la population souffrant d'anorexie mentale est 5 fois supérieur à celui du groupe d'âge. L'anorexie masculine existe également bel et bien et fait l'objet de travaux dans la littérature. Si l'incidence de ces troubles prédomine largement dans les pays industrialisés bénéficiant d'un niveau de vie confortable, elle ne semble pas – ou plus – être l'apanage des catégories sociales les plus aisées au sein de ces sociétés.

Des déterminants à la fois biologiques, psychologiques et sociaux (qui constituent des facteurs prédisposants, précipitants et pérennisants) convergent vers la survenue de ce trouble à la prise en charge complexe, requérant l'intervention de plusieurs catégories de professionnels et de plusieurs approches, individuelles et familiales, dans le cadre de dispositifs spécialisés. Le retentissement du trouble est à la fois somatique – conséquences physiques et neurobiologiques de la dénutrition et des conduites de purge éventuelles – et psychosocial – retentissement sur les interactions sociales et la dynamique familiale. Du fait de ces conséquences ainsi que du potentiel d'auto-renforcement du trouble, ses premiers symptômes doivent être décelés rapidement et conduire à des interventions précoces. (1,2)

De nombreux travaux récents se sont portés sur les troubles alimentaires à travers des champs aussi diverses que la psychiatrie, les neurosciences, la psychanalyse, la théorie de l'attachement et la sociologie. Or, si les troubles alimentaires s'inscrivent avant tout dans le champ de la psychopathologie, renvoyant à une souffrance *psychique* dont nous aborderons certains aspects, leur particularité réside sans doute dans l'intensité et la tendance à la pérennité des attaques contre le *corps*, par lesquelles cette souffrance s'exprime à travers le jeûne, les conduites de purge, l'injonction à l'effort perpétuel reflétée par l'hyperactivité physique et enfin les conduites autoagressives et suicidaires fréquemment associées (scarifications, intoxications médicamenteuses volontaires). Si ces conduites sont sans conteste l'expression d'une souffrance individuelle, les apports de la littérature ne permettent pas d'éluder la prise en compte, dans la compréhension du trouble et sa prise en charge, de la composante interpersonnelle, c'est à dire des conflits et des

difficultés relationnelles rencontrées par ces patients puisque la dimension paradoxale de la relation à la nourriture se retrouve dans la relation à l'autre, révélant un conflit interne entre dépendance et autonomie (3). Loin d'imputer dans un réductionnisme simpliste et désuet le trouble d'un sujet à son environnement familial dans un rapport de causalité linéaire, la prise en compte du caractère social de tout individu et de l'inscription de la psychopathologie – et de la manière dont elle exprime – dans le rapport du sujet au monde des relations sociales nous semble fondamentale. En réalité, lorsqu'il s'agit de composer avec le sentiment de culpabilité *toujours-déjà-là* (pour reprendre Heidegger (4)) des familles de patients et ce quelque soit leur trouble ou leur mal (psychique, physique, accidentel) et non de la renforcer incidemment, la mise en lumière d'une vulnérabilité biologique et génétique dans la genèse du trouble ne peut qu'être complétée et enrichie par la compréhension des processus pathologiques dans le lien à l'autre, dans une approche qui prend en compte la dynamique familiale mais l'intègre dans le cadre plus vaste du rapport de l'individu à la société et à la culture qui lui précède dans l'établissement de son rapport au sens et de son système de valeurs.

Dans la suite de notre propos, nous nous focaliserons sur la pathologie féminine et userons du féminin, sauf pour citer des travaux en population mixte. Toutefois, il est utile de rappeler que, selon le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en 2017, la population masculine pourrait représenter jusque 25 % des sujets atteints de TCA.

Après avoir dressé, en première partie, un état des lieux non exhaustif de l'anorexie mentale et de la boulimie à travers les différentes approches précédemment citées, c'est donc à la complexité des rapports entre l'individu et le *socius* que nous nous intéresserons, au prisme de la question de l'inscription du corps individuel dans le rapport au monde social. A la lumière de la philosophie, de la sociologie, de la psychologie et des travaux en psychologie et neurosciences sur l'empathie, deux perspectives indissociables seront envisagées, à savoir, d'une part, la dimension incarnée du rapport à l'autre et, d'autre part, la dimension socialement et culturellement construite du rapport d'un individu à son propre corps. Enfin, nous tenterons d'éclairer la question du rapport au corps dans la pathologie anorexique et boulimique en appui sur la littérature neuroscientifique et présenterons notre étude quantitative en population clinique sur la conscience et la dissociation corporelle dans leurs liens avec les principales caractéristiques du trouble.

Première partie :

**Les troubles
du comportement alimentaire**

I. Les troubles du comportement alimentaire

I. 1. Diagnostic

I. 1. a. Critères diagnostiques des classifications internationales

Il existe des critères spécifiques pour le diagnostic des troubles du comportement alimentaire dans les deux systèmes internationaux de classification des troubles mentaux (DSM et CIM). Le premier DSM ayant donné une existence aux TCA est le DSM III, publié en 1980. La dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'American Psychological Association distingue trois types de troubles du comportement alimentaire : *l'anorexie mentale*, *l'anorexie-boulimie* et *l'hyperphagie boulimique*, cette dernière catégorie diagnostique étant individualisée pour la première fois dans cette cinquième édition.

Cette dernière édition effaçait la notion de comportements qui impliquaient éventuellement un comportement intentionnel : « restriction de l'alimentation » remplaçait « refus de maintenir un poids corporel normal » et « non-reconnaissance » remplaçait « déni du degré de sévérité ». Le critère d'aménorrhée, non applicable à l'anorexie masculine, était également révisé. Enfin, la caractérisation du sous-type (restrictif ou mixte) était désormais délimitée sur une période de 3 mois. Nous détaillons en annexe les critères diagnostiques du DSM-5 pour ces trois troubles.

(Annexe 1)

Les critères de la CIM 10 se rapprochaient sensiblement de ceux du DSM, précisant inscription de l'aménorrhée dans un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique (avec pour conséquence l'aménorrhée chez la femme, la perte d'intérêt sexuel et l'impuissance chez l'homme) ainsi que le retentissement possible sur les axes corticotrope, thyrotrope et sur le métabolisme insulinaire.

I. 1. b. Clinique de l'anorexie mentale

Si les anorexies mystiques ont été décrites dès le Moyen Age avec, au XV^{ème} siècle, le cas de Catherine de Sienne, la reconnaissance d'une affection médicale proche de l'anorexie mentale ne date que du XVIII^{ème} siècle : c'est l'« aepsie hystérique » décrite par William Gull, médecin britannique, en 1869. Quatre ans plus tard en France, Lasègue, sous le terme d'« anorexie hystérique » par Lasègue, décrit la triade clinique ayant encore cours actuellement.

Le diagnostic d'anorexie mentale, en effet, est essentiellement clinique. A la phase d'état, lorsque le trouble est installé, le tableau clinique se caractérise par la triade suivante :

- une fausse anorexie (en réalité une restriction alimentaire volontaire) ;
- une aménorrhée chez la femme ;
- un amaigrissement.

A la phase précoce, une *frilosité*, une *aménorrhée* ou encore une *plainte fonctionnelle digestive* (à l'origine d'une rationalisation des perturbations du comportement alimentaire) peuvent être évoquées de manière isolée. Le médecin traitant est alors le premier intervenant sollicité. Dès ces premières manifestations, le professionnel peut être orienté en faveur du diagnostic par une *rigidité des conduites alimentaires* avec culpabilité et anxiété si la patiente y déroge, une accentuation rapide de la restriction et de la perte de poids, ou encore l'importance prise par le poids et la nourriture dans la vie de la jeune fille.

A la phase d'état, les conduites de restriction alimentaire s'associent à des *rituels autour de l'alimentation* (tri ou fractionnement des aliments, séquence des plats inappropriée, emploi de condiments en excès, dissimulation de nourriture, refus de participer aux repas ou de consommer de la nourriture préparée par autrui). Ces rituels visent à contenir l'anxiété engendrée par toute prise alimentaire et attestent de l'envahissement psychique par les préoccupations alimentaires, au même titre qu'un nouvel intérêt pour la diététique et que l'intérêt de la patiente pour l'alimentation de ses proches par la préparation de repas auxquels elle ne participe pas.

L'*amaigrissement* peut atteindre 30 à 40 % du poids initial. Un poids inférieur à 15 % du poids attendu, correspondant à un IMC inférieur au dixième percentile chez l'adolescent ou à un IMC < 17,5kg/m² chez l'adulte, permet de poser le diagnostic. L'absence de prise de poids en période de croissance constitue un équivalent. L'état de maigreur est dénié et la perte de poids jugée insuffisante par la patiente. Les *préoccupations autour du poids* se manifestent par des pesées qui peuvent être pluriquotidiennes et associées à la prise des mensurations. Les distorsions de la perception corporelle, centrée sur les cuisses, le ventre et les bras, sont également fréquentes.

L'*hyperactivité physique* peut prendre différentes formes (longues marches, montées d'escalier, station debout prolongée, éventuellement sur une jambe, pratique intensive et souvent solitaire d'une activité sportive). Si elle s'inscrit souvent dans le cadre d'une démarche volontaire d'augmentation de la dépense physique, elle peut également, au décours, être vécue par la patiente comme échappant à son contrôle. L'impossibilité de répondre aux objectifs de fréquence, de durée

ou d'intensité d'activité qu'elle s'est fixée est génératrice d'une anxiété et d'une culpabilité similaires à celle produite par la dérogation aux rituels alimentaires. Les conduites « ascétiques » (exposition au froid, privation de sommeil) visent également à l'augmentation de la dépense et se rapprochent de l'hyperactivité.

L'aménorrhée peut être primaire, si les troubles débutent avant les ménarches, ou secondaire et interrompre les cycles menstruels. Elle peut être masquée par la prise d'un traitement hormonal substitutif. Elle est consécutive à la dénutrition et à l'exercice physique excessif. Des facteurs psychologiques pourraient également intervenir, comme en attestent la survenue parfois précoce de l'aménorrhée, avant un amaigrissement important, ainsi que sa persistance au-delà de 6 mois à 1 an après le retour à un poids normal dans 13 à 30 % des cas. Le poids de retour des règles semble d'autant plus élevé que les symptômes de l'anorexie mentale comme l'insatisfaction corporelle sont intenses. Cette aménorrhée semble n'être que tardivement source d'inquiétude concernant la fécondité. (5,6)

On note également des modifications des conduites sociales, décrites par l'entourage. Elles peuvent associer un abandon des relations sociales extrafamiliales à un âge en général dédié au processus d'autonomisation, un hyperinvestissement scolaire, un refoulement massif de la sexualité.

Des conduites de purge peuvent être associées à l'ensemble de ce tableau. Il s'agit des vomissements provoqués, de la prise de laxatifs voire de diurétiques. On qualifie alors le trouble de mixte. Des conduites boulimiques peuvent éventuellement y être associées, d'emblée ou plus souvent dans un second temps. En revanche, les vomissements précèdent rarement une anorexie purement restrictive. (7)

I. 1. c. Clinique de la boulimie

La boulimie (étymologiquement, « faim de bœuf »), a été décrite dès l'antiquité grecque (hyperphagie avec vomissements). Elle a été considérée comme une pathologie digestive jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, puis au XIX^{ème} siècle comme une forme gastrique d'un trouble nerveux et au XX^{ème} siècle par S. Freud comme la manifestation d'une névrose d'angoisse (8). Elle est aujourd'hui considérée comme un processus psychopathologique spécifique, articulé à la dynamique adolescente.

Il s'agit d'un syndrome comportemental caractérisé par la survenue d'épisodes répétitifs et incontrôlables d'hyperphagie. Les épisodes boulimiques impliquent la consommation exagérée d'aliments, ingérés de façon impulsive et irrésistible, parfois sans mastication, avec le sentiment

d'une perte de contrôle. En dépit de leur caractère impulsif, ils peuvent devenir très ritualisés au décours de l'évolution. Ils durent en moyenne 1 à 2h sans discontinuité, en cachette de l'entourage, souvent en fin de journée, souvent en dehors des repas ou, plus rarement, déclenchés par un repas plus copieux qu'à l'accoutumée. Ils s'imposent au sujet, qui en perçoit la dimension pathologique. Les aliments consommés pendant la crise ont souvent été achetés et stockés en prévision de celle-ci. Il s'agit habituellement des aliments exclus de l'alimentation de la patiente. La fréquence des crises est variable, d'hebdomadaires à pluriquotidiennes. On distingue les crises définies objectivement (un évaluateur définit la quantité d'aliments ingérée comme quantitativement très supérieure à celle ingérée habituellement par une personne donnée sur un laps de temps) des épisodes boulimiques subjectifs, fréquents dans l'anorexie mentale puisque toute prise alimentaire est vécue comme un échec. Le syndrome boulimique peut en effet survenir isolément, dans le cours évolutif de l'anorexie mentale (pour une patiente anorexique sur deux) ou encore au décours d'une obésité (il peut alors précéder la surcharge pondérale ou faire suite à un régime restrictif). (9) Le syndrome boulimique s'intègre en général dans une désorganisation globale des schémas alimentaires.

La crise boulimique est typiquement précédée d'une période de quelques minutes à heures marquée par une intense sensation de faim, une sensation de perte de contrôle et la lutte contre la réalisation de la crise. Elle est classiquement déclenchée par une situation de stress (conflit, imminence de décision ou d'échéance importante) ou par un sentiment de solitude, parfois par une émotion de toute nature ou un état physiologique particulier (fatigue, insomnie, syndrome prémenstruel...). L'identification de ces éléments déclencheurs peut permettre de rendre les crises plus prévisibles et de travailler à leur éviction. La fin de la crise survient lorsqu'il n'y a plus d'aliment disponible ou lorsque la sensation de malaise physique associée à la satiété rapide est trop intense. Elle laisse rapidement place à un sentiment de honte et de culpabilité. Des vomissements succèdent fréquemment aux crises, parfois remplacés par d'autres conduites de contrôle du poids : exercice physique, jeûne, prise de laxatifs, diurétiques ou coupe-faims). Les vomissements surviennent dans un état de torpeur proche de la dépersonnalisation et sont associés à un malaise physique transitoire. Ils sont d'abord provoqués puis peuvent devenir de plus en plus automatiques.

On retrouve chez les patientes boulimiques, pour qui le poids est souvent dans la norme, les mêmes préoccupations et insatisfactions corporelles que dans l'anorexie mentale, avec un idéal pondéral souvent irréaliste (correspondant à une maigreur pathologique). Les patientes boulimiques présentent plus fréquemment que dans l'anorexie des comorbidités addictives et à type de conduites à risque.

I. 1. d. Diagnostics différentiels

- *Anorexie mentale*

Au plan psychiatrique, il convient de rechercher un éventuel état délirant associé à une anorexie (par exemple dans le cas d'un délire de persécution) ou un état dépressif avec amaigrissement. Toutefois, les principaux diagnostics différentiels sont somatiques : il s'agit de toutes les causes possibles d'amaigrissement, avec une attention particulière à deux diagnostics : la tuberculose et la maladie de Crohn. En fonction des symptômes cliniques seront également recherchés une tumeur cérébrale, un processus malin, une pathologie inflammatoire (maladie cœliaque, maladie de Crohn), endocrinienne, rénale ou une mucoviscidose.

- *Boulimie*

Les pathologies à rechercher sont celles pourvoyeuses d'hyperphagie, d'origine organique (tumeur cérébrale, épilepsie partielle, syndrome démentiel, pathologie endocrinienne) ou psychiatrique (accès maniaque, schizophrénie, psychose infantile).

Enfin, d'un point de vue sémiologique, la boulimie doit être distinguée du grignotage (ingestion répétée d'aliments sans lutte ni culpabilité associée) et les crises de boulimie être distinguées de l'hyperphagie alimentaire (surconsommation pendant les repas sans caractère incoercible).

I. 1. e. Evaluation du retentissement somatique

- *Anorexie mentale*

L'anorexie mentale expose à des complications somatiques parfois sévères pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Il s'agit :

- des troubles hydro-électrolytiques (avec en premier lieu l'hypokaliémie compliquant fréquemment les vomissements répétés), pouvant causer des troubles du rythme cardiaque voire le décès ;
- des troubles du métabolisme du glucose (hypoglycémies) ;
- des dysthyroïdies (fréquentes hypothyroïdies subcliniques) ;
- de l'ostéopénie : selon les études, jusqu'à 85 % des patientes seraient concernées, avec un risque de fracture multiplié par trois (fractures spontanées, fractures de fatigue et plus tard tassements vertébraux), motivant une substitution systématique en calcium et en vitamine D pour les patientes en aménorrhée ;

- de l'aménorrhée qui, si depuis le DSM-5 elle ne figure plus parmi les critères diagnostiques nécessaires au diagnostic d'anorexie mentale, demeure une manifestation très fréquente du trouble, apparaissant dans un quart des cas avant même que la perte de poids soit sévère (soit chez les patients <70 ans : perte de poids $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ en 1 mois) ; (10)
- des atteintes dermatologiques (xérose voire fissuration cutanée, cyanose périphérique, lanugo) ;
- des complications gastro-intestinales quasiment constantes (gastroparésie avec diminution de la vidange gastrique à l'origine d'une sensation de satiété précoce, de ballonnements et de nausées) ;
- du retentissement statural si la restriction survient en période de croissance, la renutrition ne permettant pas toujours la récupération totale de la croissance staturale ;
- des troubles du sommeil (fragmentation du sommeil et diminution du sommeil à ondes lentes selon T. Raffray) (11)

Parmi les critères de gravité devant orienter la prise en charge vers une hospitalisation en urgence en milieu somatique, on relève : l'aphagie totale, l'amaigrissement rapide (> 2 kgs /semaine), la bradycardie sinusale (< 50 bpm de jour / < 45 bpm de nuit) , l'hypotension systolique (< 80 mmHg) ou orthostatique (> 20 bpm/ > 10 mmHg), l'hypothermie (température centrale $< 35,5^{\circ}\text{C}$), les perturbations biologiques graves (K $2,5$ mmol/L, PO₄ $< 0,5$ mmHg, Na > 150 mmol/l, hypoglycémie), les troubles du rythme cardiaque et enfin l'échec de prise en charge en unité.

Notons enfin qu'une renutrition rapide dans un contexte de dénutrition prolongée peut donner lieu à un syndrome de renutrition inappropriée, causé par un ensemble de perturbations électrolytiques, potentiellement symptomatiques d'un trouble du rythme, d'insuffisance cardiaque ou respiratoire aiguë, d'une atteinte neuromusculaire avec état confusionnel, hallucinations, convulsions voire coma. Les premiers signes à rechercher sont des œdèmes des membres inférieurs et une polypnée. (12)

En raison de la gravité potentielle des complications somatiques de ce trouble, les critères diagnostiques précédemment cités doivent être activement et précocement recherchés chez toute patiente perdant du poids continuellement ou présentant un poids inférieur au poids attendu. Un bilan doit alors être réalisé, comprenant un examen clinique (avec quantification de la perte poids, calcul de l'IMC, évaluation de la force musculaire et de l'état cutané, prise de la température et des constantes hémodynamiques, électrocardiogramme), un bilan biologique et, en cas d'évolution du trouble supérieure à six mois, une ostéodensitométrie et un bilan dentaire.

Si l'ensemble de ce bilan et un suivi somatique rigoureux sont indispensables, il importe d'être averti des éventuels effets contreproductifs de l'excès de prescriptions d'examen complémentaires ou de la mention exhaustive auprès de la patiente du répertoire des complications possibles : fascination, accentuation du déni, installation d'un rapport sadomasochiste ou décompensation anxiodépressive.

- *Boulimie*

Les complications somatiques de la boulimie sont celles des conduites de purge : troubles cardiaques et hémodynamiques, troubles de la sphère orodigestive (caries dentaires et érosion de l'émail, érythème pharyngé, œsophagite, reflux gastro-œsophagien, ulcère œsophagien, dilatation aiguë de l'estomac voire rupture gastrique, syndrome de Mallory-Weiss), troubles hydroélectrolytiques (hypokaliémie, insuffisance rénale aiguë, déshydratation, perturbations de l'équilibre acidobasique), trouble des phanères (callosités sur le dos des doigts), hypertrophie parotidienne.

Outre l'examen clinique, le bilan paraclinique comprend un ionogramme sanguin (à la recherche en premier lieu d'une hypokaliémie), une mesure de l'uricémie, de la créatininémie et de la protéinémie.

I. 2. Epidémiologie

I. 2. a. Incidence et prévalence

La prévalence en vie entière de l'anorexie mentale féminine est communément évaluée à 0,3 % (entre 0,1 et 3,6 % en fonction des études et de la population étudiée : pays, critères ethniques) et celle de la boulimie à 1 % si l'on considère les formes répondant à tous les critères diagnostiques.

La prévalence des formes atténuées, répertoriés sous la dénomination de « troubles alimentaires non spécifiés », est mal connue et pourrait avoir une prévalence 5 à 10 fois supérieure à celle de l'anorexie et de la boulimie. Les travaux d'Eddy (13) l'évaluent chez les femmes à 8,4 %. Ces formes subsyndromiques, a fortiori lorsqu'elles surviennent à l'adolescence, constitueraient un facteur de risque important de survenue ultérieure de nombreux troubles mentaux : troubles anxieux, dépressifs, insomnie, tentatives de suicide, syndrome de fatigue chronique, douleurs chroniques, symptômes neurologiques. (14) ^{cité dans (1)}

L'incidence de l'anorexie mentale varie selon l'âge, pouvant atteindre 270 cas pour 100000p-a (personnes-années) chez les jeunes filles de 15 à 19 ans alors qu'en population générale elle est évaluée à 6 à 20/100000p-a. L'incidence est stable sauf pour les jeunes adolescentes, avec une augmentation de 8,6 % entre 2010 et 2016 pour les 10-14 ans. (15) Le sex ratio se situe autour de 1 garçon pour 10 filles à l'adolescence et à l'âge adulte, avec une prédominance féminine moins marquée chez les enfants. Les critères ethnique et géographique influencent également l'incidence du trouble anorexique (16). Plusieurs études sont en faveur de l'augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale en population générale et dans la population des sujets recevant des soins en santé mentale dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle (17).

I. 2. b. Facteurs de risque

En moyenne, l'âge de début des troubles est de 17 ans pour l'anorexie mentale (avec deux pics de fréquence autour de 14 et de 18 ans) et de 19-20 ans pour la boulimie. Le sex ratio de l'anorexie mentale est de 6 à 10 femmes atteintes pour un homme et celui de la boulimie est du même ordre.

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2), un repérage ciblé sur certaines populations à risque est recommandé : personnes atteintes de pathologies impliquant des régimes (diabète de type 1, hypercholestérolémie familiale), jeunes filles, personnes pratiquant des disciplines esthétiques ou à catégorie de poids, sport valorisant ou nécessitant un contrôle du poids, notamment à un niveau de compétition. Une méta-analyse récente ne mettait toutefois pas en évidence de différence significative dans la prévalence de troubles alimentaires entre les athlètes féminines et les sujets contrôles mais semblait pointer des troubles plus sévères lorsqu'ils survenaient chez les athlètes (18).

Sur le plan des facteurs environnementaux, les antécédents personnels de traumatismes infantiles sont fréquents dans l'anorexie mentale (19,20) et ont été identifiés comme un facteur de risque aspécifique.

Par ailleurs, les antécédents familiaux de TCA sont fréquents chez les patientes atteintes (phénomène d'agrégation familiale) puisque les apparentés du premier degré et de sexe féminin ont une prévalence de troubles alimentaires plus élevée que la population générale (risque relatif d'anorexie mentale de 11,3 pour les femmes apparentées aux patientes anorexiques et de 12,3 pour les femmes apparentées aux patientes boulimiques ; risque relatif de boulimie de 4,2 pour les femmes apparentées aux patientes anorexiques et de 4,4 pour les femmes apparentées aux patientes boulimiques). Le modèle actuel de compréhension des TCA suppose donc une participation de

facteurs familiaux pour lesquels deux mécanismes sont envisagés : transmission génétique et facteurs environnementaux communs. Nous détaillerons par la suite à la fois les facteurs génétiques et ceux liés aux relations interpersonnelles.

L'environnement culturel a également une influence importante. Ainsi, l'injonction sociétale à la minceur, à laquelle la quête identitaire adolescente prédispose à souscrire en tout particulier, est susceptible, par le biais de régimes et du maintien d'un poids inférieur au poids physiologique, de contribuer à l'émergence des troubles du comportement alimentaire, dans des proportions variables et chez des sujets prédisposés. Aussi les TCA prédominent dans les pays occidentalisés et en particulier aux Etats-Unis et en Europe. Une revue de la littérature mettait en évidence l'absence de lien significatif entre incidence des TCA et classe sociale. (21) ^{cité par} (22) Une autre étude, monocentrique, mettait en évidence une disparité grandissante des catégories sociales concernées par les TCA dans la file active des auteurs. Toutefois, il ces résultats ne permettaient pas de déterminer s'il s'agissait d'une modification de l'incidence ou si cette évolution était liée à une amélioration du recours aux soins. (23) ^{cité par} (22)

Bien que ce paramètre soit difficile à étudier et demeure une hypothèse de travail, on peut également interroger l'impact sur le comportement alimentaire, chez des sujets présentant des facteurs de vulnérabilité, des mouvements sociétaux d'accroissement du contrôle sur la sélection des produits alimentaires (qualité, provenance, circuit du produit, éthique des produits animaliers) comme celui qui se manifeste actuellement en Europe ou en Amérique du Nord et s'intègre dans une problématique plus vaste de rejet des modes de consommation industriels, sur la foi d'arguments tant sanitaires (présence de pesticides, de perturbateurs endocriniens) qu'éthiques et environnementaux (impact écologique de la production industrielle et des transports). Toutefois, il semble que les modèles culturels les plus à même d'être « sur-intégrés » par l'individu et repris dans le champ symptomatique sont ceux qui leur sont transmis dans le cercle familial par le biais d'attentes parentales, or la tendance précédemment citée semble trop récente pour que sa transmission intergénérationnelle soit effective.

I. 2. c. Evolution, mortalité et facteurs pronostiques

Nous avons évoqué les complications somatiques qui conditionnent le pronostic à court terme. A plus long terme, l'évolution de l'anorexie mentale survenue à l'adolescence est variable et celle sans traitement est très mal connue. L'évolution est fréquemment marquée de rechutes et de stagnations, de transitions d'une forme de trouble à l'autre (les formes purement restrictives évoluant dans 50 % des cas vers les formes mixtes ou boulimiques), de décompensations de

comorbidités psychiatriques anxieuses, obsessionnelles-compulsives, dépressives, addictologiques, autoagressives ou suicidaires. 20 % des patients atteints de TCA présenteraient une ou plusieurs comorbidités actuelles (24–27). L'évolution s'étend, dans la plupart des cas, sur plusieurs années (rarement moins de 4 ans). Elle est fortement conditionnée par l'existence ou non d'un travail d'élaboration psychique sur le processus à l'œuvre à travers les troubles, travail dont la patiente est partie prenante.

Concernant le pronostic de l'anorexie mentale, les études emploient des outils d'évaluation divers et obtiennent des résultats relativement hétérogènes. Une méta-analyse a mis en lumière une évolution favorable concernant le poids et l'aménorrhée pour au moins la moitié des patientes (avec dans 25 à 75 % des cas la persistance de conduites restrictives et de préoccupations corporelles), une persistance d'une insuffisance pondérale et de l'irrégularité du cycle menstruel pour un quart d'entre elles et une évolution nettement défavorable dans 20 % des cas, sur un versant anorexique ou boulimique (28). Parmi les études qui définissent le pronostic selon les critères de Morgan-Russel (**Annexe 2**), les auteurs identifient un bon score pour 42 % de leur population, un score intermédiaire pour 35,3 % à 47 % et un mauvais score pour 11 à 23,5 % (24,29). Une étude utilisant le score de Morgan-Russel modifié (qui intègre la dimension cognitive et qualité des relations sociales et qui prend en compte dans le mauvais score le maintien de conduites boulimiques ou de purge) retrouve un bon score dans 78 % des cas, un score intermédiaire pour 10 % et un mauvais score pour 12 %. Le pronostic est évalué comme meilleur dans les cohortes ambulatoires, du fait du biais de recrutement des populations de patients hospitalisés, caractérisées par une plus grande sévérité des troubles (27).

La mortalité, essentiellement par suicide ou suite aux complications somatiques, concerne surtout les formes chroniques évoluant depuis plus de 3 ans. Elle est évaluée par le SMR (Standardized Mortality Ratio). Il s'agit du rapport entre le nombre de décès survenus dans un groupe sur une période donnée et le nombre qui seraient survenus si le groupe avait été soumis à la mortalité pour ce groupe d'âge en population générale. (30) Le SMR de la population atteinte d'anorexie mentale est évalué entre 5 et 6 % par plusieurs méta-analyses récentes, c'est à dire un taux de mortalité toutes causes 5 fois supérieur à celui du groupe d'âge. Il s'agit d'un taux supérieur à celui des patients psychotiques du même groupe d'âge, et à celui des patients boulimiques. Par ailleurs, le taux de décès par suicide est près de vingt fois plus élevé dans la population atteinte de TCA que dans l'ensemble de la population de même âge (16,31–34).

Parmi les facteurs pronostiques, le plus marquant est l'âge de survenue du trouble, avec un pronostic nettement meilleur pour les patientes adolescentes (50-70 % de guérison, 20 % de symptômes résiduels et 20 % de chronicisation). Les facteurs de mauvais pronostic chez les patientes adolescentes semblent être :

- le retard à la prise en charge,
- des relations familiales difficiles,
- un IMC inférieur à 13 en début de prise en charge,
- l'association à un trouble de personnalité ou à une dépression,
- un nombre ou une durée élevée des hospitalisations (qui reflète notamment l'insuffisance de la prise en charge ambulatoire et donc la sévérité du trouble) (35).

I. 3. Etiopathogénie : une lecture multidimensionnelle

La fonction oro-alimentaire est éminemment corrélée au développement psychique dans son ensemble, aussi la compréhension actuelle des troubles du comportement alimentaire intègre les apports récents de la biologie et de la génétique dans un modèle multidimensionnel, neurodéveloppemental, où des déterminants neurobiologiques et génétiques sont intriqués avec des facteurs environnementaux liés à l'histoire individuelle et familiale ainsi qu'à l'influence socioculturelle. La principale limite de ce modèle est la méconnaissance, en l'état actuel de la recherche, de la part respective de chacune de ces composantes (36).

On modélise les TCA comme résultant de la triple influence de *facteurs de vulnérabilité* (« terrain » génétique et anomalies biologiques préexistantes), de *facteurs déclenchants* (régimes alimentaires stricts, événements de vie majeurs, puberté et œstrogènes, période de transition comme un changement d'établissement scolaire, un déménagement ou la perte réelle ou symbolique d'une figure d'attachement) et de *facteurs d'entretien* (déséquilibres biologiques induits par le trouble avec notamment les conséquences somatopsychiques de la dénutrition (37) ; bénéfices relationnels sur l'environnement ; « bénéfices » psychologiques) (38).

Les troubles du comportement alimentaire sont communément considérés comme des addictions comportementales (sans produit) du fait de la dimension de détente transitoire produite par l'accès boulimique, de la dimension d'apaisement ou d'excitation résultant du jeûne, et de la dépendance à ces comportements, dépendance caractérisée par la difficulté ou l'impossibilité à s'en passer, l'abandon progressif d'autres activités sources de plaisir et la poursuite du comportement malgré ses conséquences délétères et leur reconnaissance par le sujet. Cette dépendance à la sensation (à l'ingurgitation compulsive, au jeûne, à l'activité physique) se substitue à la dépendance

à l'autre, perçue comme menaçante. Bien que nous n'ayons pas traité le modèle addictif comme une approche individualisée de la compréhension des TCA, celle-ci transparait à travers les différents modèles évoqués ci-après.

I. 3. a. Approche neurobiologique et génétique

Les études en génétique (39) semblent montrer des altérations du système sérotoninergique chez les patientes atteintes de troubles du comportement alimentaire, persistant après la rémission du trouble et qui pourraient lui préexister, participant aux traits prémorbides que sont l'anxiété, les manifestations obsessionnelles et l'inhibition. Le déficit sérotoninergique pourrait contribuer à la genèse des troubles alimentaires d'abord par le biais d'une dérégulation des circuits de la récompense impliqués dans la dimension hédonique de l'alimentation, ensuite par une dérégulation des schémas émotionnels, la restriction alimentaire venant temporairement atténuer une dysphorie de l'humeur et une anxiété par le biais d'une réduction de la disponibilité plasmatique du tryptophane, un acide aminé intervenant dans la modulation de l'activité du récepteur sérotoninergique 5-HT_{2A}. Ce modèle éclaire le processus d'auto-renforcement des conduites restrictives. Toutefois, à plus long terme, la dysphorie de l'humeur tend au contraire à être majorée par le retentissement métabolique et neurobiologique de la dénutrition. En dépit de l'implication du système sérotoninergique, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont peu efficaces dans la mesure où une libération synaptique suffisante de sérotonine est un prérequis à leur efficacité, et où celle-ci est altérée dans les troubles alimentaires restrictifs (40,41).

Des études de génétique moléculaire ont également permis d'identifier comme potentiellement impliqués les gènes du récepteur 1D à la sérotonine (HTR1D) et du récepteur delta aux opioïdes (OPRD1), une région du promoteur du transporteur de la sérotonine (5-HTTLPR), un polymorphisme de la protéine COMT et du récepteur D2 à la dopamine (DRD2) et un polymorphisme BDNF. Ces résultats ne peuvent pour l'instant être considérés que comme des pistes de recherche. En outre, les connaissances sur l'épigénétique amènent à considérer l'action de ces gènes comme subordonnée aux variations de l'environnement (42–45).

L'agrégation familiale des troubles et le polymorphisme des gènes impliqués dans le système sérotoninergique (gène codant le récepteur sérotoninergique 5-HT_{2A} et celui codant l'*agouti-related melanocortin 4*) vont dans le sens d'une participation génétique conjuguée à des facteurs environnementaux (7). Dans les études de jumeaux, la présence concordante du trouble anorexique chez les jumeaux monozygotes étaient de 51 % contre 5 % pour les jumeaux dizygotes, ce qui était en faveur d'une participation génétique. Cette concordance significativement plus forte

pour les jumeaux homozygotes que pour les hétérozygotes n'était pas retrouvée dans le trouble boulimique (46).

L'hypothèse d'un facteur hormonal est également étudié, aussi la survenue des troubles alimentaires à l'adolescence peut s'expliquer, à la fois par l'avènement de nouvelles formes de pression socioculturelle sur l'individu, susceptibles de renforcer la dimension anxieuse et obsessionnelle préexistante, et à la fois par la possible influence des stéroïdes sexuels féminins (androgènes) sur la dérégulation du système sérotoninergique (39).

D'autres hypothèses existent concernant les paramètres biologiques qui pourraient jouer un rôle étiologique dans l'anorexie mentale. D'une part, des auteurs étudient l'impact potentiel d'une dérégulation du microbiome intestinal sur la régulation cérébrale du stress et de la satiété (par les biais du complexe vagal et de la modulation des taux de neurotransmetteurs) et font l'hypothèse d'un effet délétère rétroactif du stress sur la qualité de la flore digestive (24,47,48). D'autre part, devant l'association comorbide des TCA et des maladies inflammatoires, la composante inflammatoire est également étudiée dans l'émergence des troubles alimentaires (49,50).

Nous avons donc vu que la genèse l'anorexie mentale semble corrélée à une altération des processus neuronaux, impliquant le système sérotoninergique, responsables de la régulation de l'appétit et des émotions. Du point de vue neurocognitif, on observe par ailleurs un profil spécifique aux patientes atteintes de troubles du comportement alimentaire, possiblement intriqué aux déterminants neurobiologiques (41) : le perfectionnisme, l'attention au détail et le défaut de cohérence centrale (d'assimilation des données de détail en une représentation globale), le défaut de flexibilité cognitive et de *set shifting* - changement de modalité de raisonnement (51). La régulation des émotions et le système de récompense semblent également altérés (52). La dérégulation du système de récompense consiste en une perturbation entre la valeur accordée aux récompenses à court et à long terme, impliquée notamment dans l'absence de satisfaction immédiate de la sensation de faim en vu d'un « bénéfice » narcissique différé (la perte de poids) (53). Ces particularités sont réversibles après renutrition dans la plupart des cas mais peuvent aussi persister, et sont parfois retrouvées chez des apparentés du premier degré (54,55). La mémoire de travail, supérieure à la moyenne, est sollicitée dans les procédés complexes d'éviction de certains aliments (56).

En neuroimagerie fonctionnelle, on retrouve dans l'anorexie mentale une baisse d'activation du cortex cingulaire antérieur, du cortex strié et du thalamus et une hyperactivation des circuits pariétaux-frontaux, révélatrice d'une large prévalence du contrôle cortical (signaux descendants *top*

down) au détriment des signaux *bottom up* en provenance des structures automatiques inférieures et donc des aspects émotionnels, perceptifs et de l'homéostasie métabolique (signaux *bottom up*).

Les travaux psychanalytiques complètent la compréhension des déterminants neurobiologiques des troubles du comportement alimentaire en apportant un éclairage sur les rapports du sujet à son environnement et les modalités de sa construction psychique.

I. 3. b. Approche psychodynamique

Nous étudierons dans cette partie les modalités de la relation d'objet (c'est à dire l'organisation du moi selon les modalités des interactions précoces) à l'œuvre chez les patientes présentant un trouble du comportement alimentaire restrictif ou mixte. Nous développerons les points suivants : d'après Guilbaud (57), les modalités intrapersonnelles de la relation d'objet sont marquées par le verrouillage anal des émergences pulsionnelles notamment de l'avidité orale et la difficulté à intégrer l'ambivalence des sentiments à l'égard de l'objet primaire ; du point de vue de la relation d'objet interpersonnelle, la personnalité tend à s'organiser en faux self, caractérisée par l'importance de la soumission au narcissisme de l'objet primaire ; d'un point de vue intraculturel, les représentations du sujet sont surdéterminées par la valorisation culturellement inscrite du corps maigre comme source de bien-être et de réussite.

- *Modalités de la relation d'objet intrapersonnelle dans l'anorexie mentale*

La conduite alimentaire serait la traduction en actes d'un dysfonctionnement dans les processus de séparation-individuation : chez les sujets atteints de TCA, la conflictualité inhérente à l'adolescence entre dépendance et autonomie se trouve exacerbée, dans la continuité des modalités interactives tissées dans la petite enfance. Les troubles alimentaires apparaissent alors comme une modalité défensive, remplissant une fonction de substitut identitaire (surinvestissement de l'image du corps) et une fonction organisatrice de la vie psychique, le refuge dans l'agir et dans une sensorialité subvertie permettant l'économie de la confrontation à des affects dépressifs non structurés et des représentations intolérables. Ils s'inscrivent également comme une tentative de maintenir l'homéostasie de la vie relationnelle, dont les remaniements semblent représenter une menace pour l'individu. Le comportement alimentaire répond donc à un triple évitement de la pensée, de l'éprouvé et de la relation « pour protéger une organisation interne (...) peu sécurisante dès lors qu'elle est au contact de l'autre ». (9)

Guilbaud détaille cette dimension identitaire du symptôme anorexique, sa fonction de comblement d'une défaillance du « sentiment d'être » :

L'adolescente anorexique se définit non par ce qu'elle est en soi mais par ce qu'elle est aux yeux des autres au regard de sa conduite alimentaire et de ce corps décharné qu'elle exhibe, par le faire plutôt que par l'être en soi. Comme si elle existait par le fait de réprimer ses besoins physiologiques et instinctuels, de restreindre son alimentation jusqu'à l'inanité. Il y a quelque chose d'une négation à l'œuvre dans l'anorexie, qui interroge et choque tout à la fois. Une volonté de négation du désir, des émergences pulsionnelles et des besoins physiologiques qui interpelle du lieu de l'autre. Comme une convocation des figures parentales, du père et de la mère. (57)

Il rejoint et cite Corcos, pour qui « s'il n'y a pas le sentiment d'être, le sujet dépendant va trouver sa continuité d'être (et ce très tôt) dans la continuité du faire : développement frénétique des activités de maîtrise » (58). Cette maîtrise serait celle de l'avidité (alimentaire, pulsionnelle, relationnelle) du sujet, vécue comme intolérable et contre laquelle il lutte par un cortège de symptômes. Pour Guilbaud, cette « négation du désir » ou de l'avidité serait avant tout celle du « désir originel adressé aux figures parentales », renvoyant à la relation d'objet interpersonnelle (l'organisation du moi selon les modalités des interactions précoces) et aux stades précoces du complexe d'Œdipe. L'appétence dirigée vers les figures parentales renverrait le sujet à des angoisses persécutrices irreprésentables de dépendance à l'autre. Jeammet écrit à ce sujet : (59) « Ce dont j'ai besoin, [l'autre,] parce que j'en ai besoin et à la mesure même de ce besoin, c'est ce qui menace mon autonomie » et « ce qui me menace ». Ces angoisses vis-à-vis du processus de séparation-individuation, enracinées dans la prime enfance, sont éminemment réactivées à l'adolescence. Guilbaud évoque un « verrouillage anal [par les comportements de maîtrise] des émergences pulsionnelles notamment de l'avidité orale » et une défense maniaque, consécutives à la difficulté à intégrer cette ambivalence des sentiments à l'égard de l'objet primaire. La possibilité d'élaborer les fantasmes matricides et d'intégrer les sentiments ambivalents (amour et haine) à l'égard de la mère, perçue comme objet total, définit l'entrée dans la position dépressive, et par là même dans les processus de symbolisation et l'accès au principe de réalité. Pour M. Klein, la position dépressive succède, dans le développement de l'enfant, à la position schizoparanoïde (avant 4 mois), et s'avère indispensable au développement de l'aptitude à aimer. Les mécanismes de défense maniaques et obsessionnels ainsi que les processus de réparation vis-à-vis de l'objet primaire maternel sont convoqués à cette période développementale, les mécanismes de défense étant définis comme « les processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités interne et/ou externe et dont les manifestations – comportements, idées ou affects – peuvent être inconscients ou conscients »

(60). Pour Guilbaud, les troubles du comportement alimentaire se caractérisent par un défaut d'élaboration de la position dépressive (qui succède à la position schizoparanoïde) et un recours omniprésent aux défenses maniaques et obsessionnelles.

Guilbaud (57,61) conçoit les comportements de maîtrise (*comportement alimentaire ritualisé* : tri, découpage minutieux, restriction, sélection des aliments ; *maîtrise du corps* : contrôle pondéral et de la dépense physique ; *maîtrise des relations* : refus du plaisir et de la sexualité, restriction des relations interpersonnelles) de l'anorexie mentale comme directement liés à une économie anale, de même que l'hyperinvestissement complusif de la sphère intellectuelle. Ces mécanismes de défense obsessionnels auraient pour fonction de contenir les fantasmes sadiques agressifs – ou plutôt ambivalents – sous-jacents difficilement élaborables. Pour Brusset et Jeammet, la sollicitude anxieuse pour la mère, fréquemment observée, serait une formation réactionnelle à ceux-ci (62), une activité compulsive de réparation de l'objet de peur de l'avoir endommagé. Il existe donc chez ces patientes une crainte de la toute-puissance de la pensée et de réalisation des fantasmes sadiques. Le collage fusionnel aux figures parentales rassure alors sur l'absence de cette réalisation et sur l'intégrité parentale. Pour Guilbaud, « la séparation menace le sujet d'être confronté à son ambivalence pulsionnelle et à un surmoi archaïque source d'angoisses et de culpabilité. Cette culpabilité c'est bien sûr la culpabilité d'avoir endommagé l'objet avec la peur que celui-ci exerce des représailles sur le moi ». Aussi, dans leur pratique clinique, Rollins et Bakwell, cités par Brusset et Jeammet (62) avaient-ils noté lors d'une reprise alimentaire brutale « l'apparition d'états d'agitation aiguë avec craintes que les parents soient morts, voire d'idées suicidaires par peur de ne pouvoir contrôler leurs sentiments agressifs contre la famille ». La restriction alimentaire, voire les tentatives de suicide par intoxication volontaire, médicamenteuse ou autre, peuvent alors être conçus comme manière de retourner contre son propre corps les fantasmes sadiques oraux à l'égard des figures parentales.

Nous avons donc vu que, dans l'anorexie mentale, on assiste à une volonté de préserver l'objet primaire, maternel, de la destructivité orale. Tout se passe comme si, à l'adolescence, « la réactivation des problématiques œdipienne et de séparation-individuation [étaient l'occasion d'] une régression à un point de fixation à la phase du sadisme oral », phase lors de laquelle l'amour signifie fantasmatiquement manger l'autre ou les objets partiels qu'il contient (manger le sein ou le pénis contenus dans la mère). Pour Mélanie Klein, « l'avidité est la marque d'un désir impérieux et insatiable, qui va à la fois au-delà de ce dont le sujet a besoin et au-delà de ce que l'objet peut ou veut lui accorder. Au niveau de l'inconscient, l'avidité cherche essentiellement à vider, à épuiser ou à dévorer le sein maternel ; c'est à dire que son but est une introjection destructive. » Winnicott

apporte un témoignage de verrouillage de la pulsion sadique orale chez un nourrisson qui n'est pas sans rappeler celui à l'œuvre dans l'anorexie : « je connais un nourrisson, né avec une incisive inférieure, qui aurait donc pu lacérer le mamelon. En fait, il a failli mourir de faim parce qu'il cherchait à protéger le sein. Au lieu de mordre le sein, il mâchonnait l'intérieur de sa lèvre inférieure, allant jusqu'à provoquer une plaie. » (63) Dans la boulimie, le verrouillage anal n'est pas aussi marqué, ou intermittent, avec une dualité entre des envies irrépressibles de « se remplir » et la culpabilité ultérieure à la crise. Aussi, pour Schmit, les crises boulimiques surviennent à un moment de relâchement du contrôle de la libération pulsionnelle. A noter que la répression de l'amour-avidité s'applique également aux autres objets d'amour que les figures parentales, pouvant mettre un coup d'arrêt à l'élan amoureux.

Pour Mélanie Klein (64), les défenses obsessionnelles contre la pulsion sadique orale s'assortissent de défenses maniaques. On désigne par défenses maniaques la négation de la souffrance (la sienne et celle des autres), l'idéalisation du soi et la disqualification de l'objet, qui interviennent face à l'incapacité à faire le deuil de l'objet primaire et à la dépendance massive à son égard, persécutrice pour le moi. Ces défenses sont associées à un sentiment de toute-puissance avec une tentative de maîtrise et de satisfaction sadique à vaincre ou à humilier l'objet. Dans l'anorexie mentale, les défenses maniaques se manifestent par l'idéalisation d'un soi grandiose incarné par l'emprise totale sur son propre corps, parfois associé à la maîtrise des comportements alimentaires de ses parents, ainsi que par le déni des troubles, attestant du mépris pour sa propre souffrance ainsi que de celle de son entourage. Guilbaud énonce que « l'aspect destructeur des défenses maniaques et de pseudo-réparation des défenses obsessionnelles, ainsi que leur prévalence, empêche toute élaboration du travail de deuil et par conséquent du processus d'autonomisation réactivé à l'adolescence. » Selon Brusset, des mécanismes de défense plus archaïques, appartenant à la position schizoparanoïde (clivage et projection), peuvent également être convoqués face à la difficulté d'élaboration de la position dépressive et du deuil originare. Ainsi, on observe un clivage des représentations entre bonne et mauvaise nourriture et entre bon corps (corps maigre) et mauvais corps (corps gros), évocateur du clivage du tout-petit entre bon sein et mauvais sein, bonne mère et mauvaise mère.

Dans la psychanalyse précoce de Freud, Ferenczi, Albraham et jusque M. Klein, les auteurs considèrent que la réalité est constituée par le moi, ses représentations et ses sensations, c'est à dire que ce sont les représentations fantasmatiques des parents qui constituent l'objet libidinal. Ces auteurs concevaient l'anorexie mentale comme une régression devant la sexualité génitale, effaçant par la maigreur les transformations pubertaires et déplaçant l'investissement de la sexualité et

l'ambivalence envers celle-ci vers vers une oralité conflictualisée, surinvestie (pensées obsédantes, rituels...) et faisant l'objet de dégoût et de refoulement. Dans ce paradigme, la peur de prendre du poids est conçue comme celle d'une grossesse incestueuse. Le symposium de Göttingen, dirigé par Meyer et Feldman (1965) rejette la conception de l'anorexie mentale comme investissement sexuel de la fonction alimentaire, considérant que le conflit se situe au niveau du corps et d'une difficulté à assumer son rôle génital à la puberté. R. Fairbairn (65), lui, considère que ce sont les relations réelles – et non fantasmatiques – avec les parents qui déterminent la genèse du moi : il considère que le but de la pulsion n'est pas la satisfaction à travers l'objet mais la recherche de la relation avec la mère, ce qui influencera les conceptions psychanalytiques de Balint, Bowlby ou Winnicott. Ce faisant, il introduit la notion de relation d'objet interpersonnelle. Cette conception préfigure la théorie de l'attachement, sur laquelle nous reviendrons, qui postule l'existence d'un besoin primaire de relation ne reposant pas exclusivement sur la satisfaction des autres besoins. Quelles sont les modalités de la relation d'objet interpersonnelle dans les troubles du comportement alimentaire ?

- *Modalités de la relation d'objet interpersonnelle dans l'anorexie mentale*

La notion de self renvoie au sentiment d'exister et d'identité. Pour Winnicott, il trouve son origine dans les interactions précoces et le holding (l'ensemble des soins donnés à l'enfant par la mère et sa capacité à contenir ses angoisses à la fois sur le plan physique – portage à bras – que psychique – capacité de la mère à penser les émotions de son enfant). Winnicott distingue :

- le vrai self : le moi maturé qui se constitue au-delà du cinquième mois lors de l'élaboration de la position dépressive, lorsque la mère répond de manière ajustée (préoccupation maternelle primaire) aux exigences du ça (les pulsions infantiles d'autoconservation), de sorte que le bébé a l'impression de créer l'objet primaire partiel – le sein – ce qui renforce son moi et son sentiment d'omnipotence, lui permettant d'accepter la frustration de manière sécurisée. Seul le vrai self peut donner au sujet le sentiment d'être réel ;

- le faux self : il s'agit du self qui masque la réalité intérieure de l'enfant, son vrai self, pour le protéger. Dans la situation où la préoccupation maternelle primaire est inopérante, la mère substitue son besoin à celui du bébé, ce qui génère une attitude de soumission du bébé et échoue à faire advenir son sentiment d'omnipotence. Le faux self est donc la partie du moi qui répond aux exigences extérieures auxquels il est contraint (obéissance, conformisme, adaptation). Winnicott distingue le faux self social, convoqué transitoirement pour répondre aux exigences du milieu, et le faux self totalement clivé du vrai self, auquel le sujet n'a pas accès. Le sujet confond alors son faux self avec son self, il « fait semblant d'être réel ». Le

sentiment d'être passe alors par le « faire » perpétuel, traduit par les comportements de maîtrise.

Ainsi selon Jeammet (66), cité par Guilbaud, « la conduite anorexique est une conduite antipensée et antireprésentationnelle et tend à favoriser le surinvestissement du domaine des sensations liées à l'extériorité afin de se dégager de la dépendance aux objets et du risque de dépression qui lui est attachée. Le self des patientes anorexiques apparaît clivé de leur vrai self et de leur aspiration narcissique authentique. La dimension de soumission aux exigences de l'entourage proche apparaît prévalente, montrant la sévérité du surmoi auquel elles sont contraintes. » Les identifications projectives parentales, soit la faculté des parents à « rêver » le psychisme de leur bébé par identification projective, indispensables au développement de l'enfant, prennent ici une telle ampleur que le narcissisme primaire de l'enfant et les aspirations de son vrai self sont niés. Pour Sours (67), les transactions familiales sont caractérisées par une économie anale avec la maîtrise des quêtes affectives de l'enfant et le découragement des mouvements de séparation vis-à-vis de la famille. Selvini (68) fait mention d'un « surcontrôle maternel sur le corps de l'enfant, [qui] contrarie ses efforts ultérieurs pour obtenir du plaisir de son propre corps, et favorise la soumission de l'enfant qui est récompensée ». Ces modalités d'organisation familiale valorisent la performance et le conformisme, laissant peu de place au ludisme et aux attitudes régressives. Aussi, les parents répondent à l'affectivité de l'enfant par la valorisation du contrôle. L'investissement narcissique par les parents de la réussite scolaire et sociale pour leur enfant est introjectée par l'enfant, dont l'accomplissement narcissique, en faux self, passe par le domaine de l'extériorité, par la reconnaissance externe de sa valeur. Dupont (69) écrit : « être en tête de la classe n'est pas une manière d'être la meilleure, mais seulement de calmer un idéal du moi qui exige du sujet un paiement comptant (...). Il ne s'agit pas d'arrogance, seulement de survivre narcissiquement (...), "exceller ou mourir" ». Alors que cet empiètement parental sur les désirs de l'enfant est décrite comme principalement maternelle, les pères semblent plus effacés dans les enjeux éducatifs et parentaux, avec une difficulté à assumer un rôle d'autorité dans la vie familiale voire une exclusion de celle-ci. En outre, une attitude contre-œdipienne des pères peut conduire à la valorisation inconsciente du corps sans forme féminine de leur fille.

- *Modalités de la relation d'objet intraculturelle dans l'anorexie mentale*

La surdétermination socioculturelle des troubles psychiques est bien connue et a été théorisée par différents auteurs en anthropologie, psychologie et psychanalyse au cours du XX^{ème} siècle. Freud (70), à la fin de son œuvre, avait déjà esquissé cette ouverture transculturelle pointant l'élaboration de la théorie psychanalytique à partir d'un modèle socioculturel donné et

questionnant sa validité dans un autre contexte. L'individu rencontre un contexte socioculturel donné, aboutissant à une conduite symptomatique. L'anthropologue Linton (71) évoquait des « modèles d'inconduite » fournis par la culture et permettant au sujet d'exprimer sa souffrance psychopathologique. Pour Devereux (72), ces modèles d'inconduite sont transmis par le corps, la langue et par l'éducation. Les parents sont donc les vecteurs des idéaux sociétaux (dans le cas des troubles du comportement alimentaire sont convoqués le culte de la minceur, comme gage de réussite et de maîtrise, et celui de la performance). Pour Bateson et Mead (73), c'est au travers de l'interface familiale que s'articulent la culture et l'individu.

En contrepartie, le sujet réactualise sans cesse la culture. Pour Winnicott, toutes les productions culturelles (symbolisation art, religions, littérature...) sont issus de processus transitionnels, la transitionnalité désignant tout ce que le bébé puis l'individu crée et invente pour lui permettre de supporter la période de transition entre le principe de plaisir (la satisfaction, d'abord par le sein maternel) et l'acceptation de la réalité (la frustration, d'abord celle de l'absence de la mère). Il s'agirait d'une aire d'expérience, un domaine de créativité faisant office d'interface entre les réalités interne et externe.

Pour Guilbaud, l'individu est largement influencé dans son développement psychoaffectif par « la nature et l'intensité de la pression sociale » : (57,74)

Dans les sociétés de consommation et d'abondance, les mythologies collectives et les images sociales, d'où se nourrit en partie la problématique de dépendance à une conduite anorexique, semblent valoriser le culte de la minceur et de la performance comme source de bien-être et de réussite. L'idéalisation de la minceur, de l'ascèse et de l'androgynie chez les patientes anorexiques répond à une soumission aux stéréotypes culturels avec une valorisation croissante de l'idéal de maîtrise et de contrôle de soi passant par la valorisation d'un corps mince. Cette soumission aux stéréotypes socioculturels où l'image du corps occupe une place de pivot identificatoire central se retrouve dans un certain nombre de constellations familiales où le poids du transgénérationnel se fait ressentir.

- *Conception psychodynamique de la boulimie*

Sur le plan psychopathologique, la boulimie implique la recherche impulsive et répétitive d'un objet susceptible de combler, de remplir, d'apaiser l'excitation. Schmit (9) évoque une homologie entre la vie relationnelle et le rapport à l'alimentation de la personne boulimique, tous deux marqués par une alternance entre avidité et rejet attestant d'une difficulté à maintenir une stabilité dans le rapport à l'autre et à soi. Cet auteur formule :

Leur relation à autrui est intensément investie dès lors qu'autrui représente pour elles l'image idéalisée d'un autre soi-même. La relation est rapidement abandonnée ou rejetée aussitôt qu'est ressentie, avec une grande frustration, la reconnaissance de cet autrui comme différent de soi et ne se confondant pas avec l'image idéalisée projetée sur lui. Cela confronte douloureusement le sujet boulimique à la séparation ainsi qu'à la représentation de ses propres limites, deux éléments qui sont précisément, pour lui, des points de fragilité.

La conduite boulimique serait l'équivalent d'une tentative de possession de l'objet primaire maternel, la nourriture devenant un mauvais objet aussitôt son incorporation de par l'intégration de la minceur à l'idéal du moi mais aussi du fait de l'échec de la fusion avec l'objet maternel et de la tentative de nier, par la conduite alimentaire, la dépendance à cet objet primaire et son deuil non résolu. De plus, pour Jeammet (66), la relation privilégiée au père qui est fréquemment rapportée ne révélerait pas toujours un investissement structurant du lien à celui-ci mais masquerait un déni de la massivité de l'attachement à l'objet maternel et de l'attente à son égard.

Pour Bruch (75), les patientes boulimiques présentent par ailleurs un défaut d'investissement du corps propre, à savoir une difficulté à reconnaître les sensations de faim et de satiété, laquelle s'inscrit plus globalement dans un défaut de confiance dans ses propres sensations, en lien avec, dans l'histoire précoce du sujet, les modalités de construction du lien à l'autre ne permettant pas celle d'un espace psychique propre. Le sujet ne peut s'approprier son corps avec une sécurité suffisante et reste dépendant de sa mère dans l'interprétation de ses propres sensations corporelles ». Le narcissisme du sujet est fragilisé par ce défaut d'investissement du corps propre et reste donc très dépendant des objets externes, faisant le lit de la vulnérabilité à une hyperintériorisation des normes esthétiques culturelles (de l'idéal de minceur) ainsi qu'à l'injonction à la consommation, notamment alimentaire (par le biais publicitaire notamment).

A l'adolescence, où le processus de séparation-individuation est entravé par ces modalités de la relation d'objet, le symptôme boulimique serait une manière de contrer la dépendance à l'objet maternel et l'attaque narcissique qu'elle constitue. Alors adviendrait une autre dépendance, à la nourriture investie comme objet substitutif. Pour Schmit, l'alimentation revêt la fonction psychique de régulation de l'excitation qui s'inscrit habituellement dans les processus de mise en mot et en sens advenant dans le cadre d'une relation sécurisante. (9)

I. 3. c. Approche attachementiste

- *Troubles des conduites alimentaires et fragilité du lien à l'autre*

La fragilité du lien à l'autre semble être une dimension centrale des troubles du comportement alimentaire. Aussi, pour Jeammet (76), le trouble alimentaire, alors conçu comme une pathologie de la dépendance (77), constituerait une manière de réguler la distance relationnelle avec un autrui perçu comme menaçant. Par l'aphorisme « ce dont j'ai besoin est ce qui me menace », Jeammet signifie la difficulté, du fait de la fragilité des assises narcissiques, à concilier « le besoin [affectif] du lien à l'autre pour se construire et la nécessité de se différencier pour être soi ».

Cette dimension a un effet délétère sur l'engagement thérapeutique et l'alliance avec les partenaires de soins, les sujets tendant à s'inscrire dans des modalités relationnelles tantôt adhésives, marquées par une idéalisation du ou des thérapeutes dans le cadre d'un transfert massif, tantôt marquées par méfiance voire l'hostilité, au risque de susciter des attitudes de rejet ou d'agressivité en miroir de la part des soignants. La théorie de l'attachement peut éclairer la dimension d'insécurité dans le lien à l'autre à l'œuvre dans les troubles des conduites alimentaires et fournir des pistes d'orientation des pratiques de soins.

- *Théorie de l'attachement*

John Bowlby, psychiatre d'enfants d'obédience psychanalytique kleinienne, secondairement influencé par les travaux de l'éthologie et de la biologie évolutionniste, porte ses travaux sur les effets de la séparation et de la carence dans l'enfance. Il est sensibilisé à ces problématiques dans le cadre de son travail hospitalier dans le contexte socioculturel de l'après seconde guerre mondiale à Londres, marqué par des deuils et des séparations. Sa théorie étant mal reçue par la communauté psychanalytique, il s'en éloigne pour poursuivre ses recherches.

Il développe en 1958 la théorie de l'attachement, qui modélise les enjeux relationnels à l'œuvre dans les situations de détresse où l'on a « besoin de l'aide d'un autre plus sage et plus fort qui est censé apporter cette aide ». Toutes les situations de peur, de détresse, de douleur activent le système de l'attachement, un système motivationnel universel, quoique sensible aux variances culturelles. Si le système de l'attachement occupe une place prépondérante dans l'enfance, se définissant à cette période comme « l'ensemble des processus sous-jacents à la recherche et au maintien de la proximité physique avec un adulte de l'entourage », ses enjeux persistent tout au long de la vie et éclairent la compréhension des relations interpersonnelles et affectives. Feeney (78) exprime dans une publication récente que « le désir de soutien et de réconfort dans l'adversité ne

devrait pas être considéré comme infantile ou une dépendance immature mais devrait plutôt être respecté comme une part intrinsèque de la nature humaine qui contribue au bien être et à la santé ».

Bowlby s'intéresse au bébé, mettant en évidence le poids des expériences affectives précoces et le besoin de sécurité inné du bébé, dont il constate les effets néfastes de la séparation avec la figure d'attachement principale même lorsque les besoins vitaux sont remplis. Il collabore avec Blatz qui formule en 1940 sa théorie de la sécurité : « un développement émotionnel complet nécessite que chaque être humain puisse développer une confiance fondamentale dans une figure. » Bowlby développe cette idée d'une figure d'attachement principale de l'enfant, c'est à dire celle qui répond le plus souvent à ses besoins émotionnels de réassurance (en particulier la nuit). Au fil du développement de l'enfant, le besoin de proximité physique immédiate se mue en besoin de disponibilité et d'accessibilité de sa figure d'attachement. Pour Mary Ainsworth (79), la disponibilité de sa figure d'attachement lui procure une sécurité affective suffisante pour lui permettre d'explorer son environnement (physique, intellectuel, relationnel), d'abord par le jeu. La désactivation du système d'attachement (par la sécurisation affective) est nécessaire à l'activation du système exploratoire. On dit que ces deux systèmes motivationnels sont antagonistes. Cette exploration du monde alentour est indispensable à la construction de la sociabilité et d'un sentiment d'estime de soi. Cet équilibre entre recherche de sécurité et exploration est particulièrement convoqué au cours du second processus de séparation-individuation qui survient à l'adolescence.

Le long du développement psychoaffectif, l'enfant puis l'adolescent et l'adulte construisent des représentations de plus en plus élaborées de ce que l'on peut attendre de soi et de l'autre en situation de détresse. Il s'agit des MIO (modèles internes opérants), des « cartes du monde » relationnelles, qui sont intégrées par l'individu sur les plans cognitif et affectif et influencent sa représentation de soi (comme plus ou moins digne d'être aimé) et d'autrui (comme plus ou moins en mesure de répondre à ses besoins en cas de détresse et digne de confiance) et donc son comportement relationnel. Les événements de vie, positifs ou négatifs, modèlent les MIO tout au long de la vie, y compris à l'âge adulte. Ainsi le début d'une nouvelle relation sécurisante à l'âge adulte ou une psychothérapie peuvent constituer des expériences correctrices. Toutefois, le degré d'insécurité d'attachement ne permet parfois pas l'exploration de nouvelles modalités relationnelles et de régulation affective. On parle d'organisation défensive. (80,81)

- *Attachement sécure et insécure, mentalisation et régulation émotionnelle*

La Situation Etrange est une situation expérimentale dans laquelle sont étudiées les réactions de l'enfant entre 12 et 18 mois à la séparation et à la réunion avec sa figure d'attachement principale dans un lieu non familiale. Elle étudie la capacité de l'enfant à utiliser sa figure d'attachement comme base de sécurité et permet de dégager 4 profils d'attachement du nourrisson à sa figure d'attachement principale : sécure, évitant, ambivalent-résistant et désorganisé (**Annexe 3**) (80)

A l'âge adulte, l'individu intériorise un Etat d'Esprit quant aux relations d'attachement pendant l'enfance, qui transparaît à travers le style narratif, la forme de son discours à l'évocation de sujets attachement-pertinents. C'est l'Adult Attachment Interview, une méthode d'entretien semi-structuré d'environ une heure centré sur les relations d'attachement pendant l'enfance, qui étudie cette dimension et permet de dégager, en fonction du contenu et surtout de la forme de la narration, quatre états d'esprit à l'âge adulte : un profil sécure et trois profils insécures. L'échelle de Bartholomew et Horowitz (**Annexe 4**) permet une modélisation de ces quatre profils (82). Schématiquement, les personnes présentant un style d'attachement sécure ont des capacités à l'autonomie, à s'engager sur le plan relationnel et à faire confiance à l'autre, à identifier et exprimer les émotions, les siennes et celles d'autrui. Les personnes à l'état d'esprit détaché valorisent l'indépendance au détriment de l'engagement émotionnel, peuvent éviter l'intimité et tendent à avoir une image idéalisée d'eux-mêmes et de leurs figures d'attachement, alors que les personnes à l'état d'esprit préoccupé recherchent des relations proches mais pensent ne pas mériter l'affection. Elles peuvent manifester des angoisses de séparation et exprimer des demandes d'aide de manière compulsive. Les personnes à l'état d'esprit craintif ont une image négative d'eux-mêmes et des autres, craignant à la fois les relations de proximité et le rejet. Il existe une gradation entre le degré de satisfaction relationnelle des personnes sécures (élevé), celui des personnes évitantes ou préoccupées (intermédiaire) et celui des personnes au profil craintif (faible).

A la suite des modèles catégoriels classiques - la classification ABC de Ainsworth (qui identifie les trois profils sécure, évitant et ambivalent-résistant) et ABC/D de Main (qui correspond au modèle précédemment évoqué dont découle l'échelle de Bartholomew et Horowitz), des auteurs ont élaboré une approche dimensionnelle de l'attachement à l'âge adulte, postulant l'existence d'une dimension d'évitement et d'une dimension de préoccupation plus ou moins élevées chez chaque adulte. Ainsi, le modèle de Crittenden, ou Dynamic-Maturational Model of Attachment, établit des sous-types au sein des types A et au sein des types C, organisés en une variété de conduites compulsives dont le but est de protéger le self (l'économie narcissique). Parmi ces sous-types, les profils C3 à C8, A3 à A8 et l'association des deux stratégies (profil A/C) correspondent à

la désorganisation de la classification de Main. La caractérisation des sous-types est détaillée en annexe (**Annexe 5**).

Le développement d'un profil d'attachement insécure ne constitue pas un trait psychopathologique mais une modalité adaptative à l'environnement relationnel précoce de l'individu (lui-même influencé par le contexte socioculturel et notamment par les stress psychosociaux) (3,83). Toutefois, en altérant la flexibilité des réponses émotionnelles et la capacité de demande d'aide, il constitue un facteur prédisposant au développement d'un trouble psychique à l'âge adulte.

La sécurité d'attachement agit directement sur les capacités d'autorégulation émotionnelle. Aussi, là où le sujet sécure expérimente son vécu émotionnel d'une manière proportionnée et informative, le sujet à l'état d'esprit préoccupé tend à expérimenter un vécu émotionnel intense, débordant et susceptible de nuire au traitement cognitif des informations. Le sujet à l'état d'esprit détaché tend à la répression des émotions ainsi que des cognitions liées au vécu émotionnel et utilise le recours à la prédiction cognitive pour un stress modéré. Finalement, la théorie de l'attachement a été développée, à la suite des travaux de Bowlby, comme une théorie de la régulation biopsychosociale de la peur et du stress (84). Le système de l'attachement a donc une fonction centrale dans la régulation de la vie affective (régulation émotionnelle), relationnelle (modalités de la construction du lien à l'autre) et les représentations du monde de l'individu (MIO et fonction réflexive).

L'attachement influence également les capacités de mentalisation, c'est à dire de porter son attention sur les états mentaux (croyances, souhaits, sentiments, pensées), les siens ou ceux des autres pour expliquer les comportements. Fortement liées à la capacité imaginative, ce sont les capacités de « se voir de l'extérieur et voir l'autre de l'intérieur ». Leur développement, préfiguré dans l'enfance, se déroule principalement à l'adolescence (l'âge de l'émergence d'opérations formelles, c'est à dire de la pensée abstraite, identifié par Piaget (85)) et se poursuit à l'âge adulte. La qualité de la mentalisation dépend de l'équilibre dans l'attribution des états mentaux (les siens et ceux d'autrui) entre la prise en compte du monde interne et des indices externes (« il doit être triste » / « il a les yeux rouges »), entre les composantes cognitive et affective (« il doit penser que... » / « je me sens en colère »), liée à soi et liée à autrui, automatique et contrôlée (processus rapide et basé sur les impressions / processus lent, réflexif) (86). L'attachement influence la vie relationnelle tout au long de l'âge adulte, notamment dans la recherche d'un partenaire amoureux et la formation d'unions durables ainsi que dans la parentalité. En outre, la fonction de mentalisation est particulièrement convoquée dans les soins parentaux du bébé, lorsque le parent cherche à

comprendre la source de la détresse et des pleurs de son enfant. Cette dimension est en lien avec le caregiving, un système motivationnel visant à apporter soutien et protection à ceux qui se trouvent en situation de vulnérabilité, et en particulier à ses enfants. En effet, la qualité de l'attachement influe sur la *sensibilité du caregiving*, caractérisé par la qualité de l'interprétation des signaux de l'enfant, l'existence et l'adéquation de la réponse à ces signaux et le délai (ni trop long, ni trop rapide) de cette réponse. Plus que les qualités de la réponse à l'enfant en elle-même, c'est la faculté du parent à corriger sa réponse a posteriori si elle était inadéquate qui marque la sensibilité du caregiving. Ces réponses peuvent être non verbales ou verbales (communication sur les émotions, métacommunication sur la relation, communication positive et sa gradation). L'atmosphère émotionnelle familiale (influencée notamment par l'entente du couple parental) influe également sur la qualité du caregiving. La transmission intergénérationnelle de l'attachement est plus prononcée entre la mère (qui est plus fréquemment la figure d'attachement principale) et l'enfant qu'entre le père et l'enfant. Puisque nous avons mentionné le sur-risque de psychopathologie en cas d'insécurité d'attachement, ces données sont tout à fait cohérentes avec le phénomène d'agrégation familiale des troubles du comportement alimentaire (fréquence des TCA chez les apparentées du premier degré des patientes atteintes) et sont une des pistes de recherche concernant la dimension familiale des troubles alimentaires.

- *Théorie de l'attachement, adolescence et troubles du comportement alimentaire*

L'adolescence constitue une étape développementale particulièrement à risque de constitution d'un trouble du comportement alimentaire. Dans une perspective attachementiste, c'est l'âge du développement de la fonction réflexive, de la possibilité de métacognition sur les relations d'attachement et de l'intégration des diverses relations d'attachement en un « état d'esprit », c'est à dire une modalité relationnelle préférentielle. Cette trajectoire développementale est déterminée par des facteurs environnementaux ainsi que des facteurs intrapsychiques biologiques et cognitifs (80).

A cette période, le système d'exploration, dont nous avons vu qu'il dépendait de l'instauration préalable d'un sentiment intériorisé de confiance en soi et en l'autre, est particulièrement sollicité pour faire face à la nouveauté de relations plus horizontales, au sein de groupes dont l'organisation interne et hiérarchique n'est par régie par avance par la présence d'un adulte. A l'adolescence, d'autres systèmes motivationnels interviennent (celui de la sexualité) ou se renforcent (le système affiliatif, correspondant aux relations amicales). Des liens d'attachement amoureux peuvent apparaître. Ces remaniements sont sources d'instabilité émotionnelle et convoquent largement les ressources en régulation émotionnelle acquises antérieurement. Les liens d'attachement aux figures parentales doivent donc se réorganiser pour permettre les nouveaux

investissements relationnels (moins de temps et d'activités partagés avec les parents, moins de démonstrations physiques d'affection, plus d'intimité de la vie psychique et de désaccords dans la vie quotidienne) (80) alors même que la fonction de base de sécurité des figures parentales est particulièrement mobilisée pour permettre l'exploration. Le succès de processus d'autonomisation est conditionné par la qualité de la relation d'attachement aux figures parentales, elle-même liée aux propres représentations d'attachement des parents. L'attachement serait donc lié aux capacités de régulation de la « distance relationnelle aux objets d'attachement » (76) cité par (3) et donc de résolution des conflits familiaux propres au processus d'autonomisation (87) (grâce à ce que Fonagy qualifie de « fonction réflexive familiale »). Les conduites de dépendance et notamment les troubles du comportement alimentaire adviendraient comme une tentative de réponse à la détresse émotionnelle liée à une insécurité d'attachement réactivée à la faveur du processus d'autonomisation (3,88).

De nombreuses études ont montré une corrélation entre attachement insécurité et anorexie mentale (58,89–91) avec un taux d'insécurité compris entre 70 et 100 % dans la population anorexique (92–96). L'étude de Raynault (91) montrait une prévalence de l'attachement insécurité de 82,8 % dans la population clinique de patients admis dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes pour un TCA restrictif ou mixte, soit des taux nettement plus élevés qu'en population générale, où l'on retrouvait 40 % d'attachement insécurité (insécurité évitant : 20 %, insécurité ambivalent-résistant : 15 %, désorganisé : 5 %) (80). Dans cette étude, la dimension de préoccupation et la dimension d'évitement étaient évaluées au RSQ, le Relationship Scales Questionnaire (90), utilisé chez l'adolescent et l'adulte pour mesurer les styles d'attachement dans une approche dimensionnelle. Les résultats faisaient apparaître des scores moyens plus élevés concernant le style préoccupé, attestant d'une dimension de préoccupation plus importante que le degré d'évitement. Une autre étude (3,92) en population clinique TCA basée sur l'AAI, en revanche, mettait en évidence 47 % de profils évitants, 17 % de préoccupés et 26 % de désorganisés. Dans l'étude de Raynault, sur le plan clinique, les patientes présentant un attachement de type insécurité présentaient une psychopathologie plus sévère avec une estime de soi plus altérée, des préoccupations corporelles plus prononcées (degré d'insatisfaction corporelle plus élevé) et un score plus fréquemment défavorable à l'échelle de Morgan-Russell par rapport aux patientes du groupe sécuritaire. (91)

L'insécurité d'attachement pouvait être mise en lien avec plusieurs aspects du fonctionnement émotionnel et cognitif des patientes souffrant de TCA (3) :

- la répression des émotions, pouvant être vécues comme menaçantes dans le cadre d'une insécurité d'attachement, allait de pair avec l'hyperinvestissement intellectuel et notamment l'intellectualisation des affects ; (89)
- le recours à un objet externe pour la régulation d'affects soit débordants, soit pseudo-anesthésiés et inaccessibles (réalisant un tableau alexithymique), à l'œuvre dans les conduites addictives (addiction à l'activité physique, au jeûne, aux crises de boulimie), tentait de pallier ou de se substituer à une dépendance à l'autre ;
- l'altération des facultés de mentalisation pouvait conduire à une lecture erronée de ses propres ressentis émotionnels, alors convertis en symptômes physiques. Ces mêmes difficultés de mentalisation pouvaient contribuer aux difficultés relationnelles expérimentées par ces patientes (97) ;
- l'insatisfaction corporelle pouvait être corrélée aux caractéristiques d'un état d'esprit préoccupé, à savoir une sensibilité particulière au regard d'autrui et donc aux influences culturelles, parentales et des pairs concernant les critères esthétiques ; (98) ;
- l'adoption de traits de personnalité pathologique comme le perfectionnisme rigide avec des attentes personnelles irréalisables pouvait être favorisé par une insécurité d'attachement.

Les études qui prenaient pour référence le modèle ABC/D de Main ne démontraient pas de lien spécifique entre type d'insécurité d'attachement et type de trouble, quoique la répression émotionnelle, la mise à distance des relations interpersonnelles et la peur de l'intrusion typiques de modalités évitantes coïncident a priori plutôt avec les modalités relationnelles de patientes anorexiques restrictives alors que la surexpression émotionnelle, la demande d'aide compulsive et l'angoisse de séparation liées à un état d'esprit préoccupé tendait à se rapprocher du profil des patientes boulimiques.

En revanche, une étude reprenant le Dimensional-Maturational Model de Crittenden, (95) basée sur la passation de l'AAI par 62 patientes atteintes de TCA mettait en évidence l'absence de patiente au profil sécure (B) dans cet échantillon et la faible proportion (5%) de patientes à la stratégie d'attachement normative (A1-2, C1-2). De plus, elle relevait une nette prédominance (50%) de patientes combinant des stratégies A et C dans la population de patientes anorexiques restrictives. Parmi les anorexiques-boulimiques, ce sont les profils C3 à C6 qui étaient les plus répandus (44%). Cette prédominance était encore plus marquée chez les patientes hyperphages boulimiques avec 65 % de patientes C3 à C6. Cette étude considérait les profils C, adaptatifs d'une imprévisibilité de la réponse des figures d'attachement et de l'anticipation d'un danger potentiel, comme moins sévères que les profils A, considérant qu'ils constituaient une réponse à un danger

réel, les profils A étant eux-mêmes moins sévères que les profils A/C (combinant les deux stratégies). Les patientes présentant une anorexie restrictive (usant plus fréquemment de stratégies de type A) présenteraient donc un attachement plus perturbé, au regard de cette classification, que les patientes boulimiques (aux profils de type C prédominants). Enfin, aucune des patientes de l'échantillon n'usait des stratégies d'attachement les plus extrêmes (A5-8 et C7-8), ce qui, pour les auteurs, signifiait qu'elles étaient toutes encore actuellement engagées dans des relations conflictuelles avec leurs figures d'attachement.

- *Implications thérapeutiques*

Les implications thérapeutiques de la théorie de l'attachement et leur application au soin des TCA ont fait l'objet de développements dans la littérature et il existe des psychothérapies spécifiques informées par l'attachement et basées sur la mentalisation, sur lesquelles nous ne reviendrons pas en détail. Nous reprenons ici quelques pistes de travail :

- Il apparaît souhaitable que les soignants acquièrent la connaissance par les soignants des qualités (disponibilité, prévisibilité, ouverture...) permettant leur identification par les patients comme une base sécurisante à partir desquelles ils peuvent explorer les nuances de leurs ressentis et de leur fonctionnement émotionnel et découvrir de nouvelles modalités d'agir interpersonnel. Il importe que les modalités de la relation patient-soignant puisse être elle-même l'objet d'un travail de mentalisation, « la réflexion du patient sur les sentiments et attitudes envers le soignant permet[tant] de lui servir de modèle pour comprendre ses difficultés dans ses relations (...) en général ». (3)

- Les prises en charges peuvent être personnalisées en favorisant la prise en compte dans les orientations de soins des dimensions de préoccupation et d'évitement (évaluées chez l'adolescent et l'adulte à l'aide du RSQ), c'est à dire en respectant chez les sujets évitants une temporalité plus lente d'engagement dans la relation thérapeutique et l'exploration du vécu émotionnel, et en se montrant vigilant chez les sujets préoccupés à la possibilité d'un surinvestissement du lien avec une idéalisation du thérapeute et une relation de dépendance. Finalement, il s'agit dans le premier cas de proposer à l'individu d'apprendre à trouver des ressources dans la relation à l'autre et dans le second cas à reconnaître et à utiliser ses compétences propres en régulation émotionnelle.

- Un soin particulier peut être apporté aux débuts de prise en charge (avec la création précoce d'une alliance de travail de qualité, évitant l'écueil du rapport de force), aux

séparations (qui gagnent à être anticipées et à faire elles aussi l'objet d'un travail de mentalisation) et aux fins de prise en charge. En outre, en cas d'hospitalisation, une vigilance est nécessaire quant à la constitution d'un lien de dépendance envers l'institution soignante.

- Pour les patients mineurs ou les jeunes majeurs accompagnés de leurs parents, il est utile de prendre en compte de l'activation du système d'attachement du parent à l'occasion de la demande d'aide pour leur enfant. Certains signaux de cette activation peuvent être décelés en consultation. La conduite des soignants dès la première consultation peut contribuer à désactiver le système d'attachement du parent et donc d'améliorer la qualité de son caregiving : qualité de l'accueil, de la présentation et de la description de la manière de travailler (explication du motif des questionnements concernant l'enfance du parent), prévisibilité (ponctualité), marques de sociabilité...

I. 4. L'inscription des troubles des conduites alimentaire dans le processus adolescent

Période de transformations physiques et identitaires, l'adolescence constitue surtout une révolution dans le rapport à l'autre, comme nous l'avons vu au prisme attachementiste. Margaret Mead (99) concluait son étude du phénomène adolescent à travers les cultures que l'individualisation de cette période de la vie n'était universelle ni dans sa durée, ni dans les méthodes de socialisation pendant cette période (socialisation intrafamiliale, dans un foyer de la famille étendue ou encore institution extrafamiliale voire, comme chez des Masaï du nord du Kenya, séparation entre les adolescents et le reste de la communauté, les jeunes vivant à la périphérie de la tribu pour la protéger et la défendre). De plus, de nombreux auteurs (Malinowski, Benedict, Kardiner, Linton) montraient que plus une société est complexe, plus la période adolescente est longue et conflictuelle. Sur le plan sociétal, l'adolescence a fait l'objet de remaniements importants au cours des dernières générations : le degré d'abstraction des professions a considérablement augmenté, complexifiant la tâche d'envisager une orientation professionnelle, l'insertion sur le marché du travail étant par ailleurs moins assurée ; la durée des études s'allonge, allant de pair avec celle de la cohabitation sous le même toit que les parents ; enfin, la jeunesse, représentante d'un idéal d'invulnérabilité, est tant plébiscitée que « la maturité en vient parfois à être connotée péjorativement dans notre société » (100). Le rapport à la sexualité s'est lui aussi grandement modifié au cours des deux dernières générations, non sans lien avec l'évolution du processus adolescent : en France, l'âge des premières relations sexuelles a avancé de trois ans en

l'espace de 50 ans (de 19,2 ans pour les hommes et 20,5 ans pour les femmes dans les années 60 (100) à 17,4 ans pour les hommes et 17,6 ans pour les femmes en 2010 (101), soit une quasi-annulation de l'écart d'âge du premier rapport entre femmes et hommes). Le regard porté sur l'homosexualité a changé – tendant vers sa déstigmatisation – ainsi que le regard porté par les parents sur la contraception et sur l'information sexuelle (à laquelle les parents tendraient à être plus favorables à la condition qu'elle soit réalisée par un professionnel éducatif plutôt que par eux-mêmes).

Quels sont les enjeux cliniques à l'adolescence, processus individuel de transformation lui-même mû par les évolutions sociétales ?

I. 4. a. Le processus adolescent

L'adolescence constitue une période de remaniements des modalités relationnelles du sujet avec ses principales figures d'attachement, qui constitue une perte d'objet (c'est le second processus de séparation-individuation). Cette étape est assimilée par certains auteurs, comme Anna Freud, à un processus de deuil avec des phases de dépression inhérentes à celui-ci. De plus, à l'adolescence surviennent des modifications corporelles et cognitives profondes qui mènent le sujet à des remaniements de son équilibre psychique.

- *Transformations pubertaires et transformations psychiques*

Sur le plan physique, l'adolescence se définit par la survenue, au cours du processus pubertaire, de l'activation graduelle de l'axe gonadotrope (impliquant des structures cérébrales centrales, les organes sexuels périphériques et les hormones gonadotropes produites et détectées par ces structures). Les conséquences de la puberté sont des changements morphologiques avec la croissance des organes génitaux primaires et secondaires (testicules et verge chez le garçon, vulve et glandes mammaires chez la fille) et leur fonctionnalité (apparition d'éjaculations chez le garçon, ménarches chez la fille), l'apparition de la pilosité pubienne et axillaire et la croissance pubertaire. La précocité ou non de la puberté est liée à des facteurs génétiques identifiés dans les études de jumeaux et à des facteurs environnementaux. Parmi eux, la nutrition prénatale et post-natale et donc l'acquisition de la masse grasse ainsi que le stress chronique modulent le démarrage pubertaire, en particulier chez la fille.

Ces modifications physiologiques et morphologiques sont responsables d'une émergence pulsionnelle génitale conduisant l'individu à la recherche d'une décharge tensionnelle. Nous avons vu précédemment le potentiel angoissant de ces émergences pulsionnelles, angoisse liée à la possibilité anatomique de la réalisation des fantasmes œdipiens, qui met à l'épreuve le Surmoi,

lequel recherche de nouveaux étayages. L'une des stratégies face à cette angoisse (dont, pour Rousseau et Israël (100,102), « la qualité est liée à la dimension mégalomane du désir »), est la négation du désir et la conduite de réparation consistant à maintenir la proximité avec les figures parentales. Gutton (103) nomme le « pubertaire » ce processus psychique, consubstantiel des transformations physiques de la puberté et qui atteste d'une réorganisation du lien entre le sujet et son corps. Comme le rapportent Marcelli et Braconnier (100), l'image du corps est modifiée dans plusieurs domaines :

- *le corps comme repère spatial* : la modification des proportions du corps, lui-même instrument de mesure dans le rapport à l'environnement, conduit à un bouleversement des repères spatiaux ;
- *le corps est investi de la fonction de représentant symbolique* dans la quête identitaire adolescente, dans la manière dont il est habillé, coiffé, mis en valeur ou au contraire dissimulé, traité avec égards ou avec dureté, aimé ou haï ;
- *le corps et le narcissisme* : le rapport au corps s'inscrit dans le cadre plus général d'un surinvestissement de soi à l'adolescence, qui, dans le cadre d'un processus normatif, n'est pas antagoniste avec l'investissement d'objets externes ;
- *le corps et le sentiment d'identité*.

Nous allons développer l'étude des rapports de l'adolescent au narcissisme et à l'identité avant d'approfondir la question de sa relation au corps.

- *Le narcissisme adolescent*

Le narcissisme de l'adolescent (intimement lié au sentiment d'identité) voit son équilibre bouleversé par la remise en cause des gratifications provenant des figures parentales (qui va de pair avec le rejet des identifications antérieures). L'idéal du Moi, ou l'image satisfaisante de soi-même, est alors mise à mal. Pour P. Blos (104), l'idéalisation du soi infantile, qui repose sur la bisexualité potentielle de l'enfant (permettant à l'Œdipe et l'Œdipe inversé d'avoir cours), arrive à terme avec la sexuation du corps à l'adolescence et cause l'effondrement du sentiment de toute-puissance infantile. Pour Blos, l'idéal du Moi adolescent résulte de l'abandon de la position œdipienne négative (dirigée vers le parent du même sexe) et a pour fonction la formation et le maintien de l'identité sexuelle. Laufer analyse la manière dont l'adolescent trouve des gratifications et un support identificatoire au sein du groupe de pairs, cette recherche pouvant aboutir à un conflit intrapsychique : « l'idéal œdipien peut ne pas être conforme à ce qu'attendent les congénères. Dans

ce cas, le Moi est mis en demeure de choisir entre le parent œdipien et ses congénères » (105). Les conduites d'identification peuvent alors traduire « une tentative de dégagement des liens aux objets œdipiens ou au contraire une lutte exacerbée contre les exigences surmoïques attestant du maintien des liens aux objets œdipiens » (100), cette seconde voie pouvant, dans un contexte plus pathologique, aboutir à la formation d'un pseudo-idéal du Moi (faux self), c'est à dire un conformisme de surface au groupe ou aux figures parentales, qui conserve intacts les investissements œdipiens.

On constate que la réorganisation du narcissisme conduit le sujet à trouver deux nouvelles sources d'étayage : le groupe de pairs et son propre corps. Cette simultanéité de l'investissement du corps et de l'Autre n'est pas sans lien avec le propos de la seconde partie de notre travail.

- *L'identité*

Nous l'avons mentionné, le narcissisme est intimement lié à la question de l'identité et aux modalités de la relation à l'objet de désir. En effet, pour Marcelli (100) :

L'identité renvoie au narcissisme de l'individu et à la qualité des premières relations, en particulier des relations de soins précoces constitutives de ce narcissisme. Plus ces relations précoces ont été sécurisantes, ont permis un investissement du soi en continuité et équilibré (l'investissement libidinal du soi « neutralisant » en partie les investissements agressifs du soi), plus le sentiment d'identité sera stable et assuré, et à l'inverse moins l'antagonisme entre le besoin objectal et l'intégrité narcissique se fera sentir : l'objet n'est pas une menace pour le sujet dans la mesure où la relation d'objet précoce a toujours étayé l'investissement narcissique. Dans ce cas la survenue de l'adolescence marquée par son « besoin d'objet » ne menacera pas l'assise narcissique de l'individu.

A l'opposé, le sentiment d'identité est d'autant plus fragile et/ou incertain, le besoin objectal est d'autant plus éprouvé comme une menace potentielle pour l'assise narcissique que le jeune enfant a connu et subi des défaillances excessives dans la qualité ou la continuité de son investissement, qu'il a vécu des ruptures traumatiques ou qu'il n'a jamais pu faire l'expérience de brèves et positives séparations lui procurant les préformes de son autonomisation. (...) Le réveil pulsionnel de l'adolescence et son besoin objectal seront ressentis comme un danger pour l'assise narcissique et identitaire contraignant l'adolescent à une attitude d'opposition, de rejet ou de négativisme à cause de l'aspect antinarcissique que prend l'objet.

Aussi, la qualité de l'identité narcissique détermine la propension de l'adolescent à rejeter les objets parentaux pour multiplier les nouvelles relations d'objet qui constituent autant de supports identificatoires, à travers l'identification projective (l'adhésion massive et radicale à des systèmes de valeur). Cette « faim d'objet » , pour reprendre le terme de Blos, permet à l'adolescent de

construire sa personnalité et ses traits de caractère, mais le rend vulnérable à la nature des rencontres (autres adolescents, groupes, adultes) et peut être vécue comme débordante et menaçant son autonomie et donc son intégrité narcissique.

- *Le corps de l'adolescent*

A l'adolescence, le corps, qui était resté relativement silencieux pendant la période de latence, s'exprime par les transformations pubertaires. Il revêt alors une place importante dans la vie psychique, fantasmatique et interactive de l'individu, qui persistera à l'âge adulte, comme nous le reverrons par la suite. On a affaire à un « sur-éveil » corporel adolescent, ou « besoin d'éprouvé intense » (106), manifeste par les conduites de recherche de sensation. « Le corps est au centre de la plupart des conflits de l'adolescent », « point de cristallisation d'une angoisse toujours prête à surgir », affirment Marcelli, Braconnier et Gicquel (107). La référence au corps est en effet quasiment ubiquitaire dans la psychopathologie adolescente et en particulier dans le champ des troubles internalisés (conduites autoagressives, troubles psychosomatiques) et dans celui des conduites alimentaires.

Le rapport au corps peut être diffracté en trois perspectives (107) :

- le *schéma corporel*, ou schéma sensorimoteur des sensations extéroceptives et proprioceptives correspondant aux projections corticales de cette sensorialité ;
- l'*image du corps*, laquelle se situe dans le champ affectif et libidinal. Aussi, pour Schilder, la configuration des pulsions libidinales et agressives et des points de fixation trouve un ancrage dans le modèle postural du corps. D'après Angelergues ^{cité par} (107), l'image du corps est « un processus symbolique de représentation d'une limite qui a fonction d' "image stabilisatrice" et d'enveloppe motrice. » On comprend donc, d'une part, que les profondes modifications de la morphologie du corps confrontent l'adolescent à la problématique des limites et suscite la recherche dans le monde extérieur de ces limites, d'autre part que le corps, dans sa fonction de limite fragilisée et pourtant cruciale, soit l'objet d'un investissement narcissique important à l'adolescence ;
- le *corps social* : les modifications corporelles de l'adolescent semblent le conduire à rechercher, à travers le style vestimentaire et l'adhésion aux critères de beauté en vigueur (culte de la musculature pour les garçons, de la minceur pour les filles, etc.), la validation normalisante de ses pairs, ce qui revient à se rassurer sur le caractère universel des changements corporels qu'il traverse. Dans le même temps, la quête d'émancipation et d'anti-conformisme par rapport à la génération précédente s'inscrit également dans le corps

à travers le style personnel (styles punk, gothique et autres) ou le déguisement (avec l'exemple du cosplay). En effet, pour Schilder, dans une perspective phénoménologique, le corps est considéré comme « le véhicule de l' "être au monde", au centre des échanges relationnels et affectifs » (107).

- *Les processus cognitifs à l'adolescence*

Sur le plan cognitif, une nouvelle forme d'intelligence devient accessible à partir de 12-13 ans, précédant de peu la transition pubertaire : c'est l'intelligence opératoire formelle, décrite par Piaget (85) qui qualifie le « stade des opérations formelles ». Cette pensée à un degré d'abstraction supérieur rend accessible la démonstration d'un énoncé, le raisonnement hypothético-déductif et la notion de probabilité. L'émergence de la pensée formelle permet une pensée réflexive, susceptible de susciter de l'angoisse, une « douleur à penser » (par exemple, à penser l'éventualité d'une séparation), compensé par un plaisir narcissique à penser né dans l'enfance si les conditions y étaient favorables. Pour N. Catheline (108), « le maintien du plaisir à penser constitue un apport narcissique important face au doute suscité par l'explosion des capacités cognitives ». Cette expansion des facultés cognitives à l'adolescence a deux conséquences. D'abord, elle permet le recours à l'intellectualisation, décrite par Anna Freud comme un des moyens de défense psychique de l'adolescent, visant à préserver sa toute-puissance infantile. Ensuite, elle rend la période de l'adolescence particulièrement propice aux apprentissages et notamment à l'intériorisation de systèmes de valeur culturellement inscrits (apprentissage culturel).

I. 4. b. La sexualité adolescente

L'ensemble de ces transformations physiques, psychologiques et cognitives aboutissent à l'émergence de la sexualité adolescente (dont le choix d'objet est variable : incestueux, autoérotique ou dirigé vers un objet extrafamilial). Le développement psychosexuel à l'adolescence est conditionné par le déroulement de ces transformations. Les transformations corporelles et l'acquisition de l'image du corps sont bien sûr au premier plan. Pour Kestemberg (109), « l'acquisition de la puberté est toujours une surprise. L'enfant en guette les signes, les constate, n'y croit pas, se met à y croire, à les intégrer semble-t-il et... se retrouve totalement étranger à ce qu'il était auparavant (et ceci quel que soit le sexe), que va-t-il faire de cette inquiétante étrangeté ? Je crois que pour tous, et pour refoulé que cela soit, il en aura éprouvé, ne serait-ce que fugacement, un moment de gloire auquel succède, tantôt comme une vague, tantôt comme une marée sournoise, l'angoisse. De l'aménagement de cette angoisse va dépendre l'avenir. »

L'acquisition des nouvelles capacités cognitives avec l'accès au stade des opérations formelles soutient le développement psychosexuel. Elle « interfère avec la symbolisation de l'érotisme, l'appréhension, l'abstraction et la rationalisation nécessaire des transformations sexuelles, des scénarios imaginables, des relations sexuelles interpersonnelles et des conflits qui y sont associés. (...) Elle est un élément du sens de la réciprocité et un moyen de modulation vis-à-vis des exigences pulsionnelles. »

Nous avons abordé les enjeux narcissiques et identitaires à l'adolescence et leur lien avec l'acquisition d'une identité sexuée. En effet, l'identité de genre est une composante essentielle de l'identité, c'est à dire la capacité à se repérer et à se situer individuellement par rapport aux autres. Pour les auteurs post-freudiens dont R. Stoller (110), l'acquisition de l'identité sexuelle résulte d'un processus qui débute dans l'enfance et trouve son achèvement dans l'acquisition des caractères sexuels secondaires à l'adolescence. Ce processus, qui mène à la représentation préconsciente puis consciente de la différence des sexes, consiste en la reconnaissance de son propre sexe puis celle de la différence anatomique avec l'autre sexe. La puberté confronte l'adolescent à l'étape de la castration symbolique (« il me manque quelque chose »), qui le prive du sentiment d'omnipotence infantile. L'étape suivante est la reconnaissance de la complémentarité des sexes, qui conduit l'adolescent à « accepter la finitude humaine et le besoin de relation », puis de la réalisation sexuelle, qui doit passer par la neutralisation de l'oralité et de l'analité agressives. Dans l'adolescence, l'émergence pubertaire mène l'adolescent à se rapprocher de son objet œdipien direct, le parent de l'autre sexe, ce qui le confronte à la menace incestueuse, puis de son objet œdipien indirect, le parent de même sexe, ce qui le confronte au risque de confusion identitaire. Il se rapproche alors de ses pairs à la recherche d'étayage puis entame la recherche de l'objet d'amour, ce qui le confronte à l'altérité et donc au sentiment de solitude (100).

L'adolescent qui s'inscrit dans une relation de couple s'expose à une réaction ambivalente de la part du groupe de pairs. En effet, pour Kernberg (100,111) : « la réaction du groupe vis-à-vis du couple est forcément ambivalente : l'idéalisation, l'espoir que le couple évoque dans le groupe dont il fait partie sont contrebalancées par l'envie, le ressentiment et le désir du groupe de détruire cette union. Ceci explique que les individus ou les couples réagissent toujours par une distanciation vis-à-vis de l' "idéologie officielle". Cette remarque est importante pour l'adolescent dont une des tâches est la capacité d'établir peu à peu une sexualité personnelle satisfaisante et de la réaliser dans l'intimité du couple. Ainsi, il convient d'apprécier chez les adolescents leur capacité de se réaliser dans une vie de couple avec une certaine indépendance vis-à-vis du groupe social environnant. »

L'avènement de la sexualité d'un adolescent est aussi l'occasion de remaniements intrapsychiques chez les parents, amenés par la maturité physiologique de leur enfant à se confronter à leurs désirs incestueux. D'éventuels traumatismes liés à leur propre adolescence peuvent également être ravivés, conduisant les parents à mal supporter la sexualité de leur enfant. Enfin, l'entrée de la sexualité d'un adolescent « est inconsciemment perçue par les parents comme la fin de la leur » et impose un travail de deuil (100).

I. 4. c. La fin de l'adolescence

L'adolescence n'est pas un processus linéaire (ni même universel, nous y reviendrons) et toute tentative d'établissement d'une « limite » à cette période relève de l'arbitraire. Toutefois, la littérature définit communément comme repères à l'entrée dans l'âge adulte la reconnaissance de la différenciation des sexes et des générations dans leur fonction structurante et l'abandon de la position œdipienne pour pouvoir, sur le plan affectif, investir un objet d'amour extrafamilial et, sur le plan professionnel, supporter les rapports d'autorité tout en se sentant acteur de ses réalisations. Plusieurs auteurs développent les critères d'une transition accomplie ou d'une maturité émotionnelle acquise à l'âge adulte, critères dont les auteurs pointent le caractère idéal (**Annexe 6**). Certaines caractéristiques de la dynamique intafamiliale (parentification, mésentente conjugale...) ou du lien d'un individu à son propre corps en tant que support identitaire sont à même d'ajourner ce processus, comme c'est le cas dans les troubles alimentaires.

I. 4. d. Les troubles du comportement alimentaire comme expression de la souffrance adolescente

La période adolescente consiste en un ensemble de transformations corporelles et pulsionnelles, d'acquisitions de nouvelles facultés cognitives et de réaménagements psychiques au rang desquels on compte le processus de deuil des modalités infantiles d'attachement, les remaniements du narcissisme et de l'identité, laissant de manière plus ou moins harmonieuse la place à l'investissement d'objets externes. Plusieurs moyens de défense sont alors accessibles au sujet pour faire face aux conflits intrapsychiques et à la pulsionnalité émergente, moyens de défense dont nous étudierons ici les liens avec la clinique anorexique et boulimique :

- l'*intellectualisation*, permise par le développement de la pensée formelle, procure au sujet un meilleur contrôle des émergences pulsionnelles. En miroir, les *conduites ascétiques*, par lesquelles l'adolescent s'impose un effort ou des traitements physiques extrêmement rigoureux, permettrait de mieux contrôler les pulsions au niveau du corps. L'hyperactivité

psychique et physique de l'anorexie mentale constituent respectivement des formes extrêmes de l'intellectualisation et de l'ascétisme comme moyens de répression pulsionnelle et comme stratégies d'« emprise sur le corps » en réponse au besoin de maîtrise de l'adolescent. Elles équivalent à la recherche de sensations, décorrélée de celle d'un objet externe. En effet, du point de vue de l'économie narcissique, le surinvestissement narcissique du corps prend, dans l'anorexie mentale, une dimension envahissante et empêche l'investissement d'objets externes : « corps idéalisé, désincarné, indestructible, épuré, il devient une abstraction sur lequel se concentre le besoin de maîtrise, d'emprise dans une identification à l'image de la toute-puissance maternelle. L'anorexique en arrive à cette position paradoxale : d'un côté un corps idéalisé, objet de désir, de l'autre un corps réel, objet de dénégation » (109) ^{cité par} (107) ;

- le *clivage*, perceptible chez tout adolescent par l'adhésion successive à des opinions et idéaux contradictoires et les changements brusques de l'un à l'autre, est considéré comme un moyen pour l'adolescent de se protéger « de son conflit d'ambivalence centré sur le lien aux imagos parentales » dans le cadre du processus de deuil des relations infantiles aux figures parentales. Le clivage est traductible dans la clinique anorexique par la double valence accordée à la nourriture, objet d'investissement auquel une large part de l'activité psychique est dévolue, pris comme bon objet pour les autres à travers la préparation minutieuse de repas pour les proches et objet parallèlement investi en négatif par le jeûne et les conduites de purge. Dans la clinique boulimique, la brutalité de l'adhésion à la valeur positive puis négative de la nourriture apparaît avec encore plus d'évidence, à travers le remplissage alimentaire insatiable puis la phase de dégoût et de rejet avec vomissements ;

- l'*identification projective*, mécanisme de défense archaïque associé au clivage, est à l'œuvre dans l'adhésion massive et univoque, d'une part aux standards culturels en termes d'esthétique et d'idéal du corps (mince et ferme), d'autre part à l'impératif de la réussite scolaire et sociale ;

- la *régression*, correspondant au retour vers des sources plus précoces de satisfaction pulsionnelle, est un moyen de défense s'exprimant dans les demandes corporelles directes (demandes de soins corporels ou symptômes hypochondriaques) et dans les conduites centrées sur le corps, c'est à dire dans les troubles du sommeil (besoin de régression excessive dans la clinophilie voire l'hypersomnie ; crainte de la régression liée au sommeil dans l'insomnie d'endormissement) et dans les troubles alimentaires, marqués par une régression, concomitante à l'émergence pulsionnelle, vers des points de fixation oraux.

Finalement, à l'adolescence, le corps prend valeur d'objet transitionnel entre le soi et le non-soi (les objets externes). Limite entre soi et l'autre mais aussi moyen de liaison et d'expression, représentant de l'hérédité – des parents – et support de l'identification au groupe de pairs, repère fixe mais objet de transformations profondes, le corps adolescent incarne la paradoxalité de cette période de la vie. Si sa fonction de médiateur du lien à l'autre est particulièrement convoquée à l'adolescence, la dimension socialisante du corps, lui-même construit par ses rapports avec le *socius*, traverse la globalité de l'expérience humaine.

Seconde partie :

Le corps dans la relation à l'autre

II. Le corps dans la relation à l'autre

La dimension corporelle, sensorielle, est première dans l'expérience que chacun fait de l'espace, qu'il s'agisse d'ailleurs de l'espace intime, de l'espace privé ou de l'espace public. Symétriquement, la place faite aux corps, à leur visibilité, à leur agencement mais même à leur statut dans l'espace public révèle comment les hommes font société. Cette place lève un voile sur les structures de l'espace social, culturel, politique.

Spatialité des corps, Sylvain Kahn dans Planète Terre (2012), France Culture

Pour Merleau-Ponty, le corps est ce qui définit notre rapport à l'espace, le « pivot » du monde : « Le corps est notre moyen général d'avoir un monde. La perception de l'espace, c'est être corps-noué à un certain monde, et notre corps n'est pas d'abord dans l'espace, il est à l'espace » (112). Et en effet, c'est le corps qui détermine le caractère habitable ou non d'un territoire et définit les limites de l'*œcumen*, le monde habité par les hommes. D'emblée, le rapport à l'espace s'intrique avec la question de l'espace social : les unités de mesure, qui sont des constructions culturelles, se rapportent aux dimensions du corps humain (le pouce, le pied et même le mètre qui figure l'amplitude du pas d'un homme adulte). Le corps fixe aussi les limites de l'évolution des sociétés, par exemple celle de la mobilité géographique, puisque Claire Hancock, géographe, relève que « certaines personnes [âgées ou handicapées] ne sont pas les corps mobiles qu'on voudrait nous représenter dans la géographie contemporaine » (113). Si le corps fonde notre rapport à l'espace géographique et social, il est joué à son tour par le social, en atteste la racine grecque du terme organisme, *organon*, qui signifie l'instrument (114).

II. 1. Le corps à l'écart : le dualisme en philosophie, en médecine et en sociologie

A travers les disciplines, de l'antiquité à la modernité et, dans une certaine mesure, à l'époque contemporaine, l'approche scientifique prend le corps comme un objet d'étude purement matériel, animé par un principe vital distinct de lui. Cette conception du corps, réalisant une distance avec celui-ci, le laisse à l'écart de la pensée et des systèmes de valeurs qui régissent le lien social.

II. 1. a. Le dualisme philosophique

La philosophie, de Platon à Descartes, qui s'enracine dans la pensée religieuse, n'aura de cesse de démontrer la distinction et l'antagonisme de l'âme et du corps, inscrivant l'exercice philosophique dans une démarche de raisonnement qui se veut décorrélée d'un corps à l'influence trompeuse, « purifiée de son enracinement sensible » (115). Michela Marzano, dans son ouvrage *Philosophie du corps*, retrace l'histoire du dualisme philosophique.

- *Platon, l'âme et le corps*

Dans *Phédon*, Platon inscrit la distinction entre l'âme et le corps dans une réflexion autour de la mort, définie comme le phénomène qui sépare l'âme immortelle du corps putréfiable. Distincts, l'âme et le corps sont également antagonistes. L'âme est l'instrument de la connaissance : elle seule, par l'acte de raisonner, peut dévoiler « quelque chose de la réalité » (116). Si la distinction de l'âme et du corps est assertie par celle de leurs devenir respectifs après la mort, l'affirmation de l'âme comme principe de la pensée, qui seule peut s'approcher de la vérité, se dessinerait à partir de la naissance. En effet, l'étymologie grecque de « vérité », *aléthéia*, désigne « ce qui est de l'autre côté du Léthé », le fleuve de l'oubli franchi à la naissance. On comprend, dans la pensée grecque antique, le caractère transitoire de l'alliance entre le corps et l'esprit et le lien entre l'incarnation et l'inaccessibilité de la vérité (114). Principe de la pensée, elle est également celui de la volonté et donc de l'action. (115) Le corps, en revanche, ne peut servir qu'à corrompre les tentatives de l'âme d'atteindre la connaissance vraie : lorsque l'âme « tente d'examiner quelque chose, il est évident qu'elle est totalement trompée par lui », l'homme étant « esclave » des soins exigés par le corps. Cette conception conduit Platon à supposer que « l'âme raisonne le plus parfaitement quand ne viennent la perturber ni audition ni vision ni douleur ni plaisir aucun ; quand au contraire elle se concentre le plus possible en elle-même et renvoie poliment promener le corps ; quand, rompant autant qu'elle en est capable toute association comme tout contact avec lui, elle aspire à ce qui est » (116). S'il appartient à l'âme, qui procède du divin, de tendre au contact du monde des Idées, de la vérité et de la perfection, le corps doit être « dressé », soumis à un ensemble de règles réalisant une ascèse rigoureuse, dans un but de purification visant à perturber le moins possible le raisonnement philosophique.

Le dualisme implique donc un jugement de valeur affirmant la supériorité de l'esprit sur le corps (114), qui trouve plusieurs avatars allégoriques dans la pensée platonicienne. Dans la *République* (117), le corps est représenté comme caverne dont les perceptions sensibles sont aussi faussées et déformées que les ombres des objets de la réalité (celle du monde des Idées) projetées

sur les parois de la caverne et prises pour le réel. Dans *Phèdre*, il prend la forme d'un cheval noir attelé au même char que le cheval blanc de l'esprit et qui, dans le désordre de sa course, précipite ce dernier vers le sol avec lui. Chez Platon, une exception à la règle de la dépravation par le corps apparaît être l'amour pour le corps de l'autre, qui ouvre la voie à l'élévation spirituelle, à la recherche du Beau et du Vrai (114).

L'idée de l'incarnation comme un obstacle dans la recherche de la vérité transparait dans l'histoire de la pensée chrétienne et notamment dans la philosophie de Saint-Augustin qui y est rattachée. L'existence corporelle, à laquelle sont associées la maladie, la mort et la concupiscence – les animaux et les hommes devant se donner une descendance avant leur mort – est rattachée au péché originel. L'ascèse et la mortification du corps deviennent alors le moyen de la rédemption.

- *Le dualisme cartésien*

Pour René Descartes, philosophe du début du XVII^{ème} siècle, l'âme et le corps sont également deux substances différenciées. Il attribue à l'âme la propriété de la pensée et au corps celle de l'étendue, c'est à dire l'existence matérielle au monde. Il reprend l'ascèse platonicienne pour favoriser l'exercice de sa raison, élaborant même une diète dépourvue d'alimentation carnée. « Je fermerai maintenant les yeux », écrit-il, « je boucherai mes oreilles, je détournerai tous mes sens, j'effacerai même de ma pensée toutes les images des choses corporelles, ou du moins, parce qu'à peine cela se peut-il faire, je les réfuterai comme vaines et comme fausses ; et ainsi m'entretenant seulement moi-même, et considérant mon intérieur, je tâcherai de me rendre peu à peu plus connu et plus familier à moi-même. Je suis une chose qui pense » (118). Ainsi le *cogito* émerge de la seule certitude d'être un esprit pensant, dans une distanciation maximale du monde sensible. Quoique les deux substances duelles, l'âme et le corps, réalisent « une symbiose harmonieuse » (115), la supériorité de l'âme sur le corps est clairement affirmée, l'esprit étant responsable de la mise en acte du corps, de la *structure* de la substance étendue. Marzano (115) résume l'évolution du dualisme cartésien par rapport à la pensée platonicienne : « le partage entre le corps et ce qui l'excède n'est plus, comme chez Platon, entre un “corps de terre”, mortel, et une âme immortelle qui l'habite, mais entre l'être-en-puissance de la vie dans le corps physique animé et son être-en-entéléchie [ou principe créateur de l'être], du fait que la réalité formelle du corps n'est rien d'autre que l'âme ».

Comment l'âme peut-elle exercer son influence sur le corps si ces deux substances sont entièrement distinctes ? C'est une problématique qui habitera longtemps Descartes et dont témoignent ses correspondances. Il est influencé dans sa réflexion par les progrès contemporains de

la physiologie, qui, dans une conception mécaniste du corps reprise par Descartes (qui compare le corps à une horloge), démontrent l'intrication et l'interdépendance des organes entre eux ou plutôt de leurs fonctions entre elles. Par analogie, il déduit de l'indivisibilité du réseau d'organes que constitue le corps celle du corps et de l'âme, l'âme « ne [s'unissant] pas tant à la matière du corps, mais plutôt à ses fonctions » (115). Pour Descartes, le carrefour de cette union serait la minuscule glande pinéale, une structure cérébrale à la localisation centrale. Mais, pointe Marzano, la question n'est pas résolue puisque « si la glande est corporelle, comme l'âme immatérielle peut-elle agir sur elle ? »

Descartes, ainsi que les philosophes dualistes qui lui succèdent (La Mettrie, Diderot), écrivent également des traités de médecine, qui s'imprègne progressivement de la pensée mécaniste.

II. 1. b. La médecine moderne

La médecine est fortement liée à la philosophie depuis l'antiquité, d'abord par leur distinction d'avec la pensée et la cosmogonie religieuse (avec laquelle elles entretiennent toutefois des rapports étroits), ensuite par leur souci commun d'abstraction.

La médecine hippocratique, qui fait autorité jusqu'au XVII^{ème} siècle, construit son raisonnement sur le corps humain (microcosme) par analogie avec l'univers observable (macrocosme) dont l'homme serait une image en miniature. Elle postule le fonctionnement du corps « par l'équilibre entre quatre humeurs, qui sont le flegme, le sang, la bile noire, ou atrabile, et la bile jaune » (114), fournies par l'alimentation et qui correspondent chacune à une propriété physique (le chaud ou le froid, le sec ou l'humide) et à un élément (feu, eau, terre, air). C'est le déséquilibre entre les proportions des quatre humeurs qui occasionne toutes les maladies, les maux physiques et psychiques partageant donc une même nature, « la polysémie du terme humeur, à la fois état d'âme et substance liquide produite par le corps [étant] assez significatives. » (114)

C'est avec le développement, à partir du XVI^{ème} et à plus forte raison du XVII^{ème} siècle, d'outils permettant d'*entrer* dans les secrets du corps que la médecine moderne rend obsolètes les conceptions préexistantes de la médecine humorale et, à l'opposé de celle-ci, rejoint sa discipline sœur dans une conception dualiste du corps humain. Les techniques de la dissection, de l'endoscopie, de la photographie et du microscope électronique (et bien plus tard des techniques d'imagerie), offrant de nouvelles manières d'observer le corps, inerte ou fonctionnel, décuplent les savoirs sur la matière organique, Pour Détrez, il s'agit d'outils autant conceptuels qu'instrumentaux, promoteurs d'une « vision du corps mécaniste, biologique, anatomique », celle d'un corps « ouvert ». Dès lors, le corps peut devenir l'objet réifié d'un savoir distinct décorrélé de l'homme,

un « matériau humain soumis à un “travail sur l’homme” » (119) ^{cité par} (114) les subdivisions de ce savoir en spécialités d’organe (cardiologie, néphrologie, etc.) reflétant les lignes de fracture du corps-objet morcelé. A un extrême qu’il s’agit de ne pas généraliser, c’est le statut d’individu du malade qui est nié, comme en atteste ce témoignage d’une patiente (120) :

Alors tout d’un coup, on est devenu un objet. Parce que vous pouvez dire ce que vous voulez, sur n’importe quel ton, c’est comme si ça glissait sur une toile cirée (...) J’ai dit à M. Strauss : je crois que vous pourriez dire à M. Leroi qu’il me prend pour un train électrique et, au fond, c’est un grand enfant ce chirurgien. Il m’a opérée et maintenant il veut que ça marche au quart de tour.”

II. 1. c. Le dualisme en sociologie

La sociologie naissante est l’héritière de ces conceptions philosophiques et médicales et s’en démarque à la fois pour se constituer en discipline. Aussi, les sociologies de Marx et de Durkheim délimitent leurs contours en se démarquant à la fois de la psychologie et des disciplines du déterminisme biologique des comportements humains, c’est à dire :

- du *positivisme*, courant philosophique du XIX^{ème} siècle qui s’en tient aux relations entre les phénomènes et ne cherche pas à connaître leur nature intrinsèque, sous-jacent dans toute la médecine moderne ;
- de l’*évolutionnisme*, qu’Herbert Spencer, auteur du darwinisme social, tente d’étendre à la philosophie, à la psychologie et à la sociologie.

Ainsi, Durkheim adopte une perspective dualiste où le corps, « siège de l’individu, des émotions et de l’égoïsme » (par opposition à l’âme, siège de la morale, de la pensée et de la socialité) constitue une « enveloppe passive », un « phénomène “présocial” préexistant à la mise en jeu en société » (121). Il étudie les hommes dans les interactions qu’ils opèrent, en tant qu’agents du corps social, mais non en tant qu’individus incarnés, « laissant en quelque sorte le corps pour en sauver l’étude des mises en jeu : les acteurs sociaux sont considérés à leur place dans la société, mais coupés de toute réalité » (114).

Nous l’avons vu, les premières grandes œuvres de la sociologie ne laissaient pas présager de sa vocation future à étudier la dimension intrinsèquement incarnée du lien social. C’est pourtant dans cette direction que travailleront de nombreux auteurs, parmi lesquels Bourdieu, Elias, Fassin, Boltanski, Le Breton et Détrez comme nous le verrons plus bas.

II. 1. d. Le dualisme dans la modernité : matérialité et volonté

Nous avons vu le développement hégémonique du dualisme et du primat de l'âme sur le corps à travers la pensée philosophique, religieuse, médicale et sociologique occidentale. Aussi, Blaise Pascal affirme dans ses *Pensées* (122) en 1670 que « tous les corps, les firmaments, les étoiles, la terre et ses royaumes, ne valent pas le moindre des esprits ; car il connaît tout cela, et soi ; et les corps, rien. » Pour Michela Marzano (115), le dualisme imprègne toujours la pensée occidentale contemporaine à travers la considération du corps comme le représentant de la finitude humaine et donc comme une limite dont la technique permettrait de s'affranchir. A travers les rencontres virtuelles désincarnées, la manipulation d'un registre illimité d'avatars dans le cyberspace, les jeux vidéos prêtant l'immortalité, le rapport à la virtualité questionne le rapport de l'individu à son corps et la volonté de s'en affranchir, tandis que la chirurgie esthétique rend possible la transformation du corps dans le but de son adéquation avec un idéal esthétique subjectif. Pour Marzano, le corps est perçu comme « ce qui cloue chaque individu au réel et l'oblige à s'incliner devant les lois », aussi le rejet du corps-fardeau « ne s'opère plus au nom de la vérité ou de la vertu, mais au nom du pouvoir et de la liberté : l'idée de vivre dans un monde où le corps n'existe plus renvoie au rêve de ne plus être obligé d'assumer ses faiblesses, de sortir de la finitude ; le rêve de se débarrasser des contraintes corporelles, lui, fait écho au fantasme de toute-puissance de la volonté » (115). Le corps est perçu comme image-reflet de soi (corps que l'on a) plus que comme médiateur notre rapport au monde et à l'autre (corps que l'on est) et sa matérialité est opposée, dans une nouvelle forme de dualisme, à la volonté de son possesseur. Nous reverrons à travers l'approche sociologique du corps les implications de cette représentation du corps comme une limite dont il faut s'affranchir, à savoir la nécessité, intériorisée par chaque individu, de maîtriser son propre corps et ses « excès de matérialité ».

II. 2. Le corps dans la philosophie post-dualiste

II. 2. a. Le réductionnisme matérialiste

La Mettrie, philosophe matérialiste du XVIII^{ème}, radicalise la position mécaniste de Descartes et, ce faisant, s'éloigne du dualisme pour considérer l'existence d'une seule substance : la matière, l'âme n'étant alors plus « qu'un vain terme dont on n'a point d'idée » (123). La matière, pour La Mettrie, est dotée d'un principe immanent, la faculté de sentir (115). L'homme, comme les animaux, est une machine dont le mouvement et l'organisation intrinsèques produisent la pensée. C'est, en particulier, le cerveau qui est l'organe de la pensée, « ressort principal de toute la

machine » (123). Louis Buffon puis Denis Diderot reprendront sa théorie du corps humain, Diderot développant l'idée de la *sensibilité* comme principe de vie, transportée par la *fibres* (déjà décrite par La Mettrie), substrat constitutif de l'ensemble du vivant à différents degrés de complexité. L'abandon du concept d'âme et de la différence essentielle entre l'homme et le reste du vivant n'est pas dénué de portée théologique, aussi La Mettrie est-il contraint de quitter Leyde, aux Pays-Bas, du fait de son impopularité (la philosophie matérialiste adoptant, sinon l'athéisme, le déisme, soit la conception d'un Dieu diffus dans la nature).

II. 2. b. Le monisme spinoziste

- *L'homme, deux attributs d'une même substance*

Spinoza, dans l'*Ethique*, réfute la théorie cartésienne en la faisant évoluer dans une direction différente de La Mettrie. Pour lui, l'homme est constitué d'un esprit et d'un corps qui ne sont pas deux substances différentes mais deux attributs d'une même substance : « l'Âme et le Corps sont un seul et même individu qui est conçu tantôt sous l'attribut de la Pensée, tantôt sous celui de l'Étendue » (124). Aucune de ces expressions de la substance ne dirige les réactions de l'autre (« la pensée n'est pas le socle de l'individualité » (125)) mais il existe entre les deux attributs « une unité fondamentale » (115) et « tout ce qui se passe dans l'un a son correspondant dans l'autre » (115) dans une identité entre « l'ordre et l'enchaînement des idées » et « l'ordre et l'entraînement des choses » (124). Spinoza amène donc une réponse au problème soulevé par le dualisme cartésien en formulant que toute action provient d'un seul être qui est à la fois âme et corps (126). Toutefois, nous ne percevons cette nature unique du corps que par deux chemins distincts, celui des sens et celui de l'intellect, qui s'expriment dans des langages différents. On parle d'identité synthétique du corps et de l'esprit : une même chose s'exprime de façons différentes qui ne sont pas synonymes (Spinoza prend l'exemple de la température qui s'exprime, au niveau macroscopique, par l'observation des effets de la chaleur mais en même temps, au niveau microscopique, par l'énergie cinétique moyenne d'agitation des molécules) (125).

- *Le corps en continuité avec le monde*

Spinoza réhabilite le corps dans la pensée philosophique, le présentant comme un dispositif matériel complexe et organisé et lui conférant une grande puissance d'interaction avec les corps extérieurs et une large place dans le pouvoir d'évocation et d'imagination : « Nous avons fait l'expérience que l'esprit n'est pas toujours apte à penser au même objet, mais que plus le corps est apte à éveiller en lui l'image de tel ou tel objet, plus l'esprit est apte à considérer ces objets » (124). Spinoza fait du corps « un système ouvert sur son environnement » (125) et pour cause, pour lui,

l'ensemble des corps participent d'une même substance. La définition de l'homme par Spinoza est intrinsèquement liée à sa définition du divin puisque, « pour Spinoza, il n'y a qu'une seule substance dans le monde : Dieu ou la Nature » (115), qui se manifeste sous une infinité d'attributs. Il n'y a donc pas de différence de substance entre le minéral, le végétal et l'animal, tous constitués de matière et de pensée, mais une différence de degré de composition (nous dirions « de complexité »), un certain seuil d'organisation permettant l'accès d'un corps à la pensée. Par exemple, la pierre est composée de matière et de « l'idée de la pierre » mais son degré d'organisation n'est pas suffisant pour permettre à la pierre de former des idées. Le corps de l'homme est donc perçu par Spinoza comme en continuité directe avec le reste du monde : « L'homme n'est pas un empire dans un empire ; entre l'homme et la nature il y a un lien de continuité, l'homme et la nature ne s'opposent pas d'ailleurs ils ne sont pas distincts, l'homme n'est qu'une manière qu'a la nature de se resaisir en un point » (124).

- *Les affects*

Spinoza renverse le cogito cartésien qui, nous l'avons vu, se construisait dans le rejet de la sensation. Si Spinoza prend à son tour pour point de départ l'existence indéniable de la pensée, il la conçoit dans une acception plus large qui englobe le sentiment (d'effroi, de joie...) et note que la pensée prend pour objet privilégié le corps et les affects : « L'âme ne se connaît elle-même qu'en tant qu'elle perçoit les idées des affections du Corps » (124). Quoique les idées qu'on peut concevoir sur les affections du corps ne soient pas « claires et distinctes » mais approximatives, elles nous renseignent en tout cas sur la nature de nos réactions de douleur ou de plaisir provoquées par les « corps extérieurs », attestant de l'« existence en actes » de notre propre corps et des corps extérieurs.

Pour Spinoza, « l'affect est défini par une affection du corps et par l'idée de cette affection du corps. C'est le lieu par excellence où sont unis le corps et l'esprit, où se rencontrent mécanismes corporels et mentaux. C'est là aussi que se joue le bonheur des individus : “l'ordre et l'enchaînement des idées est le même que l'ordre et l'enchaînement des choses” et suivant que cet enchaînement se fait au hasard des rencontres fortuites avec d'autres corps ou suivant l'ordre de la raison, alors la vie affective peut être source d'aliénation ou de libération » et « la morale vient de la compréhension que nous pouvons avoir de cet état de chose : nous ne désirons pas une chose parce que nous la jugeons bonne mais nous la jugeons bonne parce que nous la désirons » (125). En cela, Spinoza touche à la finitude de la condition humaine et préfigure « une “psychophysique” des idées à partir des choses ressenties par le corps » (125) reprise par William James à la fin du XIX^{ème} siècle, qui postule que l'expression corporelle d'une émotion est première dans le vécu de celle-ci

(on se sent angoissé parce qu'on rougit et non l'inverse), puis par les neurosciences cognitives actuelles.

II. 2. c. Le corps dans la philosophie de Nietzsche

Nietzsche ne s'inscrit pas dans la conception antagoniste ni unifiée de l'âme et du corps mais raisonne à partir du « corps vivant » (127). Pour lui, l'existence de tout être vivant est celle de son corps et c'est dans le corps que la pensée réside. La pensée est alors toujours sous-tendue par les affects et, puisque tous les concepts émergent de sources pulsionnelles et affectives, « toute connaissance doit prendre pour point de départ la sensibilité » (115). Cette intrication de l'affect et de la pensée conduit Nietzsche à célébrer le corps en mouvement, à travers la danse, la marche, la musique, et à rejeter, comme une perversion de la pensée s'entretenant elle-même, la mortification du corps qui était constitutive de tout un pan de la philosophie antérieure. A l'opposé des principes ascétiques platoniciens, pour Nietzsche la pensée libre n'est concevable qu'au sein d'un « corps vivant » libéré.

II. 2. d. La phénoménologie

Au XIX^{ème} siècle, la naissance de la phénoménologie, qui prend pour point de départ le « retour aux choses », aux phénomènes, c'est à dire à l'expérience, met en cause le modèle du corps-instrument, développé notamment par Marx. En effet, le corps y est étudié non plus en tant que simple objet de connaissance et d'usage instrumental mais comme le médiateur de la toute première expérience de l'homme : celle de son rapport au monde.

- *Husserl, corps-objet et corps-sujet*

Husserl, dans les *Méditations cartésiennes* (128), dresse une philosophie qui envisage deux dimensions du corps : le corps-objet, *Körper*, corps organique pris pour objet de connaissance scientifique, et le corps-sujet, *Leib*, c'est à dire le corps physique propre à chacun. A travers son étude du temps, de l'espace, de la perception et de l'intentionnalité, Husserl déploie le problème de la corporéité. Il postule, à l'époque de la découverte de l'activité neuronale, la dimension incarnée de la conscience. Le corps est un objet intentionnel, voué d'intention.

- *Merleau-Ponty et le corps « véhicule de l'être au monde »*

Pour Merleau-Ponty, dont les travaux (112) s'inscrivent à la suite de ceux de Husserl, c'est par le corps que l'homme fait l'expérience du monde. Le rapport du corps au monde, qualifié par Marzano (115) de rapport de connivence, est à l'opposé de la connaissance réflexive puisqu'il

réside dans l'expérience directe. Puisqu'il est « notre moyen d'avoir un monde », puisqu'il fait paraître un monde, il a nécessairement une intériorité propre. C'est dans le corps que résident les dispositions qui permettent l'expression des intentions, aussi l'intentionnalité appartient-elle au corps, le sujet doué d'intention *est* son corps (et le corps est un sujet, non un objet). De plus, à travers l'expérience de la subjectivité, l'opposition entre le corps et le monde, entre le sentant et le senti, s'estompe dans « un phénomène d'enroulement du sensible sur lui-même » (115) : « ce qui fait le poids, l'épaisseur, la chair de chaque couleur, de chaque son, de chaque texture tactile, du présent et du monde, c'est que celui qui les saisit se sent submergé d'eux par une sorte d'enroulement ou de redoublement, foncièrement homogène à eux, qu'il est le sensible même venant à soi, et qu'en retour le sensible est à ses yeux comme son double ou une extension de sa chair », la chair étant à la fois la matière et la réflexivité sensible et ne désignant plus le sujet mais « l'indivision du sujet sensible et de “tout le reste qui se sent en lui” » (115). On retrouve la trace de l'indivision du corps et du monde préfigurée dans l'*Ethique* de Spinoza.

Pour Anna Caterina Dalmaso, « le rapport de co-implication entre sens et sensible, perception et expression, transforme la manière dont on pense le médium » (129). Elle cite Emmanuel Alloa qui met en évidence la critique merleau-pontienne « de toute idéologie de la transparence », « que ce soit la croyance en une transparence de soi à soi, du soi à son savoir, du soi et de l'Autre » (130) : tout médium, c'est à dire toute forme de communication (linguistique, matérielle ou iconique) renvoie au « caractère incarné du geste qui s'y accomplit » – donc à une forme d'opacité (puisque le sens n'en est pas donné d'emblée mais s'inscrit dans l'épaisseur du vécu expérientiel) – et en parallèle à « la genèse et naturelle et culturelle de toute opération de communication » (129). Merleau-Ponty s'intéresse au revers de la parole, c'est à dire à « ces expériences où l'expression linguistique ne parvient pas à effacer les traces de la médiation advenue, en somme quand le langage laisse voir *qu'il y a du langage* » (comme par exemple l'écoute d'une langue inconnue). Il cherche à montrer, non que l'expérience incarnée du langage est un obstacle à celui-ci, mais au contraire que sans le sensible il n'y aurait pas de langage, que la genèse de toute expression est charnelle. Pour Merleau-Ponty, le sens « surgit plutôt comme un écart entre les signes, “serti entre les mots”, il jaillit dans la texture historique et matérielle qui soutient notre expérience du langage » (129). L'expérience du rapport au langage, chez Merleau-Ponty, est exemplaire du rapport corporel au monde et à l'autre :

Alors, l'opacité du monde, la résistance du réel à notre prise – se manifestant dans notre rapport au langage mais aussi au sensible, à l'autre – ne saurait pas être pensée en tant qu'obstacle à la connaissance, puisque le sens ne se donne pas malgré nos corps de chair, mais au contraire il ne pourrait se donner qu'à travers une telle épaisseur sensible. (129)

- *Levinas, avoir et être un corps*

Par la suite, dans le champ de la phénoménologie, Levinas rompt avec la conception d'*avoir* un corps en propriété, puisque, par le phénomène de la conscience, le rapport d'un individu à son corps dépasse celui de la propriété. Il rompt aussi avec la notion d'*être* un corps et considère que nous ne sommes pas notre corps puisque nous sommes noués aux autres avant de l'être à notre corps (131), puisque c'est l'autre qui nous fait naître (à travers la naissance biologique mais aussi la manière dont notre intériorité est façonnée tout au long de la vie par le rapport à l'autre). Il tente de dépasser l'opposition de l'être et de l'avoir un corps par son étude du charnel de la tendresse entre les êtres : « dans ce rapport du tendre, il n'y a ni objet ni sujet : le charnel n'est ni le corps-objet du physiologiste, ni le corps-sujet du pouvoir. On ne connaît sa corporéité qu'à partir de l'appel de l'autre » (115). A cette occasion de l'exposition à l'affection, le corps est ce qui donne à voir la vulnérabilité du sujet, que Levinas rend synonyme de la subjectivité.

La spécificité du corps humain est donc d'être non seulement un corps-étendue mais aussi « l'incarnation d'une personne : il est le lieu où se manifestent nos désirs, nos sensations et nos émotions ; il est le moyen par lequel nous pouvons démontrer quelle sorte d'être moraux nous sommes » (115). Ainsi, la diversité des rapports individuels au corps est infinie – du souhait de le transformer radicalement ou de s'en affranchir à un rapport d'identification total – ainsi que la diversité des rapports moraux au corps de l'autre. « Chaque personne entretient avec son corps une relation à la fois instrumentale et constitutive. Nous vivons une tension continue par rapport à notre existence physique : nous sommes complètement liés à notre corps tout en étant loin de lui » (115). Si nous expérimentons la plupart du temps un rapport d'identité à notre corps, celui-ci peut être modifié, par exemple avec l'expérience de la douleur et de la maladie :

Je conçois mon corps, en l'absence de toute douleur, comme étant l'immédiateté médiatrice de mon être dans la situation. Je ne dispose pas de ma main qui écrit comme d'un instrument. Je suis à travers ma main, celui qui assiste au devenir de ma pensée qui s'affirme en signes d'écriture. Dans la douleur, en revanche, je suis face à une partie de mon corps, par exemple la main, non pas comme un observateur, mais sans défense à l'égard de la région douloureuse. Ma main me fait mal : elle me possède, m'accable, s'impose à moi. Le corps que l'on découvre dans la maladie se révèle ainsi différent de celui que l'on pensait connaître. (...) La maladie réhabilite l'exigence d'un rapport étroit avec notre corps, car nous ne pouvons plus avoir l'illusion que nous pouvons vivre indépendamment de lui. (...) Tout individu peut chercher à s'éloigner de son corps, mais, s'il est malade, il ne peut nier les sensations que le corps lui donne et qui l'empêchent de vivre comme il vivait lorsqu'il n'était pas malade. (115)

Le corps offre donc à la fois l'expérience de la plus grande intimité avec soi comme celle d'une altérité radicale. Il est à la fois corps physique, ensemble complexe d'organes, et corps subjectif, lieu de l'intentionnalité et des interrogations existentielles. Le concept d'empathie permet d'approfondir et d'articuler les notions d'expérience de soi et de relation à l'autre dans leur dimension incarnée.

II. 3. Le concept transdisciplinaire d'empathie

Le concept d'empathie, qui traverse des disciplines diverses (philosophie esthétique, phénoménologie) et est particulièrement développé en psychologie et neurosciences cognitives, apporte un éclairage sur la dimension incarnée des comportements sociaux.

II. 3. a. Naissance du concept d'empathie

Le terme d'empathie apparaît en langue allemande sous la forme d'*Einfühlung* dans le climat du romantisme du XIX^{ème} siècle, désignant le « sentir » par opposition au « réfléchir » (*ein* signifie en dedans et *fühlen*, sentir). Le terme est d'abord utilisé en esthétique et désigne, sous la plume du philosophe Robert Vischer, la capacité à « ne faire qu'un » avec l'œuvre d'art et à s'y identifier. C'est le philosophe Theodor Lipps qui l'étend au domaine de la compréhension d'autrui et donc de la psychologie humaine, et après lui le phénoménologue Husserl qui l'utilise dans sa conceptualisation de l'intersubjectivité. Freud, dans ses écrits psychanalytiques, emploie également le terme pour caractériser « la communauté de représentation qui se crée entre le patient et son psychanalyste » et fonde sur cette relation empathique la cure psychanalytique (132).

Dans leur ouvrage dédié à l'empathie, Brunel et Cosnier (132) replacent l'émergence du concept dans le contexte scientifique d'un intérêt plus vaste pour les rapports de l'homme avec son environnement relationnel et leur importance dans sa construction psychique. Ces interrogations nouvelles sont permises par le progrès technique autorisant les grands voyages et la découverte de l'altérité des us, coutumes et formes d'organisation sociale. Dans le courant des XIX^{ème} et XX^{ème} siècle émergent des questionnements sur « la nature de la culture » – oscillant du pôle universaliste visant à identifier les constantes à travers les comportements sociaux, au pôle antithétique du relativisme culturel qui postule l'absence de constance, de référence absolue, dans les systèmes de valeur qui permettent aux sociétés de donner du sens au monde – et tout se passe comme si ces questionnements interculturels ouvraient la voie à l'étude de l'intersubjectivité. Pour Husserl, l'empathie fonde l'intersubjectivité et constitue l'interface du contact avec autrui. Comme le

formulent Brunel et Cosnier, « la relation à autrui s'établit d'abord et avant tout dans et par le corps qui est à la fois expression et langage » (132).

Le concept d'empathie instille également le reste des sciences humaines et, en sociologie, l'émergence de la sociologie compréhensive avec les travaux de Georg Simmel et Max Weber intègre à la discipline la considération de la subjectivité de chaque individu, dans une approche interprétative. Sous l'influence germanique de Simmel se développe outre-atlantique l'Ecole de Chicago, qui étudie l'interrelation entre les individus dans le travail, les relations de voisinage, etc. George H. Mead, quant à lui, développe sous le terme de *sympathy* un concept en réalité plus proche de l'empathie, à savoir la « capacité à prendre le rôle de l'autre personne avec qui on est impliqué socialement » (133). Pour Mead, l'homme se définit par sa capacité à la « prise de rôle », qui passe avant tout par l'imitation motrice. Cette faculté permet « la communauté de pensée et d'affect ainsi que la capacité d'analyser différents points de vue » (132) et donc d'accéder à la symbolisation. De plus, pour Mead, la conscience de soi résulte de la possibilité somato-psychique d'adopter la perspective d'autrui (et notamment celle d'autrui sur soi). Ces considérations rejoignent les travaux sur l'attachement qui postulent que la relation à soi se construit dans la relation à l'autre. Cette idée est également reprise par Peter Berger et Thomas Luckmann (134), qui étudient la situation d'interaction en face à face et la « réciprocity continue des actes expressifs » qu'elle implique comme étant paradigmatiques de la relation sociale. La notion d'imitation est essentielle dans ce processus et donc dans la socialisation en général. Dès 1890, Gabriel Tarde théorisait le concept d'imitation, ouvrant la voie aux travaux ultérieurs sur la *mimesis* et le désir mimétique de René Girard et ceux sur l'*intercorporalité* de Merleau-Ponty (132).

L'étude des interactions humaines se poursuit dans le champ de la microsociologie avec les travaux d'Erving Goffman et dans celui de l'éthologie avec les travaux de Bateson autour notamment de la communication paradoxale, où les langages verbal et non verbal délivrent des informations contradictoires (135). C'est à la fin du XX^{ème} siècle, après l'hégémonie du *behaviorisme*, que l'interactionnisme se déploie en psychologie à travers les œuvres de Baron-Cohen (136) et Gopnik (137) sur la théorie de l'esprit, qui permet d'attribuer à autrui des états mentaux et des intentions, puis avec les publications neuroscientifiques de Berthoz, Jeannerod, Decety et Rizzolatti (138–142) sur l'empathie en tant que « forme de contagion motrice ou émotionnelle – de mise en résonance des répertoires d'action par l'observation des actions d'autrui ». Nous reverrons à travers les écrits sociologiques l'importance dans le processus de socialisation de l'observation des comportements corporels d'autrui. A l'issue de cet historique du concept d'empathie, Brunel et Cosnier (132) en énoncent leur propre définition en trois volets :

L'empathie de <i>pensée</i> : communauté de représentation à la base de l'intersubjectivité	Dimension active et cognitive : observer, écouter, percevoir, discerner, déduire, inférer, saisir, comprendre et interpréter
L'empathie d' <i>affect</i> : communauté d'affect ayant pour origine un phénomène de contagion émotionnelle et d'échoïsation corporelle	Dimension passive et affective : résonance, contagion émotionnelle, projection, identification, reflet, perte de soi momentanée, imagination intérieure, présence à l'autre
L'empathie de <i>comportement</i> : imitation de comportements et coordination de l'action	Dimension motrice (active et passive) : imiter, copier, synchroniser, s'accorder
→ Compréhension d'autrui : de son point de vue, de son état affectif, de ses intentions	

Encadré réalisé à partir de Brunel & Cosnier (132)

Cette définition rejoint et développe celle de Decety (143) : « L'empathie se caractérise par deux composantes primaires : 1. une réponse affective qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de l'état émotionnel ; 2. la capacité cognitive de prendre les perspectives objectives et/ou subjectives d'autrui ». Pour Brunel et Cosnier (132), l'empathie est donc le processus qui « vise une simulation mentale de la subjectivité d'autrui, décomposable en deux temps : d'une part la résonance corporelle non intentionnelle, d'autre part l'adoption intentionnelle du point de vue d'autrui. Ce deuxième temps est un temps de traitement cognitif du premier en le soumettant au *postulat de causalité*, c'est à dire en le contextualisant, et nous savons que ce mécanisme de contextualisation lui-même comprend deux niveaux : inter-objectif, intersubjectif. »

L'empathie, ainsi définie comme processus perceptif, se distingue à la fois, chez l'adulte, de l'*intersubjectivité* (qui n'est pas un processus mais « un état de communauté avec autrui, de représentation, d'affect, de croyance, de désir ou/et de réalisation d'actions co-intentionnelles » (132)), de la *sympathie* (disposition affective vis-à-vis d'autrui qui découle éventuellement de l'empathie) et de l'*identification* (qui implique un état de confusion entre le sujet et l'objet, au contraire du processus empathique qui laisse la place à un écart entre la représentation de soi et celle d'autrui).

II. 3. b. Emergence de l'empathie dans l'espèce humaine

Les premières compétences du nouveau-né sont sensorielles et communicationnelles : à travers le regard, les pleurs puis les vocalisations, le bébé tisse les relations qui permettront son développement, sa socialisation et son acculturation. L'empathie est au cœur des interactions entre le bébé et les adultes qui s'occupent de ses soins, où elle prend le nom d'accordage affectif selon Daniel Stern (144).

D'un côté, l'ajustement de l'adulte au bébé passe par le processus empathique à travers ses dimensions motrice (imitation gestuelle et à travers les vocalisations), affective (paroles de l'adulte reflétant l'état émotionnel du bébé) et de représentation (congruence de la vie fantasmatique de l'adulte et de celle du bébé). L'ajustement empathique entre l'adulte et le bébé se manifestent dans :

- le phénomène d'attention conjointe, par lequel le bébé, avant la fin de la première année de vie, dirige son regard vers l'objet désigné par le regard ou le doigt pointé de l'adulte ;
- les rites d'interaction, qui introduisent par la ritualisation des gestes et vocalisations associés aux salutations, aux débuts d'interaction et aux au revoir une prévisibilité dans le cadre des échanges ;
- les jeux de « faire semblant », qui impliquent une utilisation non pas fonctionnelle mais ludique d'une action et nécessite une entente implicite sur la signification de l'action.

A travers la valence affective de ces échanges, l'adulte éveille l'intérêt de l'enfant pour la socialité et pour les objets environnants (ou, comme le formule Le Breton, « je désire en premier par l'autre » (145)). Pour Brunel et Cosnier (132):

Les adultes jouent un rôle important dans la mise en place et l'évolution de ces formats en interprétant l'intention du bébé et en anticipant son attention. C'est ainsi eux qui, au début, permettent l'apparition du format d'attention conjointe, en anticipant sur le désir ou l'attention de l'enfant, de même que la coaction sur l'objet. On peut dire que l'adulte par son comportement va, dès le début, sémantiser les comportements de l'enfant et les systématiser (ritualiser). Cette sémantisation interprétative implique de la part de l'adulte une évidente projection empathique. Ainsi l'enfant acquerra des procédures efficaces pour montrer, demander et appeler, devenant capable d'interpréter à son tour les actions d'autrui.

Dans le même temps, le bébé utilise ses compétences précoces en imitation (aussi peut-il imiter la protrusion de langue dès l'âge de 15 jours ou encore se mettre à pleurer s'il entend pleurer) dans le cadre des relations avec les adultes de son entourage. A partir de l'âge de deux mois, on observe des séquences de quelques secondes de *synchronie relationnelle* mère-bébé (expressive, gestuelle et vocalisatrice), par un phénomène de miroir dans lequel à la fois l'adulte et le bébé ont un rôle actif. La désynchronisation des interactions, reproduite expérimentalement par la diffusion de vidéos où la réaction de l'adulte est différée, a un potentiel désorganisateur majeur pour l'enfant. A travers sa participation à la relation, le bébé « sert d'inducteur à la compétence maternelle qu'il va révéler, renforcer et organiser ». Ce phénomène est lié à celui de l'*échoïsation*, défini comme « la reproduction en écho par un interactant d'une activité gestuelle (échopraxie), mimique (échomimie)

ou sonore (échophonie et écholalie) du partenaire » (132). C'est un phénomène réciproque entre le bébé et l'adulte (comme d'ailleurs dans les autres cadres interactifs), qui peut être conçu chez le bébé comme précurseur des facultés imaginaires et d'empathie. Ce sont ces formes de proto-communication qui, se sophistiquant progressivement, vont aboutir, par la répétition et la ritualisation des diverses formes d'échoïsation, à la possibilité pour l'enfant d'utiliser des signes gestuels et verbaux décontextualisés et d'accéder à un certain degré d'abstraction (c'est à dire à la représentation de référents absents), condition d'émergence du langage et de la narrativité.

Finalement, Brunel et Cosnier (132) distinguent trois étapes du développement de l'empathie dans l'enfance :

Trois étapes de la genèse de l'empathie	
Empathie archaïque (proto-empathie) 0-6M	Directe et immédiate « Etre le même » : détection du regard d'autrui ; contagion et mimétisme affectifs (empathie d'affect) ; syncrétisme indifférencié ; médiation cognitive nulle
Empathie primaire 6M – 2 ans	Directe et immédiate « Faire pareil » : attention partagée, empathie d'affect et d'action, syncrétisme différencié ; médiation cognitive et mise en place du postulat empathique ; accordage par échange et partage affectif
Empathie secondaire (transitivisme) ≥ 3 ans	Directe ou différée « Faire comme si » : empathie d'affect, d'action, de pensée ; est socialisée ; individuation (symétrie/complémentarité) ; médiation cognitive et attribution d'agentivité

Encadré réalisé à partir de Brunel & Cosnier (132)

II. 3. c. Mécanismes de l'empathie

Les situations d'échoïsation corporelle constatées empiriquement sont omniprésentes, de l'ouverture de la bouche des parents qui donnent à manger à leur enfant à la propagation du bâillement et à l'imitation de la posture ou de la tension motrice de l'athlète pas les spectateurs d'un évènement sportif. Expérimentalement, des auteurs ont pu observer une échoïsation faciale chez des personnes décrivant les émotions sur des photographies (146,147) ou encore l'utilisation, par des personnes à qui l'on demande de dessiner des expressions faciales, de leurs propres mimiques comme modèle proprioceptif (148). De plus, les travaux d'Ekman, Levenson et Friesen (149) montrent que lorsqu'on demande à un sujet de produire les mimiques et contractions musculaires correspondant à l'expression d'une émotion, sans nommer l'émotion à laquelle ces mimiques se rapportent, la production de ces mimiques fait émerger chez le sujet les dispositions affectives et les manifestations végétatives correspondantes, voire les représentations fantasmatiques liées. Ces données permettent de conclure qu' « il existe une tendance naturelle à échoïser les expressions

d'autrui » et que « la réalisation de cette échoïsation corporelle constitue un moyen d'évaluation de l'état psycho-affectif d'autrui ».

La capacité d'échoïsation (ou la « prise de rôle » de G. Mead) est sous-tendue par des mécanismes neurophysiologiques complexes. Tout d'abord, nous l'avons vu, la différenciation entre soi et l'autre est nécessaire au processus empathique mature. Or, celle-ci est permise par le « système de l'autre » (150), lié à l'activation du cortex frontal et préfrontal.

Ensuite, concernant le phénomène d'échoïsation, (151) a identifié l'activation de zones cérébrales partiellement superposables en fonction qu'une action était mentalement simulée ou réellement exécutée, faisant le postulat d'une « parenté neurophysiologique entre la préparation, la représentation et l'exécution de l'action ». Par la suite, des réseaux de neurones du cortex pariétal et frontal, dits neurones miroirs, étaient identifiés chez le primate, activés à la fois lors de la préparation de l'action et à la vue des mouvements et postures chez un autre singe (142,152). Ces phénomènes de résonance sont transposables de la sphère motrice à la sphère sensorielle et émotionnelle, l'insula étant la structure cérébrale principalement associée à ce processus par son rôle d'intégration des données sensorielles perçues en réactions viscérales.

Enfin, pour reprendre Brunel et Cosnier (132), « ces activités physiologiques ne se produisent qu'à la perception d'actions ou d'expressions qui ont un sens (intentionnelles), c'est à dire qui correspondent au répertoire d'actions et/ou d'émotions de l'individu percevant », répertoire culturellement construit par « épigénèse interactionnelle », ce qui rend le processus empathique, dans sa dimension corporelle et intercorporelle, variable en fonction de la culture et des modalités de son intégration par l'individu.

II. 3. d. L'empathie, soi et l'autre

- *La construction de l'autre*

Cosnier (153) développe le modèle du *corps-analyseur* pour décrire le rôle du corps comme instrument d'analyse dans l'identification corporelle d'un individu à l'autre au cours de l'interaction, par un processus d'échoïsation le plus souvent subliminal, et donc dans la compréhension d'autrui. De plus, cette « résonance cénesthésique des données verbales et non verbales » (132) serait rendue possible chez le sujet empathisant par analogie avec le modèle effecteur, c'est à dire par auto-empathie avec le souvenir de lui-même s'exprimant.

Cosnier inscrit ce concept dans la poursuite des travaux des phénoménologues Husserl et Merleau-Ponty et du linguiste Ferdinand de Saussure. Husserl, en 1907, désignait par *kinesthèses*

les sensations corporelles de mouvement par lesquelles se construisent à la fois le corps propre de l'individu et la reconnaissance d'autrui en tant que corps propre. Pour Husserl, l'*Einfühlung* permet, par l'échange des kinesthèses, l'accession à l'éprouvé subjectif de l'autre. Merleau-Ponty, à sa suite, développait en 1945 le concept de *corps connaissant*, « doté de possibilités sensibles, perceptives et phénoménales, qui permettent de faire l'expérience d'autrui » (139).

Berthoz, quant à lui, développe un modèle explicatif de l'empathie cognitive, impliquant la capacité à emprunter le point de vue d'autrui tout en gardant le sentiment de soi. Pour Berthoz, les *changements de point de vue cognitifs* (concernant l'opinion, la croyance) sont liés à la manipulation des *points de vue spatiaux*, c'est à dire la fluidité de la transition entre une perception égocentrique de l'espace, à partir de soi, qui mobilise les structures du cortex pariétal, et une perception allocentrique, « soi et le monde vus de l'extérieur, depuis le regard d'autrui », assurée par les aires temporales. Nous reviendrons sur ces deux modalités de la représentation spatiale et leur implication dans la perception de l'image corporelle dans les troubles alimentaires, mise en évidence par les travaux de Riva.

- *L'empathie, l'identité et la mémoire*

Si le processus empathique intervient dans l'accès au langage et au processus de symbolisation, il est aussi, en tant que moteur de l'identification, déterminant dans la construction du sujet, laquelle résulte des identifications successives. En effet, l'identification mentale à autrui passe d'abord par l'identification corporelle, aussi on constate dans l'établissement de la narrativité chez le jeune enfant la profusion des références gestuelles à son propre corps, que son récit le concerne lui-même ou concerne autrui. De même, à l'âge adulte, les références gestuelles à son propre corps sont tout aussi marquées pour ponctuer un récit concernant son corps que pour parler de celui d'autrui, et ce grâce au postulat empathique préfiguré par la capacité d'attention conjointe. L'anticipation des réactions affectives d'autrui permet par ailleurs l'intériorisation des conventions sociales et l'ajustement aux particularités des relations interindividuelles. En cela, elle apparaît constitutive du surmoi et donc, dans une certaine mesure, de la personnalité.

Si l'imitation, chez le bébé, est d'abord celle d'autrui, « l'imitation d'autrui, quand elle est différée et répétitive, se transforme en une auto-imitation » (132). Par cette affirmation, Brunel et Cosnier, d'après les travaux de Gabriel Tarde, mettent en avant le lien intrinsèque entre la capacité empathique à imiter autrui et la répétition, par imitation, de ses propres actions antérieures, participant à une théorie de la mémoire comme le « résultat d'une auto-empathie différée », le corps recréant les conditions dans lequel il se trouvait au moment de la survenue d'un affect ou d'un

concept et facilitant ainsi sa remémoration. Dans le processus hypnotique, c'est précisément cette co-création rétrospective des conditions corporelles et sensorielles associées à un moment de sécurité affective qui est à l'œuvre, afin d'actualiser ce sentiment de sécurité à des fins thérapeutiques.

L'empathie, outil de la compréhension d'autrui, est donc également « un instrument de construction de soi en tant qu'être social pris dans un réseau de normes » (154). Dans le champ de la sociologie, plusieurs auteurs ont argumenté la construction sociale du rapport à la sensation et à l'émotion.

II. 4. Sociologie de la sensorialité et de l'affectivité

II. 4. a. L'éducation à la sensorialité et les enfants sauvages

A sa naissance, le petit être humain est éminemment dépendant de son environnement et, comme nous l'avons vu avec l'attachement, d'un autre « plus grand et plus fort » pour prendre soin de lui. Ses conduites, sa sensibilité et son intelligence ne sont pas prédéterminées mais ses potentialités génétiques s'actualisent en fonction de l'environnement qu'il rencontre : « la nature de l'homme ne se réalise que dans la culture qui l'accueille ». Pendant les longues années où il doit sa survie à la présence d'un autre auprès de lui, sont transmises à cet être inachevé, ouvert (145), les éléments d'une symbolique corporelle dont nous avons déjà vu un avatar avec la transmission du geste. Mais les soins dont l'enfant dépend pour se constituer en individu autonome sont essentiellement affectifs, et c'est une forme d'éducation sensorielle et affective qui permet à l'enfant de s'approprier son expérience corporelle et de la mettre en langage : « sans la médiation structurée d'autrui, la capacité d'appropriation signifiante du monde [interne et externe] par l'homme est impensable » (145).

Les auteurs qui se sont intéressés à la transmission sociale des sensations et des émotions (114,145) ont étudié le cas rare et particulier des enfants sauvages, abandonnés en bas âge et recueillis par des animaux sauvages, le plus souvent des loups. Les jumelles Amala et Kamala, recueillies en Inde au début du XX^{ème} siècle, ont fait l'objet d'une observation détaillée. Leurs comportements sociaux, alimentaires (goût pour la viande), leur sommeil (léger et de courte durée), leurs techniques du corps (marche à quatre pattes, lapement) étaient liées à leur mode de vie avec les loups. La morphologie de leur corps, et notamment leur dentition, en était modifiée, ainsi que leurs perceptions sensorielles, avec le surdéveloppement de l'odorat et de la vision nocturne. Chez Victor de l'Aveyron, un autre enfant sauvage, était noté une sélectivité de l'ouïe et une insensibilité

thermique. Le registre émotionnel de ces enfants semblait restreint puisque Amala et Kamala ne riaient ni ne souriaient jamais et avaient une manière d'exprimer la colère ou la frustration qui leur était propre. De plus, les observations de Jean Itard, protecteur de Victor de l'Aveyron, montraient un parallélisme chronologique entre le déploiement de la sensorialité de Victor, éduqué par ses soins, et celui des capacités intellectuelles. Ces expériences nous interrogent sur la frontière ténue « entre hérédité et héritage » culturel (114), sur « le sens du lien social, et parallèlement sur les limites du corps » (145). Pour Détérez, « le corps de chaque individu doit être replacé dans un contexte géographique, économique, social qui influe sur l'agencement de ses cellules et même sur la perception de ses sensations : les processus chimiques ne suffisent pas à expliquer les différences de taille, de santé, mais aussi les façons dont sont décodés les stimuli extérieurs par ces cinq sens que l'on dit universels » (114).

La perception corporelle d'un sujet est donc à la fois le fruit de la biologie, de son histoire personnelle (par exemple, une hyperesthésie cutanée peut être observée chez les enfants prématurés ou ayant vécu dans les premiers mois de vie une hospitalisation prolongée et des soins invasifs) mais renvoie aussi fortement à la « culture affective » (145), c'est à dire à la symbolique corporelle socialement construite et véhiculée. Hall (155) formule ainsi que, puisque l'identification de la sensation et son intensité est déterminée par un cadre culturel préexistant, les êtres humains « non seulement parlent des langues différentes, mais, ce qui est sans doute plus important, habitent des mondes sensoriels différents ». Pour cet auteur, l'expérience sensorielle du monde ne peut donc pas « être considérée comme un point de référence stable ». Sa réflexion rejoint les travaux de Boltanski, qui met en évidence l'attribution d'une valeur plus ou moins marquée à une sensation (sensations douloureuses ou liées à la digestion). Même si la majeure partie de cette acculturation sensorielle appartient à la prime enfance, elle se poursuit au cours de la vie. Aussi l'apprentissage de la sophrologie, de la méditation, de l'hypnose ou toute autre technique fondée sur l'écoute du corps passent par une médiation discursive (156).

En hypnose, il s'agit, par exemple, d'utiliser le cadre d'une relation sécurisante vécue dans le présent de la rencontre pour explorer, par l'intermédiaire de la suggestion – et donc du discours – un souvenir à charge affective et relationnelle positive, dans toutes ses dimensions sensorielles – avec un appui particulier sur la ou les modalités sensorielles préférentielles du sujet, identifiées préalablement à travers la forme de son propre discours et le langage gestuel associé. Et de réactualiser, pour répondre à une problématique présente ou au service de l'anticipation du futur, le climat de sécurité affective du souvenir en question, propre à la relation avec la ou les personnes

figurant dans ce souvenir, dont le choix par l'individu ne doit rien au hasard mais est porté par sa mémoire affective.

Si l'hypnose nous conduit à évoquer les modalités sensorielles préférentielles spécifiques à chaque individu, leur hiérarchie est également un construit historique (114). Le processus de civilisation tend en effet à valoriser le regard, la vue étant le sens par excellence du processus d'imitation qui fonde l'éducation. Son extrême développement dans l'espèce humaine, « son acuité et la complexité des informations qu'il engrange » (114), est le produit de ses échanges avec l'environnement, qui modèlent l'hérédité, depuis l'art de la chasse qui a conduit l'homme à se redresser afin de pouvoir courir sur une longue distance et traquer du regard au loin, pendant des heures ou des jours, une proie plus rapide mais moins endurente que lui. Foucault (157) théorise quant à lui l'importance du regard dans la « surveillance perpétuelle et réciproque » à l'œuvre dans le processus de civilisation. Il constitue une voie directe d'accès à l'autre, à laquelle on ne peut se dérober, et en cela, constitue une « prise de pouvoir symbolique » sur l'autre. Le regard est ce qui fait exister l'autre socialement, lui donne de la valeur ou l'en prive. Pour Le Breton (145), la croyance au « mauvais œil » est la cristallisation sociale de l'impression d'un pouvoir du regard de l'autre sur soi, et le terme populaire de « guigne » (la malchance) vient de guigner : regarder en coin les paupières à demi-fermées. Au vu de sa portée symbolique, le regard est encadré par des conventions sociales bien codifiées : la durée du regard porté sur autrui diffère en fonction de l'espace où se déroule l'interaction (plus le lieu est exigü est moins il est appuyé), du niveau sonore (il réalise un soutien à l'interaction dans une ambiance bruyante), du degré de proximité affective entre les protagonistes et de leur rapport hiérarchique. S'il existe une forte variabilité interindividuelle, le regard soutenu est plutôt l'exception que la règle, Goffman qualifiant d'« inattention polie » l'attitude de mise dans les situations sociales courantes. Au cours d'une conversation, les regards agissent comme des synchroniseurs dans les tours de parole : celui qui écoute tend à majorer son attention visuelle et celui qui détient la parole à la diminuer, l'intensifiant à la fin de son propos en quête d'approbation ou en guise d'invite pour l'interlocuteur à s'exprimer à son tour.

Le regard et l'ouïe seraient des sens plus proches des cognitions puisque des catégories de pensées (ce sont les sens dans lesquels s'expriment la langue parlée et écrite et le langage mathématique, les sens qui permettraient l'abstraction). En revanche, l'odorat, plus proche de l'affectivité mais aussi d'une animalité refoulée (on pense à l'hypertrophie de l'odorat des enfants sauvages ou au rôle des odeurs dans l'excitation sexuelle) est relégué au statut de sens mineur, un refoulement qui dit bien le caractère actif du processus de civilisation, faisant l'objet d'un effort à

l'échelle sociale. Et parmi les odeurs, celles qui ont droit de cité ou non varient également selon les époques, notamment selon les représentations de l'hygiène. Le dégoût pour les mauvaises odeurs s'amplifie au XVIII^{ème} siècle avec l'avènement des préoccupations hygiénistes. L'odeur du linge propre s'impose comme la nouvelle odeur socialement désirable, celle du musc pour camoufler les odeurs corporelles devenant suspecte de défaut d'hygiène en plus de représenter l'oisiveté, le gaspillage financier et l'animalité (puisqu'il provient de la poche génitale du chevreton). D'autres odeurs entêtantes sont également répudiées : celles des fleurs tubéreuses et vénéneuses et surtout celle des villes, résultant de la forte densité de population et rattachée à la classe ouvrière. Aussi, Détrez (114) rapporte le raffinement de la sensibilité olfactive à une volonté d'extraction de la foule indistincte des travailleurs et donc au processus d'individuation.

II. 4. b. Sociologie des émotions

L'affectivité est intimement liée à la sensorialité, en tant qu'elles se situent toutes deux au carrefour entre le rapport de l'individu à son intériorité et au monde extérieur. Dans la *Recherche*, c'est dans un registre sensoriel (le goût de la madeleine, etc.) que Proust déploie continuellement le tableau de l'affectivité de ses personnages.

Ainsi donc, de la même manière que la sensorialité, l'affectivité se construit dans et est façonnée par un système de sens et de valeurs qui lui préexiste et dépend de la société dans laquelle est éduqué l'individu. Ainsi, l'ambivalence des sentiments est corrélée à la complexité et aux contradictions du système de valeurs dans laquelle ils s'insèrent. Pour David Le Breton, l'existence humaine est entièrement teintée d'une dimension affective, jusque dans l'activité de pensée et les décisions a priori les plus rationnelles, dans la mesure où celles-ci sont sous-tendues par un système de valeurs et des attentes liées, l'homme ayant accès à une « lucidité mitigée » sur cette co-intrication (« je sais bien, mais quand même » (145)), que les recherches de Jean Piaget ont contribué à mettre en exergue (158). Si, d'après Levinas (131), c'est dans l'exposition à l'affection que réside l'individualité, le système de valeurs qui régit l'affectivité et son expression émane d'un répertoire culturellement construit. L'émotion vécue corporellement par l'individu est indissociable de la représentation qui lui est associée, laquelle dépend éminemment de la réaction attendue dans le groupe social, de la même manière que l'évaluation d'un événement par une personne est toujours à la fois individuelle et collective (par exemple, la mort d'un enfant revêtira une signification différente et occasionnera une souffrance exprimée différemment dans une société où la mortalité infantile est un fait quasi-quotidien ou si elle est presque nulle). La possibilité pour l'individu de nourrir un discours interne ou au sein du groupe sur l'émotion la fait advenir en tant que sentiment :

Les émotions qui nous traversent, et la manière dont elles retentissent en nous, s'alimentent à des normes collectives implicites, ou plutôt à des orientations de comportement que chacun exprime selon son style, selon son appropriation personnelle de la culture et des valeurs qui le baigne. Ce sont des formes organisées de l'existence, identifiables au sein d'un même groupe puisqu'elles relèvent d'une symbolique sociale, mais elles se traduisent selon les circonstances et selon les singularités individuelles en présence. (...) Le déclenchement des émotions est nécessairement une donnée culturelle tramée au cœur du lien social et nourri par toute l'histoire du sujet. Elle signale aux yeux des autres une manière personnelle de voir le monde et d'être affecté par lui. (145)

Cette dernière phrase met l'accent sur une dimension importante des émotions dans leur dimension culturelle : elles auraient avant tout une portée symbolique dans les rapports de l'individu avec le groupe social, au sein duquel elles représenteraient un langage au même titre que la langue. Pour Le Breton, « les émotions sont des modes d'affiliation à une communauté sociale, une manière de se reconnaître et de pouvoir communiquer ensemble sur le fond d'un ressenti proche ». « Virtuellement signifiantes aux yeux de ses partenaires, elles sont en résonance mutuelle à travers un jeu de miroir » et sont une des manières dont le corps s'intègre dans la symbolique sociale. Le langage des émotions, à travers les gestes ou le vocabulaire, est d'ailleurs difficilement traduisible sans risquer un contresens ou une approximation. Sur le plan gestuel, on citera l'usage social du sourire, qui en fonction des cultures et des convenances peut exprimer toute la gamme des émotions, jusqu'à accompagner, par politesse, l'annonce d'un évènement pénible pour soi-même comme le décès d'un proche, comme le rapporte Mircea Eliade au sujet des mœurs de la société japonaise (145). Le discours sur l'émotion, quant à lui, est nourri d'images métaphoriques, réalisant une « physiologie symbolique » (145) indissociable des références culturelles et des systèmes de connaissance d'une société donnée. La référence aux organes est fréquente :

Chez les Dogon, les émotions trouvent leur source dans une corporéité symbolique. La joie, par exemple, est un sentiment bénéfique qui éveille le foie, fait battre doucement le cœur à la manière d'un feu qui brûle avec régularité. L'« huile » du foie fond et se rend dans les articulations et les renforce. Dans la colère, le cœur flambe, bat fort, et « donne des coups de pied » qui heurtent les poumons ; « “tout remue” et l'eau du foie bouillonne, tandis que son huile saute et grésille comme du beurre chauffé trop violemment... La vésicule biliaire gonfle et déverse de la bile dans le foie, ce qui confère de l'amertume aux paroles. » (159) La douleur physique ou morale « carbonise » le foie. Les larmes sont considérées comme une perte de l'« eau du sang » (la lymphe) ; le cœur s'échauffe, et celle-ci s'échappe par les yeux à la manière d'une eau bouillante. (145)

A propos de la portée signifiante pour le groupe de l'expression émotionnelle, Marcel Mauss (160), dans son étude des manifestations de douleur liées au deuil, met en évidence leur portée rituelle, et donc obligatoire. Il observe, dans le déroulement d'un rite funéraire australien, l'expression extrêmement codifiée de la tristesse en fonction du genre de l'endeuillé et de son lien de proximité avec le défunt. Un écart peut évidemment exister, dans toutes les cultures, entre une émotion ressentie et son expression, dans le sens d'une dissimulation ou d'une exagération visant éventuellement à se fondre aux attentes collectives. Toutefois, pour Mauss, comme pour Marcel Granet (161) qui, à sa suite, étudiera l'orchestration sociale du rituel de deuil dans la féodalité chinoise (au cours duquel les proches s'isolent et demeurent prostrés dans des cabanes individuelles près du lieu d'habitation du défunt, et n'en sortent par périodes que pour exprimer leur douleur à grands cris), cette codification n'entre pas en contradiction avec l'authenticité de la douleur exprimée. Il s'agit d'un point important : si l'affectivité n'advient que dans des formes culturelles qui lui préexistent, sa ritualité n'altère pas la sincérité de son expression. La tension, incorporée, de l'individu vers le rétablissement de l'harmonie sociale (dans notre exemple, visant à « faire passer le défunt source de malaise pour la communauté à la condition enviée d'ancêtre » (145)) s'exprime par une émotion authentique et la tentation de considérer comme une mascarade toute forme d'expression émotionnelle culturellement éloignée de la nôtre relève d'une forme d'ethnocentrisme. Dans notre société individualiste, la souffrance du deuil est régie par un impératif de dignité qui confine son expression à l'intimité des maisons, cette règle générale acceptant des dérogations qui sont fonction du genre de l'individu et de son degré de proximité avec le défunt.

Le sujet peut en effet déroger aux règles implicites de l'expression émotionnelle admises dans son milieu, mais le seuil même du degré d'inconduite qui est acceptable ou non est fourni par le social (par exemple, une part d'agressivité verbale est plus ou moins tolérée en cas d'accident entre deux automobilistes, ce qui n'est pas le cas du recours à la violence physique). En cas d'entorse grave, le champ judiciaire (dans le cas de la colère exprimée par la violence physique) ou psychiatrique (dans le cas de la tristesse pathologique de la dépression voire des tentatives de suicide ou au contraire dans l'euphorie de la manie) sont susceptibles d'intervenir comme garde-fous, dans le premier cas pour réprimer l'expression émotionnelle malvenue et dans le second cas pour la résoudre par les soins.

Le rapport affectif et pulsionnel à l'agressivité a bien une valence culturelle puisqu'il est lentement façonné par le processus de civilisation. Norbert Elias met en évidence qu'une société guerrière comme celle du Moyen Âge n'accepte pas le même degré d'expression de colère ou de

rage qu'une société courtisane comme celle de la Renaissance. L'État, en réservant à l'autorité légitime (armée et services d'ordre) l'expression de la violence, protège ses membres du déchaînement pulsionnel lié à l'agressivité mais les contraint à refouler leurs propres pulsions, transposant « le champ de bataille (...) dans le for intérieur de l'homme » (162).

En conséquence de ce processus, le seuil au-delà duquel la violence est émotionnellement intolérable se trouve modifié. Pour exemple, les mises à mort ont progressivement évolué de la brûlure au bûcher vers la guillotine, d'abord publique puis éloignée des regards, puis vers l'injection létale et enfin vers sa suppression dans de nombreux pays. De la même manière, le divertissement sanglant des combats de gladiateurs antique a trouvé un substitut cathartique dans « l'affrontement civilisé » des équipes de sports collectifs (les footballeurs l'ont d'ailleurs bien compris, dont le mime et l'exagération des expressions de rage ou de douleur a valeur de spectacle peut-être tout autant que leurs prouesses techniques).

Même en dehors de la mise en scène pulsionnelle et émotionnelle à des fins cathartiques, les comportements affectifs d'un individu en réponse à un même évènement diffèrent notablement selon qu'il se trouve seul, entouré de proches ou d'inconnus. Un exemple particulièrement éloquent en est la propagation émotionnelle des mouvements de foule, qui, du fait du sentiment de puissance qu'elle procure, peut aboutir à une levée des interdits moraux qui, d'ordinaire, régissent l'expression émotionnelle (145). Les travaux contemporains sur l'attachement, d'une part, permettent d'éclairer l'expression différentielle de l'émotion en fonction de l'environnement relationnel immédiat d'un individu, et d'autre part, revêtent une portée sociologique puisque les outils d'évaluation du style d'attachement (profil de régulation et d'expression émotionnelle dans la relation à l'autre) sont construits dans un contexte socioculturel donné et obtiennent des résultats différents d'une culture à l'autre (posant la question de la validité transculturelle de ces outils). Par exemple, les études concernant le style d'attachement à l'âge adulte retrouvent, au sein des profils insécures, une proportion importante de styles détachés, caractérisés par la répression des affects négatifs, en Angleterre (marquée historiquement par l'empreinte de la morale stricte véhiculée par le protestantisme religieux) et de styles préoccupés (marquée par une expression émotionnelle plus volubile et une valorisation de la sphère affective et relationnelle) dans les pays méditerranéens. Margaret Mead décrit l'apprentissage de la répression émotionnelle dans la société balinaise où les figures maternelles qui entourent l'enfant initient une interaction avec lui puis s'en détournent au moment où l'enfant y exprime une émotion de manière croissante, ce à quoi l'enfant répond en apprenant à contenir son émotion pour éviter que l'adulte se retire de l'échange. Dans cette même société, Mead décrit une réaction singulière à l'affect de peur, qui tend à s'exprimer par

l'endormissement. On peut faire l'hypothèse d'un lien entre cette conduite de refuge dans le sommeil, nommée *takoet poeles* (effrayé endormi) (73) et l'impossibilité, apprise précocement, de recourir à l'autre pour réguler un éventuel débordement affectif.

L'éducation affective s'inscrit dans les relations précoces du bébé, transformant ses modalités sensorielles universelles de relation à l'autre – sourire et regard (vision), pleurs et vocalisations (ouïe), apaisement par le toucher – en un système de communication affective organisé. Pour Harkness et Super, les déterminants éducatifs qui contribuent à ce processus sont triples : l'environnement physique et relationnel de l'enfant, les modalités culturelles de la régulation émotionnelle qui ont cours dans son environnement et enfin la tonalité affective propre à son cadre familial et en particulier au couple parental (*l'ethos* familial) constituent la « niche environnementale » (163) où l'enfant puise la trame de son affectivité.

L'enfant apprend « à ressentir des affects et à les traduire pour soi et les autres de la même façon [qu'il apprend à se] mouvoir dans une langue, sous l'effet des processus d'éducation et d'identification à l'entourage » (145). Il acquiert dans une même progression le rapport à son corps, à l'affectivité et à son existence en tant qu' « un parmi d'autres ». C'est en ressentant de la colère ou de la jalousie qu'il peut envisager l'existence de ces affects chez autrui, les reconnaître comme des « autres » détenteurs d'une intériorité propre et accepter les règles de la socialisation. Ce processus d'appropriation de son corps et de ses émotions dure toute la vie, qui nécessite l'apprentissage de nouvelles modalités affectives (le sentiment amoureux à l'adolescence, l'amour parental à l'âge adulte, l'apprentissage genré des comportements affectifs tout au long de la vie, la modification du rapport au corps et à l'autre au cours du processus de vieillissement).

Pour Le Breton, l'émotion témoigne du rapport personnel de chacun au sens d'un évènement, elle « est la définition sensible de l'évènement [présent ou à venir] tel que le vit l'individu, la traduction existentielle immédiate et intime d'une valeur confrontée au monde » (145). La socialisation affective « suggère [à l'individu] ce qu'il doit ressentir et comment il est loisible d'en parler », « cependant cette étoffe commune qui permet la communication n'empêche en rien l'inscription personnelle des motifs sur le tissu ». Il rappelle, d'après Merleau-Ponty, que « les autres doivent être là » : à l'instar de l'ensemble du sensible, ils hantent le corps (164) et assurent la pérennité de l'affectivité et des facultés de symbolisation comme ils en ont permis l'émergence.

Si la socialisation médie le rapport à la sensorialité vécue dans son propre corps, la permanence de la symbolique corporelle – et donc du rapport au monde – nécessite la présence continue d'autrui : « si la figure globale d'autrui est génératrice de la naissance sociale de l'enfant, elle devient la garantie de son maintien au sein de la communication. » (...) La socialité, qui conditionne l'accès *aux sens* (à la sensorialité) et *au sens* (à la représentation symbolique de soi et du monde) « réclame sans cesse la perdurance d'un lien élémentaire entre les hommes pour ne pas disparaître ou se modifier en profondeur. Deleuze étudie le rôle d'autrui comme « structure », dont la présence continue est nécessaire à l'organisation signifiante du monde. Il rejoint en cela la maxime d'Artaud : nous sommes dans notre corps « comme dans un carrefour habité par tout le monde » (165). Deleuze inscrit cette réflexion dans l'étude de l'œuvre littéraire de Tournier, *Vendredi ou les limbes du Pacifique*, où Robinson expérimente, outre la perte de la mémoire corporelle du sourire, la réduction et l'émiettement de sa représentation du monde : en l'absence du point de vue d'un autre pour conforter sa vision du monde et de l'expérience, celle-ci s'effrite, au point que seule l'existence de son environnement proche ait valeur de certitude. « L'absence d'autrui transforme la perception et l'affectivité de Robinson, son corps perd ses références fondamentales et s'ouvre à une autre dimension. Robinson vit une déroute et une recomposition de ses repères et de ses valeurs. » (145)

Les travaux sociologiques comme ceux sur l'empathie amènent à penser la place du rapport à l'autre dans la construction du rapport du sujet à son environnement sensoriel et perceptuel. L'espace social produit par ailleurs des discours symboliques sur le corps qui constituent la trame de ses mises en jeu et fondent la diversité de ses usages.

II. 5. Sociologie du corps : la symbolique sociale du corps et le processus de civilisation

Mis en jeu dans l'activité quotidienne, le corps est la médiation de l'individu face au monde qui l'entoure. C'est par le corps que l'individu, matériellement, se situe par rapport à ce qui lui est extérieur. Le corps agit ainsi en interface, à la fois parce qu'il se situe concrètement dans un environnement qui, à son tour, le situe, et à la fois parce qu'il est l'agent de la modification de cet environnement qui, en retour, le modifie également. Les moindres de ses mouvements, de ses façons d'être au monde sont ainsi des manifestations de ce corps instrument, sans que cette expression suppose le moins du monde la résurgence d'une pensée dualiste qui poserait l'immanence d'un corps mû par une conscience ou une intentionnalité qui le transcenderait : il s'agit au contraire de restituer à l'existence corporelle la dimension culturelle de ce qui semble le plus naturel. Ainsi, le corps, condition matérielle de notre venue au monde, est aussi celle de l'être au monde. Par le fait même d'exister dans telle ou telle société, par l'action répétée de son travail, le corps se définit comme organisme spécifique, historiquement et géographiquement situé. (114)

C'est ainsi que Christine Détrez dessine les contours de son étude du corps utilisé comme un outil et défini par ses interactions avec le monde socialisé. Nous avons mentionné plus haut, d'après cette même auteure, la qualification du corps par Durkheim comme un « phénomène présocial », écarté de son propos sociologique dans un souci de s'affranchir des conceptions positivistes et évolutionnistes postulant le primat du biologique sur l'ensemble des phénomènes. C'est que les théories scientifiques antérieures, y compris dans le champ des sciences humaines, s'inscrivent dans une perspective naturaliste visant à démontrer les fondements naturels, biologiques, des comportements et des faits sociaux. Aussi l'anthropologie se fonde-t-elle, au XIX^{ème} siècle à Paris, sur l'anthropométrie statistique et son étude des mesures anatomiques des êtres humains. Après le temps des publications sociologiques dont le corps est absent, abandonné au fait biologique (celles de Durkheim, Marx, Tarde), c'est justement le neveu de Durkheim, Marcel Mauss, qui réhabilite la place du corps, « premier instrument » de l'homme, dans la pensée sociologique.

II. 5. a. Les techniques du corps

- *Marcel Mauss et la classification des techniques du corps*

Marcel Mauss, dans son article *Les techniques du corps*, issu d'une conférence donnée en 1934, préfigure l'étude des interactions entre culture et comportements corporels (ou, dans les termes de Mauss, techniques corporelles). Il définit comme technique un acte « *traditionnel et efficace* », indépendamment de l'utilisation éventuelle d'un outil. Pour lui, les techniques du corps

se situent en amont des techniques instrumentales et il entreprend de détailler ces « façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps » (166). Son propos rejoint celui de Comte et Dumas qui postule un double déterminisme sociologique et biologique dans la genèse des techniques, deux dimensions auxquelles Mauss ajoute la dimension psychologique, faisant intervenir un « triple point de vue », trois composantes participant à une conception de « l'homme total » (166), en qui tout est à la fois biologique, psychologique et social. La conception de l'homme bio-psycho-social sera développée en médecine par le psychiatre Engel (167).

Développant la notion sociologique d'*habitus* héritée de Thomas d'Aquin, Mauss détaille la manière dont les attitudes et mouvements adoptés par l'homme sont déterminés culturellement, par le biais de l'éducation, superposable à l'imitation. Il met en exergue la posture d'influence ou d'autorité qu'exerce celui qui enseigne sur celui qui apprend une technique corporelle, qui pour lui atteste du caractère social de cette transmission : « l'acte s'impose du dehors, d'en haut, fût-il un acte exclusivement biologique, concernant le corps ».

Il cite l'exemple de la marche (style de marche militaire d'un pays incompatible avec les sonneries des tambours d'un autre pays, apprentissage aux filles Maori d'une façon de marcher caractérisée par un balancement particulier des hanches, transformation de la marche par le port de souliers), celui de la nage (apprentissage du plongeon avant de savoir ouvrir les yeux dans l'eau ou inversement, usage de laisser de l'eau entrer en bouche pendant la nage ou de la laisser fermée, techniques de nage elles-mêmes), ou encore la position convenable des mains, pendant la marche (poings ouverts ou fermés) ou à table. Il formule que ces habitudes « varient non pas simplement avec les individus, et leurs imitations, elles varient surtout avec les sociétés, les éducations, les convenances et les modes, les prestiges » (166).

Enfin, il s'essaie à deux manières de classer les « techniques du corps ». La première les distingue en fonction du genre, de l'âge (avec l'exemple de la perte de la position accroupie à l'âge adulte, spécifique des civilisations occidentales), de leur rendement et de leurs modalités de transmissions. La seconde classification suit les âges de la vie et distingue les techniques obstétricales (positions et techniques d'accouchement), celles de l'enfance (portage, sevrage), celles de l'adolescence (qui établissent un différentiel entre hommes et femmes) et enfin de l'âge adulte. Parmi les techniques de l'âge adulte, il distingue les techniques du sommeil (instrumental – natte, oreiller, couverture – ou non, sommeil suspendu, debout, à cheval...), celles du repos (couché, assis, accroupi, debout en échassier) et de ce sur quoi l'on mange, celles du mouvement (de la marche, de la course, du saut, de la danse, du saut, des mouvements de force : lancer, tenir...), celles des soins du corps, celles de la consommation (usage de couverts, manières de boire), celles de la

reproduction et enfin des soins médicaux. Il renvoie à l'œuvre de deux de ses contemporains qui, dans une démarche similaire, étudient les techniques du souffle et de la respiration (Granet) et de la danse (Sachs (168)). Finalement, la démarche de Mauss de décrire et de classifier les usages du corps dans leur diversité procède d'une volonté de rationalisation des conduites, comme en atteste sa conclusion. Il y expose ce qui, pour lui, constituerait le but universel de cette « éducation du mouvement », à savoir le rendement et l'efficacité, conférant aux membres d'une société donnée une « résistance à l'émoi » et donc aux réactions « brutales, irréfléchies » en cas de danger. En pleine période freudienne, Mauss formule : « c'est grâce à la société qu'il y a une sûreté des mouvements prêts, domination du conscient sur l'émotion et l'inconscience ».

A la suite de Mauss, Bateson et Mead (73) étudient comment « la culture s'incorpore » dans la société balinaise où ils montrent que l'apparente « désarticulation » des mouvements de danse, de marionnettes ou de la position des membres au repos, fait l'objet d'un apprentissage, lui-même indissociable d'une certaine représentation du corps. La même année, aux Etats-Unis, Efron (169) publie son étude de la gestualité des immigrants italiens et juifs de première et de seconde génération, mettant en évidence la plus grande proximité des comportements gestuels des immigrants de seconde génération avec les américains qu'avec les primo-immigrants de la génération de leurs parents. A l'époque du nazisme postulant la supériorité comportementale d'une race sur d'autres, ces travaux ont eu l'importance fondamentale de contester la notion de race dans l'espèce humaine à la faveur d'une conception culturaliste et anti-discriminatoire du corps et du geste. C'est donc dans un processus épistémologique très progressif que le corps « trouve sa place dans une théorie générale de la culture et s'inscrit dans l'étude des mécanismes de socialisation par lesquels le groupe façonne des individus à son image » (114).

- *Le travail, le sport et la santé*

L'un des médias par lesquels la société imprime le plus sûrement sa marque sur le corps de l'individu est le travail. « Genoux cagneux », « écoeurement lié aux effluves », « membres douloureux » : le travail exerce en premier lieu une empreinte par la pénibilité physique, dont la nature change avec l'époque et le type de labeur, de l'engagement total du corps dans le travail des champs décrit par Villermé (170) au corps « émiétté » (114) du travail industriel à la chaîne, entraînant des douleurs localisées en lien avec les mouvements répétitifs et les vibrations.

L'impact du travail ou du sport sur le corps ne se restreint pas à la période d'activité ou à sa suite immédiate, aussi Linhart (171), intellectuel employé comme ouvrier chez Citroën, décrit-il un

« écoeurement », un « affaissement corporel », une « léthargie », voire la mort du corps aussitôt sa mise à la retraite.

Le souci de performance, imposé au corps par l'intensification du rythme, se joue à l'échelle individuelle et inter-individuelle. On le retrouve dans la discipline sportive, où la dimension instrumentale du corps est portée à son paroxysme, menant à la négation ou à la sublimation de la douleur. Le sport étend, là encore, sa prise sur le corps jusqu'à la vie quotidienne, par le souci de l'hygiène de vie. Chaque sport modèle le corps de ses pratiquants dans le sens d'une norme corporelle distincte et « les rapports aux corps individuels sont liés au rapport au corps dominant qui est en jeu » (172). A l'extrême, le culturisme transforme cette dimension instrumentale pour ériger la transformation musculeuse du corps et sa démonstration en une fin en soi, l'objet même de la performance.

Enfin, la pression liée à la performance et à la rentabilité génèrent un stress psychique également traductible dans le corps en fatigue et en douleur. Sa reconnaissance est relativement récente et varie en fonction des secteurs socioprofessionnels : elle est généralement inférieure dans le travail manuel, pourtant également soumis à un impératif de cadence. Pour Schwarz et Drulhe (173,174), cette moindre reconnaissance serait liée à la valorisation de la force et de la résistance physique dans l'identité sociale de l'ouvrier et donc à la plus grande légitimité de la fatigue physique dans ce milieu, également en ce qu'elle laisse des traces visibles dans le corps. Une étude réalisée en 2000 par Loriol (175) recensait un niveau de stress moyen inférieur chez les ouvriers par rapport aux employés et aux cadres, or elle se fondait sur un recueil déclaratif, ce qui conduisait à s'interroger sur les différences de perception, d'identification et de dénomination des sensations corporelles liées au stress entre les catégories sociales (également étudiées par Boltanski).

Si le travail imprime la marque de la culture dans l'évolution des corps, le rapport à la santé et à l'hygiène est également un point d'articulation du corps et du social. En effet, la diversité des pratiques d'entretien du corps reflète la dimension culturellement construite des représentations de la saleté et de la propreté, qui sont elles-mêmes plus généralement liées aux représentations du bon et du mauvais, du sain et du malsain. Aussi, pour Douglas (176), la souillure est à la fois ce qui menace l'intégrité du corps et celle de la société.

Pour exemple, dans la médecine humorale où la santé est conditionnée par la préservation de l'équilibre interne entre les quatre humeurs, le contact avec l'eau (et donc le bain) est considéré comme nuisible, susceptible de corrompre cet équilibre du fait de la porosité du corps, en prise directe avec les éléments (chacun des quatre éléments correspondant à une humeur). S'il faut protéger le corps du contact avec les éléments, une autre manière d'éviter les excès humoraux est la

pratique des saignées, visant à rejeter hors du corps les humeurs excédentaires et à l'en épurer. De plus, jusqu'au XVIII^{ème} siècle, la propagation des miasmes est pensée corrélativement à celle des odeurs. On s'en prévient en s'entourant d'odeurs protectrices par fumigation (parfum, vinaigre...). Au XVIII^{ème} siècle, la propreté devient surtout celle du linge et le linge blanc est plébiscité, qui renvoie de surcroît à la valeur aristocratique de la pureté. Le bain n'a pas meilleur presse et se voit associé à l'oisiveté, à la frivolité (les premières baignoires domestiques sont celles des maisons closes) et à l'infécondité.

Au XIX^{ème} siècle, la sophistication du moteur et des machines industrielles, qui nécessitent un apport énergétique constant mène, par analogie, à une représentation énergétique et calorifique de l'organisme. Il s'agit d'apporter au corps-machine l'énergie combustible à même de lui apporter de la force. Dans ce souci, une attention particulière est apportée au régime alimentaire, dans lequel la viande, appartenant au régime urbain, est réhabilitée en même temps que l'urbanité elle-même prend un nouvel essor porté par l'industrie. La notion de calorie est héritée de cette époque.

A travers la relativité de la dichotomie propre/sale et son incidence sur les traitements du corps transparaît la question des systèmes de valeur morale et de ses intrications avec la sphère corporelle, que nous avons déjà entrevue avec l'inscription anti-idéologique des travaux d'Efron sur la « race » et la gestualité.

II. 5. b. Le corps et l'ordre symbolique du monde

L'un des domaines manifestes où la morale s'exprime sur le corps est celui de la maladie. Etre malade, plus qu'un fait organique, est un statut social dont le malade doit rendre compte en se soignant (et la personne saine en adoptant les principes d'hygiène préventive de son temps). Parsons (177) théorise l'importance pour le bon fonctionnement d'une société de la santé de ses membres et le caractère de déviance sociale que peuvent revêtir la maladie et l'improductivité liée, le médecin se voyant confié le rôle d'arbitre de l'état de santé ou de maladie au regard de la capacité de travailler. En fait, c'est le corps social dans son ensemble qui décrète le statut de santé ou de maladie, par les idées scientifiques qu'il conçoit et les autorités qu'il consacre en la matière. Aussi, l'un peut être jugé malade contre sa volonté et l'autre se voir refuser le statut de malade qu'il se représente.

De plus, chaque maladie particulière renvoie à ses propres enjeux de moralité, de la syphilis, perçue comme la marque sur la peau de mœurs immorales à la tuberculose – d'abord l'apanage de la passion fulgurante de l'aristocrate romantique, exacerbant sa frêle beauté, puis maladie des pauvres engendrée par le vice – et au sida, rattaché à l'homosexualité et stigmatisé avec elle. A la fin du XX^{ème} et au début du XIX^{ème} siècle, le cancer est lui aussi perçu, dans une perspective

psychosomatique culpabilisante pour l'individu, comme une maladie du refoulement des sentiments et de l'énergie, dérive individuelle face à l'injonction culturelle à la libération pulsionnelle et au « devoir de plaisir » (178). Le trait commun des individus ou groupes stigmatisés pour leur maladie serait d'incarner une forme de marginalité, éventuellement perçue comme menaçant l'ordre social.

Les représentations de la maladie cristallisent donc les systèmes de croyance et de valeurs d'une société. Dans des sociétés fortement influencées par le dualisme, les représentations du corps lui-même, même dans son fonctionnement sain, tendent à être péjoratives. Marzano résume ainsi : « le corps est le signe de notre finitude. Il est ce qui, d'une certaine façon, nous renvoie à tout ce qu'on ne voudrait pas être : notre fragilité, nos faiblesses, nos limites, nos maladies, notre mort... Il est un objet matériel qui produit des substances comme les sueurs, les excréments, les excréments ; qui nous attache à nos instincts et nos peurs ; qui nous emprisonne au monde... Il est "abject" [étymologiquement, ce qui est rejeté – *jectus* – au loin – *ab*], "étranger", "méprisable" » (115). Les préceptes des écrits talmudique et biblique font trace de cette représentation des fluides corporels comme souillures. Pour Julia Kristeva, l'impureté des substances corporelles est de deux types, l'excrémentiel, qui représente le danger venu de l'extérieur du corps et donc de l'identité (« le moi menacé par du non-moi, la société menacée par son dehors, la vie par la mort ») (179), et le menstruel, qui représente le danger émanant de l'intérieur de l'identité. A l'abjection du corps est opposée au « pur », c'est à dire à l'impérissable, concept souvent assimilé à la connaissance et aux idées, à l'âme.

L'ordre et les désordres du corps et toute la gestualité prennent donc place dans un ordre du monde préétabli (par exemple, le crachat peut signifier le mépris, la vénération d'une idole religieuse ou encore la volonté de transmettre à un individu malade la puissance du groupe (145)). Cet ordre du monde recouvre notamment la symbolique accolée à la l'opposition spatiale droite/gauche, telle que décrite par Robert Hertz (180). Elève de Mauss, il relevait déjà, dans une publication qui précède celle des *Techniques du corps*, la portée signifiante de la latéralisation droite/gauche, l'ordre symbolique du monde se répercutant immédiatement dans le choix du côté droit pour la main dominante et la valorisation des droitiers au détriment des gauchers, en vertu des valeurs affublées à la droite et à la gauche, d'ailleurs liées à la domination masculine :

	Gauche	Droite
Étymologie latine	<i>Senester</i> : maladroite puis sinistre	<i>Dexter</i> : habile, adroit
Culture musulmane et kabyle	Porteur de malchance dans le labour ; L'ouest, le malheur, la femme, l'humide, le sombre, le courbe, le sacré-maléfique (le <i>h'aram</i>)	La main droite sert à manger, saluer, donner l'aumône ; L'est, la chance, l'homme, le sec, le jour, le droit, le sacré licite (le <i>nif</i>)

Encadré réalisé à partir de Détrez (114)

Si les notions de maladie et de santé, de droite et de gauche du corps véhiculent des représentations symboliques et morales, l'ordre symbolique qui sépare le corps du reste du monde n'est lui-même pas universel. Ainsi, dans la langue canaque, l'organique n'est pas distingué du végétal, le mot *kara* signifiant à la fois « peau » et « écorce » et le mot *pié*, « chair » et « pulpe » (181). La théorie du microcosme et du macrocosme, populaire de l'Antiquité à la Renaissance, postule que chaque partie et sous-partie du macrocosme, c'est à dire du monde, du tout, est sa réplique en modèle réduit (microcosme). Cette théorie concourt à une vision de chaque corps comme un reflet de l'univers dans son ensemble. L'ordre de l'univers se répercute directement alors sur celui de l'homme en miroir. Si la pensée contemporaine dominante est celle d'une séparation de l'homme et du monde, la croyance populaire accorde un large crédit à l'influence sur le corps de « réseaux de correspondances et d'influences avec les éléments extérieurs » (114), comme en attestent les recherches d'Yvonne Verdier sur les croyances autour du corps de la femme dans un village de Côte d'Or, objet d'influences astrales et telluriques et auquel on prête, lorsque la femme est indisposée, un pouvoir physique maléfique, putréfiant, similaire à celui de l'orage.

L'opposition du corps féminin et du corps masculin a d'ailleurs une portée symbolique omniprésente dans l'organisation des rapports sociaux par la construction des représentations autour du genre et sa ritualisation (par le vêtement, la coiffure et les divers usages). Comme l'opposition dichotomique entre la pensée et le corps et celle entre la droite et la gauche, l'opposition masculin/féminin induit un jugement de valeur en la défaveur du second terme, qui s'enracine dans l'idée de souillure accolée au corps de la femme pubère, mise en évidence par Yvonne Verdier. Les valeurs de « virilité », « force », « pouvoir », « s'affirmer », « en imposer », « droit » sont plébiscitées au détriment du « mou », du « doux », du « sensible », du « rond ». La valorisation du masculin va de pair avec celle de la spiritualité, par opposition au sensible. Huston (182) illustre l'intériorisation, dans une perspective naturaliste, de « l'inconciliabilité de la femme et de l'esprit » par la tentative des auteures littéraires du XX^{ème} siècle de s'en dégager. Ainsi, George Sand use d'un patronyme masculin et Simone de Beauvoir revendique la possession d'un « cerveau d'homme » et le statut de « jumeau » ou de « compagnon » de Sartre.

S'il existe un corps « bon » et un corps « mauvais », une bonne et une mauvaise manière d'en user, alors le processus de civilisation consiste à « redresser » le corps vers la bonne manière, à travers, précisément, l'inculcation des *bonnes manières*.

II. 5. c. Le processus de civilisation

Par le processus de civilisation, le corps doit acquérir les vertus qui se feront reflet de la valeur morale de l'individu. C'est cinq ans après les travaux de Mauss que Norbert Elias, prolongeant la réflexion de son prédécesseur concernant la dimension historique et culturelle des formes de la gestualité, met en évidence le rôle régulateur du processus de civilisation sur les manifestations corporelles les plus intimes et en apparence naturelles. Sa relecture des écrits médiévaux et du traité d'Erasmus met en relief des manières de table où le contact direct entre la main et la nourriture, la sienne ou celle d'autrui, est loin de revêtir la pudeur contemporaine. Elias rapporte également des références, dans ces écrits, à la pratique du rot et du pet, leur mention directe dans ces écrits témoignant d'un rapport nettement moins pudique aux manifestations corporelles dans la vie courante, celui d'avant que « la civilité [vienne] réguler les attitudes les plus intimes et infimes de la corporéité » (114), élevant « ce mur invisible de réactions affectives se dressant entre les corps, les repoussant et les isolant, mur dont on ressent de nos jours la présence au simple geste d'un rapprochement physique, au simple contact d'un objet qui a touché les mains ou la bouche d'une autre personne ; il se manifeste déjà dans le sentiment de gêne que nous éprouvons en assistant à certaines fonctions physiques, et très souvent à leur évocation (...), parfois même quand nous prenons conscience de leur existence » (183).

Ainsi, pour Elias, le lent processus de civilisation est aussi processus d'individualisation et d'individuation, c'est à dire de séparation psychique entre soi et le corps social (individualisation) et de prise de conscience de sa qualité d'individu possédant une certaine autonomie (individuation), ce double processus étant source de pudeur et de gêne (184). Pour Elias, ce double processus est lié à des déterminants culturels, religieux et économiques. Dans le champ socioculturel, le regard – dont nous avons évoqué la fonction symbolique – des uns sur les autres à la Cour du roi est l'un des vecteurs de l'intériorisation de la contrainte exercée par l'individu sur son propre corps (c'est d'ailleurs le domaine des arts visuels et picturaux, avec l'émergence de l'art du portrait, qui reflète l'extraction de l'individu par rapport au groupe). Dans le champ religieux, le protestantisme, qui place l'individu sous le regard intransigeant de l'ange gardien, chargé de juger de l'application des préceptes divins, pousse plus loin cette autocontrainte. Les conditions économiques, avec l'émergence du capitalisme concomitante à celle du protestantisme, influent également sur la propension à la pudeur en promouvant la séparation des pièces de la maison et celle des lits. Max Weber théorise cette intrication de l'ascétisme religieux et de l'impératif économique capitaliste à des fins de préservation du foyer familial et de son patrimoine. En revanche, Mary Douglas (176) met en évidence le caractère bien plus tardif de l'intervention du courant hygiéniste dans la

distanciation des corps, les préoccupations sanitaires étant au contraire, jusqu'au XIX^{ème} siècle, utilisées pour justifier l'absence de répression des éternuements et autres émissions naturelles, répression alors considérée comme susceptible de nuire à la santé de l'individu. Pour Michel Foucault, cette pression du *socius* sur le corps de chacun est aussi un avatar de la régulation des populations (par exemple, l'encadrement des pratiques sexuelles par une doctrine politique ou une éthique religieuse régule directement la démographie). Foucault (1977, 185) approfondit également les observations d'Elias sur le rôle crucial du regard dans un processus d'assujettissement à des fins normatives et productivistes. Décrivez synthétiquement les observations de Foucault sur la manière de rendre « polis » les corps et les êtres qui les habitent :

Le façonnement, le modelage du corps se diffusent dans la société, par le biais notamment de l'école, de l'armée, de l'hôpital, autant de lieux d'où rayonnent normes et surveillance continue et systématique. Le quadrillage, de l'emploi du temps et des taxinomies, des exercices de gymnastique et des exercices scolaires, assigne ainsi à un corps une place définie et le soumet à un contrôle incessant. Le panopticon de Bentham, cette utopie architecturale où chacun, élève, prisonnier, malade, travailleur, isolé dans une cellule, est placé perpétuellement sous l'éventualité du regard du surveillant situé en une tour centrale, n'est ainsi que la concrétisation architecturale de cette mise en regard. La prééminence du regard, et son efficacité disciplinaire, s'exprime ainsi parfaitement dans les expressions « mise en observation » ou « mise en examen », qui relèvent à la fois des registres médical, scolaire et judiciaire. La taxinomie scientifique, la médecine moderne, ou encore la pédagogie scolaire, en observant et en examinant, classent et maîtrisent les corps, disciplinent les individus [jusque dans les pratiques sportives de loisir, d'une manière que Foucault qualifie d'orthopédique]. (114)

II. 4. d. L'inégalité des corps

A mesure du processus de civilisation, le corps est pris dans des rapports de classe. Décrivez, dans son ouvrage *La construction sociale du corps*, formule comment non seulement les usages du corps mais aussi ses potentialités (puissance, morbidité et mortalité) et sa forme même (poids et taille) « ne sont actualisé[s] que par un processus de socialisation [par l'éducation, le travail], qui les transforme en “techniques du corps” ». C'est la mise en jeu répétée du corps comme outil (par l'éducation, le travail) qui fait de la forme corporelle une production culturelle (186). Ainsi les corps sont-ils agis involontairement par les conditions d'existence et les paramètres biologiques comme la mortalité, la morbidité, la taille et le poids sont-ils intrinsèquement liés à ces conditions.

- *Les inégalités de morbi-mortalité*

Concernant la mortalité, Détrez détaille à l'aide des données de l'OMS et du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) les divergences en termes d'espérance de vie en fonction du niveau de vie, d'une zone géographique à une autre : 77 % des décès surviennent après 65 ans dans les pays du Nord contre 16 % de ceux des pays du Sud (187). Concernant les causes de mortalité, la mortalité infectieuse a régressé dans le monde de manière très inégalitaire au cours du vingtième siècle : en 1980, 43 % des décès dans les pays en développement étaient liés aux maladies infectieuses pour 1 % dans les pays industrialisés (173). Concernant le sida, dont le caractère pandémique n'est pas lié aux facteurs climatiques mais bien à l'efficacité de la prévention et du traitement, en 1996, 80 % des personnes atteintes se répartissaient entre vingt-huit pays, dont vingt-quatre en Afrique subsaharienne. En revanche, la mortalité par cancer augmente dans les pays industrialisés, principalement en lien avec le tabagisme, l'alcoolisme et l'alimentation. Au sein d'un même pays, la mortalité diffère également d'une classe sociale à l'autre, avec un écart de quarante ans entre les espérances de vie des pauvres et des riches à la faveur de ces derniers. En réalité, pointe Détrez, « les indicateurs de santé des riches habitant un pays pauvre sont meilleurs que ceux des pauvres habitant un pays riche ». Cet écart tend à se creuser puisque l'espérance de vie à augmenté plus fortement pour les catégories sociales élevées dans les dernières décennies.

Des différences similaires sont constatées concernant la morbidité, en lien avec des niveaux différents de recours aux soins, sans que ceux-ci puissent être expliqués uniquement par les niveaux de remboursement, mais à des pratiques sociales de recours aux soins différentes, pour les soins dentaires par exemple. Détrez notait le début de l'inscription culturelle des paramètres de santé avant même la naissance, puisque le risque de donner naissance à un enfant prématuré était triple chez les mères ayant un bas niveau scolaire par rapport à celles ayant un niveau élevé.

La stature de l'individu est également influencée par ses conditions de vie, comme en attestent dès le XIX^{ème} siècle les travaux de Villermé (170). Chez l'homme comme chez la femme, la taille moyenne augmente d'une génération à l'autre et diffère en fonction de la catégorie sociale (les cadres étant plus grands que les ouvriers). Quant au poids, en 1991 (188), il était plus faible de 5,6 kgs chez les femmes des classes aisées que chez celles des catégories ouvrières ou agricoles à âge et à taille égale, cette différence étant moins marquée chez les hommes. Détrez note que, les données chiffrées de cette enquête n'étant pas mesurées mais déclaratives, cette disparité « reflète soit un amincissement morphologique, dû au changement d'alimentation ou de mode de vie et d'entretien de soi, soit, tout aussi révélatrice, un changement de la façon dont chacun veut faire percevoir son physique. [Ces données] traduisent pour le moins l'évolution des représentations,

cette “image” idéale [agissant] sur le corps réel. » Les travaux de Boltanski poursuivent l'étude du corps entre les classes sociales.

- *La sociologie de l'usage des soins médicaux de Boltanski*

Dans la poursuite des travaux de Bourdieu, le sociologue L. Boltanski, dans son article *Les usages sociaux du corps* (1971) choisit d'étudier, à partir du matériel d'observation issu des disciplines médicales (c'est à dire l'étude sociologique des discours sur le corps produits par ces disciplines), les habitudes de consommation médicale et ses variations entre les classes sociales, tout en précisant la limite de toute tentative d'établir un différentiel entre l'influence des paramètres économiques et culturels, par ailleurs fortement intriqués. Pour lui, il existe un *habitus physique* appartenant à l'*habitus* de classe décrit par Bourdieu, c'est à dire un « système des dispositions organiques ou mentales et des schèmes inconscients de pensée, de perception et d'action » permettant aux membres de cette classe d'engendrer « dans l'illusion bien fondée de la création d'imprévisible nouveauté et de l'improvisation libre, toutes les pensées, les perceptions et les actions conformes aux régularités objectives... » (189). Boltanski précise que ces déterminismes sociaux n'agissent pas par une voie immédiate et directe sur l'ordre biologique mais « sont relayés par l'ordre culturel qui les retraduit et les transforme en règles, en obligations, en interdits, en répulsions ou en désirs, en goûts et en dégoûts. » L'*habitus*, au sein d'un groupe culturel donné, surdétermine les pensées, les perceptions et les actions adéquates à chaque situation spécifique. L'*habitus physique* regroupe, outre les modalités de recours à la médecine, la sexualité, la gestualité, les techniques de soins corporels ou les utilisations ludiques du corps.

Concernant la consommation médicale, Boltanski, s'intéressant aux habitudes des classes populaires, remarque un recours à la consultation médicale bien moins fréquent et plus tardif que dans les classes moyennes et supérieures. Il postule et argumente l'existence d'autres déterminants à cette disparité que les obstacles économiques ou techniques (éloignement géographique des structures de soins), à savoir une moins bonne aptitude à verbaliser et donc à conceptualiser et repérer les sensations morbides et les sensations corporelles en général. « C'est que les sensations morbides ne possèdent pas l'exorbitant privilège (...) de s'exprimer sans langage : la perception et l'identification des sensations morbides (...) exige un apprentissage » (190), l'apprentissage de catégories de perception du corps, c'est à dire du vocabulaire de la sensation et son utilisation sociale. Il explique cette moindre maîtrise du langage du corps par :

- une délivrance plus parcimonieuse d'informations médicales par le praticien pendant la consultation du fait de la distance sociale ;

- un plus grand effort nécessaire, chez les classes populaires, pour l'intégration les éléments de vocabulaire nouveau dans la culture préexistante, plus éloignée de la culture médicale, cette intégration nécessitant alors tout un travail d'« emprunt culturel », c'est à dire de réinterprétation par analogie avec les catégories de pensée existantes ;
- un suivi médical moins assidu qui, conférant moins d'occasions d'échanges avec les praticiens et de transfert de savoir médical, se pérennise lui-même.

Cette dimension éclaire par exemple la faible part, dans les classes populaires, des consultations médicales pour des plaintes fonctionnelles (sans substrat organique identifié à l'issue des investigations médicales), « la propension aux “maladies fonctionnelles” [se manifestant comme] le signe d'une aptitude à surinterpréter les messages du corps (...) que d'autres individus ne perçoivent pas ou auxquelles ils ne prêtent pas attention, bref, d'une aptitude à opérer la transformation de la sensation en symptôme » (190).

Un autre déterminant du plus faible recours aux soins dans les classes populaires serait une forme d'éthique propre à ce groupe social et qui réglerait le degré d'attention qu'il est convenable d'accorder aux sensations corporelles et notamment morbides. Tout se passe comme si, au sein d'un groupe qui tire sa subsistance de la mise en œuvre de sa force physique sur le marché du travail ou de la vente des marchandises directement produites par cette force, les règles de morale qui régentaient implicitement le rapport aux sensations corporelles et ce qu'il est convenable d'en dire à autrui avaient « d'abord une fonction de régulation visant à empêcher ceux que leur condition économique contraint à utiliser intensément leur corps d'établir un rapport réflexif et conscient au corps, parce que l'instauration d'un tel rapport ne pourrait avoir d'autre effet que de diminuer la résistance qu'ils sont en mesure d'opposer à leur corps, donc de réduire en qualité et en quantité le travail qu'il fournit ». La valorisation de la force physique conduit alors les membres de cette classe à consulter seulement lorsque le trouble les empêche de faire un usage social normal de leur corps, Leur plainte prenant alors la forme aspécifique d'une « faiblesse », renvoyant à leur expérience subjective de la maladie.

De plus, pour Boltanski, « tout se passe comme si l'opposition entre le rapport au corps des membres des classes populaires et des membres des classes supérieures reproduisait l'opposition du rapport au corps des hommes et des femmes », les femmes ayant une consommation médicale plus forte du fait d'une plus grande attention à leurs phénomènes morbides, cet écart genré tendant à se réduire à mesure de l'élévation sociale et de la diminution de la participation physique dans l'activité professionnelle. Notons que les classes populaires telles que décrites par Boltanski en 1971 se sont éminemment transformées, aussi ses observations doivent être replacées dans leur

contexte sociohistorique. Boltanski notait d'ailleurs une évolution temporelle marquée par une tendance à l'adoption par les classes ouvrières de valeurs plus proches de celles des classes supérieures.

Boltanski identifie par ailleurs à travers le discours des membres de la classe populaire et celui des membres de la classe supérieure des représentations bien distinctes concernant la nourriture et les aliments « convenables », représentations qui, nous l'avons vu, sont intériorisées « en répulsions ou en désirs, en goûts et en dégoûts ». Dans les classes populaires, les aliments qui donnent de la force sont valorisés. Ce sont les féculents, viandes et matières grasses : aliments « nourrissants », qui « soutiennent », « tiennent au corps », « remplissent », « calent ». A contrario, dans les classes moyennes et à plus forte raison dans les classes supérieures, les sensations associées à la consommation de ces aliments tendent à être perçues de manière péjorative : « lourdeur », « mal au cœur », « assoupissement », « encombrement ». D'ailleurs, parmi les plaintes fonctionnelles, qui sont plus fréquentes dans les classes supérieures, les plaintes digestives arrivent au premier rang. Dans ces classes, l'alimentation qui est plébiscitée serait plutôt le « sain » et « léger » : légumes verts, grillades et crudités.

A travers les représentations de l'image corporelle, le rapport à l'inconfort physique et aux sensations alimentaire internes, Boltanski démontre que les habitudes communes d'usage des corps - la culture somatique - est l'un des paramètres qui constitue le groupe social. Si l'appartenance à un groupe social oriente de manière différentielle les usages du corps, l'inscription de l'individu dans l'espace social conduit également à une certaine forme de domination sur celui-ci.

II. 5. e. De la domination à la libération des corps

- *La domination des corps*

Par plusieurs aspects, la civilisation des comportements corporels mènent à une forme de domination du corps. Le corps s'expose parfois comme marchandise dans l'univers social, comme c'est le cas, pour Détrez (114), dans le sport professionnel, perçu comme « une forme d'exploitation du corps, pris dans des rapports de production d'enjeu économique et de politique ». A travers des us aussi divers que les mères porteuses, le don du sang rémunéré aux Etats-Unis, le trafic d'organes ou encore la prostitution, les enjeux marchands autour du corps sont nombreux et embrassent une large gamme de nuances en termes de connotations morales.

Toutefois, pour Détrez, ce sont les représentations du corps, et non son utilisation comme marchandise, qui y impriment le plus sûrement la domination sociale. Les systèmes de croyance et

de savoirs sur le corps qui diffusent dans une société et y sont considérés comme légitimes sont ceux de la classe bourgeoise, par lesquels elle définit son identité de classe. La traque des odeurs « populaires » dans les villes ou encore les préoccupations hygiénistes au XIX^{ème} siècle en sont des exemples (l'éradication du miasme passe d'ailleurs par celle de l'odeur qui le transporte). La santé publique marie facteurs proprement sanitaires, facteurs économiques (liés aux coûts des soins et à la productivité des citoyens) et facteurs étatiques (nécessitant par exemple une action coordonnée entre pays voisins en cas d'épidémie), aussi le discours médical représente une forme de pouvoir sur le corps, dont la légitimité peut parfois être remise en cause par le corps social. Le pouvoir médical du diagnostic est à la fois celui de déceler la maladie mais aussi de « la décréter en la nommant » (114), déterminant, nous l'avons vu plus haut, les frontières du statut de malade. En cela, Fassin identifie la santé comme un espace éminemment politique (187).

En dehors du domaine médical, l'appartenance au corps social s'imprime dans les corps individuels, d'abord par le tatouage rituel ou par la répression physique des transgressions de la loi, ensuite, à mesure de l'avancée du processus de civilisation, par l'intériorisation de la possibilité par l'État de confisquer, par l'emprisonnement, la liberté de se mouvoir librement. Dans *Surveiller et punir*, Foucault étudie la manière dont sont intériorisées par les individus la contrainte et la norme. L'empreinte corporelle devient empreinte discursive (Détrez évoque l'« intextuation du corps ») (114) à travers l'imposition d'une langue (d'une population à une autre ou d'un pouvoir central à des territoires périphériques), d'un nom (esclavage) voire d'un numéro.

- *La libération des corps*

Le rapport au corps a été considérablement modifié au cours du XX^{ème} siècle, qualifié de « siècle du corps » (191), les contraintes physiques exercées sur lui par les postiches et autres corsets s'étant assouplies en même temps que les discours encadrant rigoureusement ses usages. Détrez (114) énonce plusieurs déterminants de ce changement de regard : passage d'une société de production à une société de consommation et de loisirs, renforcement des valeurs de la génération des *baby boomers* et du féminisme avec le questionnement des représentations liées au genre, préoccupation croissante pour la santé accompagnant le vieillissement de la population et le développement des technologies médicales. De plus, l'individualisation et l'individuation engendrées par le processus de civilisation mènent à l'exaltation de « l'ego » comme « lieu de repli sur soi, sur les limites de son corps comme marque de l'individu » et donc à l'exaltation du corps lui-même : « affranchi des corsets moraux et physiques », il aurait « acquis une souplesse, corrélative à celle des mentalités et des esprits ».

Pourtant, le rejet des tabous et libération du corps ont pour revers sa désacralisation, manifeste à travers la crudité du réalisme artistique, littéraire (Michel Houellebecq, Claire Legendre) ou photographique (Manabu Yamanaka, John Coplans) qui l'exposent. Détérez (114) relève aussi la manière dont « le souci de libération passe aussi par la dénonciation de la ritualisation des corps » par le travestissement artistique, la mise en scène dérisoire de la virilité par Jeff Koons ou encore, dans l'œuvre de Buetti, la scarification de portraits de mannequins par le logo de la marque qu'elles représentent ou pourraient représenter. Le corps peut également être fragmenté (comme dans la peinture de Picasso ou la photographie d'Ann Mandelbaum) voire absent, le « portrait » perdant tout caractère figuratif (Marie-Bonaparte de Constantin Brâncusi).

Finalement, interroge Détérez, citant Bourdieu (114,192), le propre de ces tentatives radicales de désacralisation du corps ne sont-elles pas « de mettre en évidence, en les transgressant, les frontières qui font du corps, ou de telle ou telle de ses parties, un objet sacré ? » De cette persistance de la sacralisation du corps attesteraient la complexité du rapport à la mort ou encore la polémique à l'égard des dimensions les plus techniques de la médecine occidentale. Le corps, à la fois trivial et sacralisé, semble porter à travers les usages libérés de l'époque contemporaine l'héritage des temps où la contrainte qui lui était exercée était plus explicite :

La contradiction n'est qu'apparente et ces usages du corps ne sont que des moments successifs d'une même histoire. Si la première phase est celle du refoulement, du contrôle des gestes et des émotions, de la multiplication des interdits et de la prise de distance avec l'immédiateté corporelle, la seconde phase correspond à une réelle incorporation des contraintes, transformées en automatismes corporels. Les pratiques les plus libérées apparemment des contraintes [comme l'exposition de la nudité] sont en réalité extrêmement codifiées. (...) La libération des corps ne serait qu'une forme exacerbée de souci du corps. (...) Les contraintes, pour être intériorisées, n'en sont que plus rigoureuses et difficiles : le corset disparaît au profit des régimes et de la musculation, la main se dégante mais les ongles doivent être soignés et vernis, les cheveux se libèrent du chapeau mais se colorent, les jambes émergent des robes mais s'épilent (193,194). Ainsi la libération actuelle serait une continuité de l'intériorisation de la discipline telle que la décrivait Michel Foucault : une autocontrainte diffuse dans l'ensemble de la société, et non plus régulée par des institutions précises et définies, l'individu étant perpétuellement sous le regard d'autrui. (114)

Ainsi, le refoulement de l'animalité se manifeste jusque dans le retour au « naturel » et « le corps réel, avec ses rides et ses bourrelets, est déprécié par le même mouvement qui, en même temps, magnifie le corps idéal » (114). Le corps se travaille, s'entretient, pour gagner le droit de continuer à s'exposer au regard. La responsabilisation de soi propre à une société individualiste et

anomie s'applique en premier lieu au corps, fondant la maîtrise de celui-ci comme une valeur reine.

L'imaginaire du corps libéré, paradoxalement, peut être interprété comme une nouvelle forme particulièrement efficace, d'autant plus efficace qu'elle est moins explicite et se masque en son contraire, de la domination sociale, dont nous avons vu qu'elle est constitutive des rapports sociaux au corps. Expression de la domination économique des classes favorisées, et plus spécialement de la petite bourgeoisie nouvelle, elle serait liée « aux transformations du mode de domination qui, substituant la séduction à la répression, les relations publiques à la force publique, la publicité à l'autorité, la manière douce à la manière forte, attend l'intégration symbolique des classes dominées de l'imposition des besoins plus que de l'inculcation des normes » (195). (114)

Nous allons voir comment la pathologie des conduites alimentaires peut être perçue, en association avec des déterminants biologiques et interpersonnels, comme une réponse paradoxale à l'injonction sociétale paradoxale de maîtrise d'un corps « libéré ».

II. 4. Les troubles alimentaires dans l'espace social

II. 4. a. Le devenir anorexique

En attestent les travaux de Becker et de Goffman, le caractère pathologique d'un comportement n'exclut pas de porter sur lui un regard sociologique (119,196) cités par (197) C'est effectivement dans une approche sociologique que Muriel Darmon (198) interroge les troubles des conduites alimentaires, sur la base d'entretiens ethnographiques et d'observations réalisés dans deux services d'un hôpital et d'une clinique soins-études.

Darmon distingue schématiquement quatre étapes au parcours d'une personne développant un trouble anorexique (1. le développement des conduites anorexiques, 2. leur radicalisation, 3. l'hostilité de la famille, 4. l'entrée dans les soins), la présentation d'un déroulement linéaire ne devant pas faire éluder la fréquence des rechutes et le potentiel léthal. Pour Darmon, les TCA sont des conduites socialement orientées, en ce qu'elles sont « tournées vers l'excellence », « des pratiques des classes supérieures », l'éviction des nourritures considérées comme lourdes, l'activité physique et l'investissement intellectuel visant à marquer « une trajectoire ascendante dans l'espace social des goûts et des pratiques (corporelles et culturelles) » (199).

Pour Darmon, à la première étape du trouble, une des particularités du parcours de l'anorexique est donc de débiter par « des pratiques conformistes et socialement valorisées » avant

la radicalisation (deuxième étape) de l'ensemble de ces pratiques, les patientes décrivant laconiquement qu'elles ont « continué », ce qui renvoie à l'évitement de la pensée que nous avons décrit précédemment. Darmon établit une comparaison entre l'apprentissage de la détestation du goût des aliments caloriques et « l'apprentissage du goût pour les effets » dans le cadre des consommations de substances toxiques, à la différence que dans ce second cas, les consommateurs sont orientés par un groupe de pairs initiateurs (« groupe déviant »), alors dans l'anorexie, « à partir du moment où commence la radicalisation des pratiques, les accompagnateurs ne sont plus utiles » (199). A ce sujet, notons qu'autrui existe bel et bien, non dans l'accompagnement mais dans un rapport de rivalité, dont nous reverrons les enjeux. Darmon met effectivement en évidence un « ethos anorexique » foncièrement élitiste et agonistique, c'est à dire tourné vers la compétition. En réalité, nous faisons l'hypothèse que le « groupe de référence » n'est pas identifiable précisément parce qu'il est extrêmement diffus et souvent virtuel. Pour René Girard, il s'agirait de la société dans son ensemble.

Dans la troisième étape, l'entourage devient hostile aux pratiques anorexiques, les conduisant à un « travail de discrétion » puis à un « travail de leurre » (199). La quatrième étape serait celle de l'entrée dans les soins, d'un apprentissage de la « remise de soi » c'est à dire d'un abandon du contrôle, et de la rémission éventuelle.

Finalement, l'étude des TCA par Muriel Darmon rappelle, sans établir une corrélation binaire entre anorexie et position sociale, « leur inscription dans un espace socialement orienté » (197), dans une approche conciliant déterminisme social et interactionnisme (place des relations sociales individuelles).

II. 4. b. Désir mimétique et anorexie

Dans une perspective historique, René Girard (200) étudie les troubles alimentaires dans leurs rapports au désir. Pour lui, tout désir est mimétique, c'est à dire qu'il se construit dans la rivalité. Il désigne par « désir mimétique » un rapport de rivalité entre deux personnes qui s'identifient l'une à l'autre. « Plus une personne se met à la place de l'autre, plus elle l'imité, plus elle a de chance d'entrer en compétition avec l'autre, surtout si l'imitation s'étend au domaine du désir » et à une communauté de désir, explique Anspach dans son introduction à l'ouvrage de Girard (201). La théorie mimétique de Girard semble être confortée par les découvertes neuroscientifiques récentes concernant les neurones miroirs (142), qui montrent un lien neurophysiologique étroit entre observation (des actions de ses pairs) et action dans l'espèce humaine et, d'après les travaux de Melzoff, la capacité, chez les enfants dès dix-huit mois, de terminer une action qu'ils ont vu l'adulte

entreprendre sans « réussir » à l'achever, attestant d'une capacité à inférer à partager les intentions de l'adulte, c'est à dire le désir (202).

Si, au départ, les rivalités mimétiques se fondent dans le désir d'un objet commun (par exemple deux personnes qui en convoitent toutes deux une troisième), la compétition tend à se détacher de l'objet du désir et à se poursuivre pour elle-même. La rivalité mimétique a par ailleurs une propension à la surenchère, comme cela est observable dans les conflits géopolitiques ou les mouvements de foule, et « s'intensifie à mesure que le nombre d'imitateurs augmente ». Girard établit par ailleurs un lien entre l'intensification du désir mimétique et le courant libertaire, énonçant que « le modernisme et le post-modernisme sont démunis par rapport à l'intensification de la rivalité mimétique qui accompagne nécessairement la dissolution de tous les interdits », ceux liés à la structure de la famille et de la religion.

Pour Girard, deux rivalités mimétiques ayant largement cours dans la société contemporaine sont également à l'œuvre dans les troubles alimentaires. D'abord, le désir mimétique de minceur prend des proportions de plus en plus manifestes dans la société (aussi, entre 1930 et 1990, le nombre de personnages féminins maigres augmente même dans les dessins animés (203)) et, parallèlement, une part croissante de la population est en surpoids, en lien avec la modification des modes de vie. Girard va jusqu'à faire de la minceur « le dernier idéal de notre société ».

Le second objet de rivalité mimétique identifié par Girard à l'échelle sociétale est le statut de victime qui, à une époque où le statut de l'individu ne permet pas l'adoption de la violence unanime dans le sacrifice des boucs-émissaires, offrirait suffisamment de bénéfices pour être convoité. Ainsi, Girard postule l'existence dans notre société d'une surenchère victimaire dans laquelle « qui perd gagne » et inscrit la recherche féminine de la maigreur dans cette dimension sacrificielle. Girard établit un parallèle avec le rituel amérindien du *potlach* tel qu'il était pratiqué par les Kwakiutl et autres tribus du Nord-Ouest. Il consiste en un étalage de la richesse dans sa forme invertie, c'est à dire le don des possessions du grand chef d'une tribu à celui d'une autre tribu et la surenchère entre don et contre-don jusqu'au point culminant du processus, la destruction des biens collectés. Cette « compétition du mépris de la richesse » dont l'enjeu était le prestige, nuisait à la population en l'appauvrissant et conduisit les états à légiférer contre cette pratique. « Ainsi, il existe des rivalités de renoncement plutôt que d'acquisition, de privation plutôt que de jouissance », dont Girard pointe les risques, arguant qu'il est « toujours dangereux pour une communauté de préférer des formes négatives de prestige aux formes positives qui ne contredisent pas encore les besoins réels des êtres humains ». Cette pratique retrouvait un avatar, non pas dirigé vers la gloire du groupe mais vers celle de l'individu contre les autres individus, dans le rapport à la richesse

matérielle dans le monde moderne. Pour Girard, l'étalage de la richesse ne peut être l'apanage des riches que dans une société où la richesse matérielle est rare. Ce que l'on se dispute doit être précieux, aussi la compétition se déplace-t-elle vers la recherche de plaisirs plus ésotériques et « la non-consommation ostentatoire qui paraît, en surface, rompre avec l'attitude qu'elle supplante (...) n'est, au fond, qu'une surenchère mimétique du même processus ». Loin d'exprimer une culpabilité d'un pouvoir d'achat supérieur, elle constituerait un « rejet ostentatoire de l'ostentation ».

Girard établit un lien entre cette dimension de la compétition pour le prestige social et celle à l'œuvre dans la recherche pathologique de la maigreur. De plus, pour lui, le rejet du matérialisme s'accompagne du rejet radical et révolutionnaire des héritages culturels passés. Il prend plusieurs exemples dans le champ artistique, de l'abandon de la représentation réaliste de l'ombre et de la lumière en peinture au rejet de la rime en poésie et de l'intrigue en littérature. Il pointe « l'escalade d'un jeu compétitif qui consiste à abandonner un par un tous les principes et toutes les pratiques traditionnels de chaque art » dans le but, voué à l'échec, d'échapper à l'imitation. En réalité, formule Girard, « plus ils veulent échapper à l'imitation, moins ils parviennent à le faire. »

Girard explique la vulnérabilité des patientes souffrant de troubles alimentaires à la dimension sacrificielle observée à l'échelle sociétale dans la « compétition du renoncement », dans laquelle elles s'engouffrent, par le fait qu'elles aient observé une dynamique similaire au sein du couple parental. Il cite Mara Selvini Palazzoli, qui observe, dans les familles qu'elle rencontre dans le cadre de thérapies familiales, une dynamique particulière du couple parental caractérisé par une rivalité pour occuper le rôle de victime, « chaque parent se présentant comme celui qui se sacrifie généreusement pour la famille » (201). Pour elle, la tension rivale dans le couple parental se solde par une escalade symétrique sacrificielle et « ce jeu paradoxal met la patiente dans une position inconfortable face aux parents. En effet, chacun des deux veut capter la sympathie de sa fille, mais si celle-ci s'approche trop de l'un ou de l'autre, elle se voit repoussée aussitôt, car le fait même de gagner sa sympathie minerait le statut de victime auquel le patient est attaché. » (204), le refus alimentaire pouvant alors être interprété comme une réponse adaptative « dans un système familial où toute tentative de communication risque d'être rejetée » (201).

Abandon des interdits, des valeurs matérialistes, de la tradition artistique : Girard déploie sa réflexion autour de la quête d'une « liberté radicale » qui serait homologue à la liberté de la boulimique de manger sans limite, « sa liberté radicale la [rendant] esclave de l'opinion des autres » sur son corps. Dans ce contexte historique, il met en lien la quête de minceur non avec un glissement des valeurs associées à la minceur et à la corpulence (quoique l'une ait remplacé l'autre

comme marque d'opulence) mais avec un renversement de la hiérarchie de l'une ou l'autre des morphologies dans leur adéquation à l'univers social : si César se méfie de la maigreur de Cassius, dans laquelle il décèle « l'envie et le ressentiment », « ce sont moins nos sentiments profonds qui ont changé que la culture dans laquelle nous vivons. Celle-ci est devenue une culture de la méfiance (...) [et] nous estimons les maigres mieux adaptés à l'affronter que les corpulents ».

II. 4. c. L'anorexie dans une approche rivalitaire : facteurs socioculturels et conversations externalisantes

- *Facteurs socioculturels et désir mimétique*

A la suite de René Girard, le psychiatre Julien Betbèze fait le lien entre la rivalité mimétique portant sur la quête de minceur à l'échelle de la société et l'existence des troubles alimentaires. Il complète l'approche girardienne par une réflexion sur les implications thérapeutiques de la prise en compte des facteurs sociétaux, faisant de la critique des facteurs socioculturels favorisant le trouble un levier thérapeutique. Il répertorie six de ces facteurs (202) :

- la nourriture en abondance et offerte à profusion ;
- la mode de la maigreur ;
- le bien-être des enfants comme impératif central dans la famille ;
- la dépendance envers leurs parents, et donc la responsabilité de ces parents très étendue par rapport au cycle vital ;
- un imaginaire social basé sur l'autocontrôle ;
- une dynamique de compétitivité reliant les facteurs précédents, dans une idéologie centrée sur l'autonomie qui amène progressivement la compétition à se transformer en concurrence victime.

Pour Betbèze, la dimension d'autocontrôle, omniprésente dans les troubles alimentaires (sur le corps, les affects, les pensées, les relations), « est d'autant plus importante que notre culture contemporaine est centrée sur l'autonomie, comme l'a montré le sociologue Alain Ehrenberg (205)» (202). La quête d'autonomie contemporaine succède à une période dans laquelle, précisément, les femmes ne pouvaient pas prétendre à y accéder, les formes de l'expression psychopathologique étant alors corrélées au conflit interne entre normativité sociale et désir d'indépendance. Tout se passe comme si, à l'ère de la compétitivité dans les domaines du marché et de l'emploi, et ce dernier s'étant ouvert aux femmes, l'autonomie récemment acquise ne pouvait être conservée qu'au

prix d'une participation redoublée à la logique compétitive, au risque de l'escalade rivalitaire qui, appliquée au domaine de la minceur, conduit à désirer être indéfiniment « plus mince que l'autre » : « c'est cette rivalité mimétique qui explique aussi qu'un certain nombre de jeunes filles ou de jeunes femmes aiment préparer à manger pour les autres, même si elles ne mangent pas, car cela leur assure une longueur d'avance dans la course à la minceur » (202).

L'imitation des modèles culturels fournis par les médias télévisuels (et, plus récemment, les réseaux sociaux), semble avoir un rôle important, comme l'a montré une étude portant sur l'incidence des troubles du comportement alimentaire avant et après l'arrivée de la télévision sur les îles Fidji, laquelle avait subi une augmentation drastique (206). Plus récemment, la littérature internationale a nourri une réflexion sur la fréquentation de communautés en ligne par les personnes souffrant de troubles alimentaires.

- *Troubles alimentaires et réseaux sociaux*

L'accès généralisé à internet a révolutionné le rapport à l'information et à la documentation et les thématiques de santé n'y font pas exception. Toutefois, la qualité de cette information est très hétérogène et la diffusion d'informations erronées, voire l'incitation à des comportements dangereux, peut représenter un risque en termes de santé publique.

Dans les années 2000 ont prospéré les blogs « pro-ana » (pro-anorexia) ou « pro-mia » (pro-bulimia), réalisés par et pour les personnes anorexiques et boulimiques. Ces blogs sont en général tenus par des femmes, fréquemment adolescentes (207), rapportant dans près de la moitié des cas un diagnostic de dépression et dans la même proportion un antécédent de tentative de suicide. Elles rapportent fréquemment ne pas être en soins et affirment des objectifs de perte pondérale importants. Toutefois, leurs termes semblaient indiquer une recherche de soins médicaux (208).

Les blogs « pro-ana » diffusent majoritairement un discours ayant trait à la revendication de ces troubles comme un style de vie. Ces blogs ont fait l'objet de publications dans la littérature internationale publiée depuis 2006 et révèlent le contenu de ces blogs : textes autobiographiques de dévoilement de soi ; galeries de photos et de citations visant promouvant l'entretien des conduites anorexiques (« thinspiration ») ; vente d'accessoires « pro-ana » visant à promouvoir un sentiment de fierté et de communauté ; « trucs et astuces » pour perdre du poids : régimes, informations sur les quantités de calories dépensées en fonction de l'activité physique, techniques de jeûne et de purge et techniques issues de médecines alternatives. Les métaphores religieuses sont nombreuses dans les textes recensés sur les sites, promouvant la maîtrise, le jeûne et la haine de soi (207). Enfin, le poids des patientes apparaît couramment en signature des messages (208), promouvant l'identification à l'image du corps maigre.

Seule la moitié de ces sites intégraient un avertissement sur leur contenu (interdiction aux personnes mineures et explications sur le soutien du site au mouvement « pro-ana ») et les contenus de ces sites enfreignaient tous les clauses d'utilisation des plateformes par lesquelles ces sites étaient hébergées, qui stipulaient l'interdiction de référer à des conduites de purge. Cela posait la question de la régulation par les hébergeurs des contenus publiés (207). De plus, une campagne incitant les hébergeurs à la vigilance avait obtenu des résultats faibles (209).

Une étude de 2016 (208) relevait qu'un tiers des patientes présentant un TCA avait déjà fréquenté ces sites. Les risques de déclenchement ou de renforcement des conduites alimentaires pathologiques liées à l'utilisation de ces blogs n'avaient pas été objectivé dans la littérature à notre connaissance, toutefois, la prise en compte de la composante mimétique des troubles alimentaires précédemment évoquée et le phénomène d'entraînement communautaire connu en addictologie concernant les consommations de substances permettent de formuler l'hypothèse d'un effet potentialisant ou précipitant de la fréquentation de ces sites, et ce en dépit du soulagement temporaire du sentiment d'isolement et d'hostilité à leur égard rapporté par les personnes atteintes de TCA les fréquentant (210). Il semble utile de mener des travaux complémentaires sur le sujet.

- *Thérapies narratives*

Pour Betbèze, la prise de conscience de la participation des déterminismes sociaux, loin d'avoir une portée purement sociologique, peut donner lieu à un travail d'élaboration permettant au sujet une distanciation vis-à-vis du trouble. La pratique des thérapies narratives développée par Michael White, par l'intermédiaire de conversations externalisantes, permet « de déconstruire les dispositifs de subjectivation du pouvoir moderne en créant un écart entre l'identité du sujet et son problème, et de favoriser les processus de collaboration » (202), ceux-ci faisant défaut au profit des processus rivalitaires. Il s'agit de conversations entre le thérapeute et le patient dans lesquelles ce dernier nomme son problème, ses conséquences sur sa vie relationnelle et est conduit par le thérapeute à justifier l'évaluation négative ou positive de chacune de ces conséquences (l'isolement par rapport aux autres émerge fréquemment), ce qui fait émerger le système de valeurs de l'individu (qui concernent la relation à soi et à l'autre) dans un processus de resubjectivation, valeurs « qui s'expriment déjà dans les moments où le patient peut résister à certains effets de l'anorexie ». Les questionnements à visée externalisante peuvent être : « De quelle manière l'anorexie a affecté vos relations en vous faisant croire que vous n'avez pas de valeur ? », « quels conseils donneriez-vous à une personne qui se trouverait actuellement recrutée par l'anorexie ? » ou encore « y a-t-il dans

notre société certaines croyances qui pourraient être considérées comme soutenant l'anorexie ? ». Ces formulations promeuvent un style interactionnel collaboratif entre patiente et thérapeute et entre la patiente et elle-même, en décalage par rapport au fonctionnement rivalitaire. Cette relation de collaboration de la patiente avec elle-même en direction de ses valeurs s'inscrit dans le corps, qui cesse d'être un ennemi à maîtriser. Pour Betbèze (202), il s'agit de déconstruire les rapports de force et de révéler les effets du contrôle dans la vie du sujet pour le façonnement d'une identité qui réintègre les « éléments vivants », ressources relationnelles et personnelles du sujet.

II. 4. d. Conclusion à la seconde partie : symbolique sociale du corps et troubles alimentaires

Nous avons étudié à travers plusieurs approches (sociologique, philosophique et au travers du concept d'empathie) l'intrication réciproque du rapport au corps et de la relation à l'autre : les usages et représentations du corps s'inscrivent dans la relation à l'autre (elles s'ancrent dans les relations interpersonnelles précoces et prennent sens dans le groupe social élargi) et contribuent à fonder ce groupe social. En retour, le corps nous donne accès au sensible (il est ce qui nous « donne » un monde (112)) et à la compréhension empathique d'autrui.

Au regard des troubles alimentaires, notre exposé conduit à une double observation : d'une part, l'ensemble des conduites corporelles font référence à une symbolique sociale propre au groupe de référence du sujet, d'autre part, c'est dans la culture – cette trame de comportements signifiants pour l'individu dans le rapport au groupe social – que le sujet trouve les « modèles d'inconduite » (71) qui contribueront à déterminer les modalités d'expression de la souffrance individuelle. L'association de ces deux observations semble rejoindre l'hypothèse de Muriel Darmon qui qualifie les troubles alimentaires comme une pathologie socialement située, réalisant une tentative, dans le champ de la psychopathologie, de « trajectoire ascendante dans l'espace social ». Plusieurs niveaux d'analyse peuvent être distingués dans le rapport des TCA à leur contexte socioculturel d'émergence.

- *L'avènement du corps comme surface d'expression sociale à l'adolescence*

Nous l'avons vu, le corps de l'adolescent incarne un espace de transitionnalité, représentant de son héritage génétique mais aussi, par l'usage qui est en est fait (« le style »), surface d'ancrage de l'appartenance au groupe de pairs. S'il est précisément le lieu des transformations/pubertaires qui le précipitent hors de l'enfance, il est aussi un espace de continuité avec celle-ci. C'est cette importance du corps comme surface d'expression à l'adolescence qui en fait le lieu de nombreux

symptômes psychopathologiques dans les registres psychosomatique, des conduites à risque et de l'autoagressivité. Les troubles alimentaires, qui débutent le plus souvent à l'adolescence et prédominent largement dans la population féminine, s'intègrent dans ce champ avec une dimension particulière : celle d'inscrire dans le corps la difficulté à intégrer une identité sexuée. Nous avons vu, en effet, que parmi les stressors biologiques susceptibles de moduler la temporalité des transformations pubertaires, la restriction alimentaire en est un particulièrement influent.

C'est que l'adolescence, d'une part, est le moment de l'avènement de rapports plus horizontaux, au sein du groupe de pairs, que ne l'étaient les rapports bien hiérarchisés par l'organisation familiale. Ces rapports sociaux d'un nouveau type impliquent des enjeux hiérarchiques au sein des groupes et entre les groupes, l'identité sexuée et le rapport à la désirabilité sociale et sexuelle étant convoqués dans l'instauration de cette hiérarchie. D'autre part, la question de l'orientation scolaire et professionnelle tend, de la fin du collège au lycée, à devenir une problématique de l'adolescent en propre, liant le souci de performance scolaire aux enjeux de la réussite sociale et non plus seulement à la satisfaction parentale et à ses bénéfiques, quoique les deux dimensions s'inscrivent plus ou moins en continuité.

C'est donc dans l'articulation entre plusieurs dimensions de la construction identitaire, qui finalement ont toutes trait au conformisme et à la désirabilité sociale, que s'inscrit un trouble qui semble rejeter la transformation du corps tout en embrassant les impératifs sociaux de l'âge adulte.

- *La distinction sociale et la féminité*

Les transformations du corps social induisent, par un jeu d'analogie, des représentations du corps mouvantes. Aussi l'essor d'une représentation mécaniste du corps humain, perçu, à la faveur du développement des machines industrielles, comme un « corps de force » consommateur de carburant-calories alimentaires, dépensées dans l'activité physique, n'est pas étranger à la constitution d'un idéal de la féminité bourgeoise dégagé de l'impératif du travail physique, celui-ci étant considéré comme impropre et dégradant pour une femme du monde, ainsi, par extension, que l'alimentation « solide » et « tenant au corps » plébiscitée par les classes laborieuses. La femme aisée du XIX^{ème} siècle, nous l'avons vu, ne doit idéalement pas être vue en train de manger en société. L'anorexie mentale, qui peut être conçue comme une identification adhésive à l'injonction sociétale de la réussite socioéconomique et une adoption sans réserve de ses marqueurs, au premier rang desquels la minceur et la maîtrise du corps, semble pousser à son paroxysme ce rejet alimentaire.

- *Le rapport à la sensation*

Avec l'élévation sociale et l'accession à une dimension plus intellectuelle que physique du travail, nous l'avons vu, le rapport à la sensation se complexifie, devient plus intime et mieux différencié à l'occasion de l'acquisition des catégories du langage qui s'y rapportent (190). Dans l'anorexie mentale, le rapport à la sensation peut être déroulé selon deux dimensions en apparence contradictoires. D'une part, les plaintes fonctionnelles sont fréquentes, aussi le premier signe d'une restriction alimentaire alarmant l'entourage et les correspondants médicaux est assez souvent une plainte digestive douloureuse ou fonctionnelle (ralentissement du transit), et ce type de plaintes est récurrent chez des patientes hospitalisées par ailleurs anosognosiques. D'autre part, les sensations corporelles de faim, de froid et de douleur liée à l'hyperactivité physique sont déniées massivement, avec un retentissement somatique parfois considérable dans le sens d'une dénutrition, d'un épuisement physique ou des séquelles d'une activité physique excessive. Nous faisons l'hypothèse que c'est justement parce que les catégories qui permettent de penser le sensible ont bel et bien été acquises à un certain degré de sophistication que leur négation représente pour les patientes anorexiques une atteinte du corps efficace qui prend valeur de symptôme, là où, par exemple, des patients pour qui une déficience intellectuelle n'a pas permis de la même manière l'acquisition des représentations du « corps que j'habite » expriment l'angoisse par des atteintes du corps plus externes : scarifications, contusions voire immolation... Il s'agit, pour les patientes anorexiques, en niant la sensation, d'attaquer l'intériorité à la « faveur » de la surface, de la silhouette et de l'image.

Par ailleurs, nous avons vu que le rapport aux sensations externes (sensorialité) comme externes (douleur, sensations digestives) font toujours l'objet d'un apprentissage, parfois d'une répression (de l'attrait pour les odeurs fortes ou de l'agressivité à mesure du processus de civilisation). Cela permet, dans une perspective phénoménologique et thérapeutique, de prendre en compte, chez les patientes présentant un trouble anorexique constitué, l'existence d'une authentique déformation de la perception des sensations gustatives, par un apprentissage tardif de la détestation du goût des aliments gras, sucrés, caloriques (apprentissage « du goût pour les effets » (199)).

Finalement, le corps dans les troubles alimentaires est à l'inverse de celui de l'enfant sauvage, corps assujéti à la culture, au social normé. En effet, si les catégories du sensible sont bien intégrées par les patientes souffrant de troubles alimentaires, l'est également l'injonction sociale à « posséder » un corps réifié, maîtrisé et omnipotent, qui persiste à la levée du système rigide encadrant les usages du corps féminin, non plus « au nom de la vérité ou de la vertu, mais au nom du pouvoir et de la liberté » (115), sous la forme d'un discours ambiant (celui, en outre, des publicités et de la télévision) et surtout sous la forme intériorisée d'un système de valeurs normatif.

- *La prépondérance du regard et l'image du corps maîtrisé*

Les troubles alimentaires, dans la diversité de leur expression symptomatique, expriment une perturbation profonde du « sentiment d'être », c'est à dire de l'identité somatopsychique et sociale. Ils sont en lien avec l'intériorisation et la radicalisation de la maîtrise du corps comme valeur liée à la réussite sociale. L'intégralité, peut-être, des conduites alimentaires pathologiques ont trait à cet effort d'absolue maîtrise du sujet sur le corps pris pour objet, des rituels alimentaires rigides, stratégies de contrôle du poids et pensées envahissantes autour du contrôle de l'alimentation (la sienne et celle d'autrui) et de l'apparence physique – contrôle dont viennent attester les épisodes de relâchement compulsif et débordant que sont les crises de boulimie – à la négation de la souffrance physique induite par l'activité physique excessive et à la valorisation obsessionnelle de l'activité intellectuelle imposant le silence des besoins du corps.

Cette tentative de maîtrise s'inscrit dans un rapport de rivalité vis-à-vis d'autrui, et en particulier de rivalité mimétique, c'est à dire qui implique l'identification à l'autre. Cette logique compétitive est particulièrement susceptible d'être médiée par le regard, à travers les médias publicitaire, télévisuel et la presse. L'avènement du numérique ajoute une dimension supplémentaire par la possibilité pour le sujet d'élire une communauté en ligne comme « groupe de référence » dans l'escalade des objectifs pondéraux et des conduites pathologiques en résultant.

A l'ère de la libération des corps (114), l'injonction paradoxale à se sentir libre dans son corps renvoie en réalité à un refus de sa finitude et à une incitation à prendre et garder le pouvoir sur son corps, alors perçu comme image de soi plus que comme corps-sujet (128). Ceci implique une mise à distance du corps, pris comme objet à maîtriser par la volonté dans une perspective dualiste, ce rapport d'extériorité contrastant avec une identification extrême à l'image du corps. La volonté de prendre l'ascendant sur son corps renvoie à la hiérarchisation inhérente au dualisme qui place l'âme, l'esprit, la volonté, le pur, au-dessus de l'abject, du périssable, du corps, objet de mépris dans le discours d'ascèse des philosophes dualistes (116,118) ou celui des ascètes mystiques comme Catherine de Sienne, comparant son corps à « un tas de fumier » (211).

Les normes portant sur le corps faisant moins l'objet d'un contrôle social explicite qu'au cours des siècles passés, c'est la *possibilité du regard* de l'autre (157) qui renvoie l'individu à la norme intériorisée. Or, les moyens politiques et technologiques de cette possibilité du regard de l'autre sur soi, visuel et symbolique, vont dans le sens d'un accroissement (caméras de surveillance urbaines dans les lieux de passage et d'attente, et leurs homologues ruraux, les panneaux « voisins vigilants » figurant par un œil grand ouvert à l'entrée des villages la vigilance du voisinage à l'égard du vol et des incivilités, webcams, mais aussi *online tracking* et géolocalisation) et l'on peut faire l'hypothèse que, dans ce contexte sociétal, les « pathologies du regard de l'autre sur soi »

parmi lesquelles une large part des troubles anxieux, et à plus forte raison les troubles des conduites alimentaires, persistent à poser une problématique majeure de santé publique.

Nous avons vu qu'à l'échelle de la personnalité humaine, le faux self émerge à la faveur des insuffisances du self. De la même manière, la place que prend l'image de soi dans un contexte socioculturel donné peut être conçue en lien avec le statut du sujet, dans un rapport de corrélation inverse avec le degré de profondeur avec lequel le sujet se perçoit et est perçu, dans la complexité – voire la légitimité – de ses éprouvés corporels et affectifs pris dans la relation à l'autre.

- *Enjeux thérapeutiques*

Nous avons évoqué la proposition par Julien Betbèze de conversations externalisantes prenant en compte les facteurs sociétaux d'émergence du trouble et visant à réhabiliter le système de valeurs personnelles du sujet. Le renforcement du sentiment d'affiliation aux valeurs personnelles (qui ont trait à l'éprouvé et à la relation à l'autre) par rapport à celles du groupe participe à la construction identitaire sur d'autres références que la silhouette corporelle.

On peut ainsi envisager l'intérêt, en consultation, d'interroger dans une analyse discursive le système de croyances et de valeurs du sujet sur les thématiques de la réussite sociale, du rapport à l'autre (notamment concernant le conflit dépendance/autonomie) mais aussi de l'idéal du corps, de la sexualité et de l'ensemble des discours ambiants autour du corps, dans la famille et auprès des pairs (ce qui est permis ou non le concernant). On peut également observer le recours aux gestes associé au langage verbal, l'accueil ou la répression de l'expression émotionnelle, voire, dans une perspective herméneutique, identifier dans le langage courant du sujet les modalités sensorielles auxquelles il fait préférentiellement référence afin de les questionner ou d'orienter les propositions thérapeutiques (à travers des médiations) en fonction de celles-ci.

De plus, la prise en considération des enjeux rivalitaires à l'œuvre dans la pathologie invite à favoriser les pratiques thérapeutiques visant à la réappropriation par la patiente d'une position de sujet dans un lien à l'autre considéré comme un rapport de coopération (puisque, pour Julien Betbèze, là où il y a coopération il n'y a pas de rivalité et réciproquement). En pratique, on peut distinguer deux enjeux : d'une part, l'instauration d'un rapport de coopération dans le lien soignant-soigné comme un objectif de soin en soi, conformément aux recommandations (26) et d'autre part la proposition d'activités thérapeutiques groupales susceptibles d'être le lieu d'expériences de coopération entre soignés.

Par ailleurs, les médiations psychocorporelles dans le soin des troubles alimentaires (psychomotricité, danse, musicothérapie, thérapie basée sur la méditation de pleine conscience, hypnose) semblent offrir des perspectives intéressantes dans leur capacité à faire vivre au sujet l'expérience de son vécu sensoriel et corporel, réduisant la distance entre le corps-vécu et le corps-objet de maîtrise. En outre, la prise en compte de l'existence d'authentiques déformations des perceptions gustatives, fruit d'un apprentissage, peut conduire à intégrer dans la prise en charge globale un réapprentissage du goût, par exemple par l'intermédiaire d'ateliers de diététique.

Ces considérations nous conduisent à porter un intérêt aux travaux de la littérature internationale en neurosciences cognitives sur le rapport au corps (perception de l'image corporelle, conscience intéroceptive, dissociation corporelle) des patientes souffrant de troubles alimentaires, avant de présenter les résultats d'une évaluation psychométrique de certaines de ces dimensions et leur analyse au regard des caractéristiques du trouble.

Troisième partie :

Evaluation psychométrique du degré de conscience et de dissociation corporelle dans l'anorexie mentale féminine

III. Evaluation psychométrique du degré de conscience et de dissociation corporelle dans l'anorexie mentale féminine

III. 1. Neurosciences cognitives du rapport au corps et à la spatialité dans les troubles du comportement alimentaire

III. 1. a. L'expérience interne du corps dans les troubles alimentaires

Pour clarifier les termes du rapport au corps auxquels notre exposé fait référence, un lexique est disponible en annexe (**Annexe 13**).

Dans une revue narrative récente de la littérature, Bertin et al. (212) étudient les troubles du rapport au corps dans l'obésité. Ils distinguent trois types de perturbations :

- les distorsions de la perception de la silhouette ;
- l'altération des signaux alimentaires internes (sensations de faim et de rassasiement) ;
- la dysperception des sensations corporelles intéroceptives.

Ces auteurs rappellent la dimension multimodale du rapport au corps, qui résulte de trois types de sensibilité : la *sensibilité extéroceptive* (sensorialité), la *sensibilité intéroceptive* (sensations corporelles internes rattachées au fonctionnement du système nerveux autonome comme le rythme cardiaque ou les sensations digestives) et la *sensibilité proprioceptive* (liée à la perception du corps dans l'espace) (213). De ces trois types de sensibilité résulterait « une image inconsciente du corps qui est à l'image des émotions issues de ces différentes sensibilités au long de la vie » (214,212), impliquée dans la différenciation des frontières entre le soi et le non-soi, c'est à dire entre l'intérieur du corps et les perceptions issues du monde externe.

Dans la population de femmes atteintes d'obésité, une corrélation significative était identifiée entre l'existence d'un trouble de l'image corporelle et la présence d'une hyperphagie boulimique. (215)

Dans les troubles alimentaires, l'envahissement par les préoccupations corporelles et pondérales (silhouette, corpulence, fermeté de la chair, sentiment d'être grosse) et les stratégies d'éviction du regard d'autrui sur soi qui en résultent sont l'un des symptômes cardinaux et un

marqueur de sévérité du trouble. Dans la littérature, l'étude de Brockmeyer (216) mettait en évidence une forte association, statistiquement significative, entre l'intensité du biais d'interprétation négative associé à l'image corporelle (tendance à l'interprétation négative de propos ambigus au sujet de son propre corps) mesuré au SST (Scrambled Sentences Task) et la sévérité de l'anorexie mentale. Cette association persistait après ajustement sur le degré de symptômes dépressifs. Le biais d'interprétation négatif associé à l'image corporelle était également plus intense entre la population de patientes anorexiques que dans la population contrôle.

- *L'altération de la conscience intéroceptive*

En appui sur la littérature, nous pouvons faire l'hypothèse que ces perturbations de l'image du corps (comme la perception des limites corporelles (217)) sont déterminées par les mêmes composantes que l'image du corps elle-même, et notamment la conscience intéroceptive (ou ancrage corporel), soit la capacité à évaluer l'activité physiologique de son propre corps. La conscience intéroceptive est usuellement caractérisée par trois dimensions : la précision intéroceptive (évaluée par la précision de la détection du rythme cardiaque), la sensibilité intéroceptive (auto-évaluation de l'intéroceptivité par des auto-questionnaires) et la conscience intéroceptive (soit la « conscience métacognitive de la précision intéroceptive, ex : concordance entre confiance et précision ») (212). Elle permet l'orientation des comportements humains vers la poursuite d'états physiologiques recherchés (218). La dimension affective du processus intéroceptif est donc impliqué dans le processus de décision (219) et de régulation émotionnelle (220). L'amélioration des facultés intéroceptives était envisagée comme le mécanisme potentiel sous-tendant l'efficacité des thérapies psychocorporelles et basés sur la pleine conscience utilisées dans le champ de plusieurs pathologies (douleur chronique, trouble dépressif, addictions).

Le degré de sensibilité et de précision intéroceptive diffère en fonction des caractéristiques sociodémographiques de l'individu : les femmes tendent à remarquer plus souvent leurs sensations corporelles et à appréhender plus facilement la relation entre leurs sensations corporelles et états émotionnels (sensibilité intéroceptive accrue) mais décrivent également plus fréquemment des sensations corporelles désagréables, alors que les hommes obtiennent de meilleurs scores de précision intéroceptive (détection du rythme cardiaque) (221). De plus, Nandrino (222) mettait en évidence un degré de conscience émotionnelle dans la population féminine, jeune et avec un niveau d'éducation supérieure, amenant à considérer le lien entre la conscience intéroceptive et le contexte culturel (en accord avec l'hypothèse de Boltanski en sociologie (190)).

Dans la littérature, l'altération de la conscience intéroceptive, soit la tendance à percevoir plus faiblement les signaux internes du corps, serait fréquemment associée au développement de troubles du comportement alimentaire (223) alors qu'un niveau de perception élevé serait un facteur protecteur (224) vis-à-vis de ces troubles. De plus, l'étude hongro-norvégienne d'Emanuelson (225) mettait récemment en évidence une corrélation inverse entre le degré d'insatisfaction corporelle et la sensibilité intéroceptive mesurée en population générale.

De nombreux auteurs mentionnent l'implication dans la modulation de la sensibilité intéroceptive et dans la régulation émotionnelle d'une aire cérébrale commune, l'insula. L'altération de la conscience intéroceptive comme des processus de régulation émotionnelle semblent tous deux impliqués (au titre de facteurs favorisant ou précipitant) dans l'émergence des troubles alimentaires (41,212,226–230). Une corrélation a été mise en évidence entre un degré élevé de conscience intéroceptive, une meilleure perception des signaux d'activation et de désactivation émotionnelle (231) et de meilleures capacités de régulation émotionnelle (218,229). A contrario, une faible capacité de discrimination des signaux internes apparaît corrélée, d'une part à l'existence d'une composante alexithymique, c'est à dire à une altération de la conscience émotionnelle (232) et d'autre part un degré d'anxiété supérieur (233). La tolérance par un sujet des symptômes d'anxiété et la croyance en leur innocuité (234) repose en effet sur une bonne discrimination des signaux à caractère émotionnel par rapport à ceux pouvant par exemple relever d'une affection somatique potentiellement grave. A défaut, un sentiment d'insécurité vis-à-vis des signaux corporels est susceptible de générer une impulsivité alimentaire ou une mise à distance des signaux alimentaires.

La dimension intéroceptive était également étudiée du point de vue de l'imagerie cérébrale : dans une étude en population clinique (235), des anomalies de perfusion cérébrale étaient notées chez les patientes présentant une anorexie mentale dans les régions du précunéus, du cortex cingulaire postérieur, du cortex dorsolatéral préfrontal, du cortex cingulaire antérieur et du cortex préfrontal médian, qui régresaient après la prise en charge du trouble. Cette amélioration constatée en imagerie cérébrale (tomographie par émission monophotonique TEMP) était concomitante d'une régression symptomatique globale mesurée par diverses échelles et d'une amélioration de la conscience intéroceptive mesurée par une sous-échelle de l'EDI (Eating Disorder Inventory), conduisant les auteurs à faire l'hypothèse d'une association entre l'amélioration de la perfusion des régions cérébrales spécifiques et celle de la conscience intéroceptive au décours de la prise en charge.

- *L'altération des signaux alimentaires internes*

L'interprétation des signaux alimentaires de faim et de satiété n'est pas innée mais fait l'objet d'une construction inscrite dans les relations interpersonnelles précoces et dans un environnement socioculturel donné. Pour Hilde Bruch, citée par Bertin, « le défaut d'intégration de ce signal peut générer une confusion entre la faim et d'autres événements corporels (comme ceux induits par le stress et l'anxiété, notamment), et amener à manger pour soulager toute sensation d'inconfort interne ou externe » (212,236). Pour Bertin (237), un défaut de stimulation sensorielle dans les relations précoces pourrait conduire à « un hyper-hédonisme et à des prises alimentaires excessives. » Des travaux de la littérature (238,239) ont également étudié l'association entre l'existence de traumatismes précoces, en particulier à caractère sexuel, un haut degré de dissociation corporelle (pouvant être évaluée à l'ECC (240,241)) et l'altération de la perception des signaux de faim et de rassasiement.

En outre, nous avons vu avec les travaux de Boltanski que l'interprétation des signaux de faim et de satiété est surdéterminée par les représentations à l'œuvre dans la catégorie socioculturelle d'appartenance de l'individu, la sensation de réplétion par des aliments caloriques étant rattachée à la force physique et valorisée dans les classes où la dimension physique du travail prédomine et dénigrée dans les classes supérieures (la symbolique sociale semble d'ailleurs également influencer l'estimation de la corpulence, qui tend à être surestimée dans les milieux sociaux défavorisés (236,242,243). De plus, les régimes restrictifs liés à la quête de la minceur dans un contexte socioculturel donné sont susceptibles d'entrer en conflit avec les sensations alimentaires et, par la frustration liée, d'engendrer une impulsivité alimentaire (244). La vitesse d'ingestion alimentaire élevée, favorisée dans certains pans du monde du travail occidental contemporain, altère la sensorialité alimentaire et peut également interférer avec l'interprétation des signaux de rassasiement (245).

Enfin, tout au long de la vie, les états physiologiques comme le stress ou le manque de sommeil (246–248) sont à même de moduler les sensations alimentaires.

- *Sensibilités extéroceptive et nociceptive*

La littérature mettait en évidence une élévation du seuil de la douleur liée à la sensibilité thermique cutanée dans une cohorte de patientes présentant un trouble anorexique ou boulimique par rapport aux patientes contrôle. De plus, cette élévation apparaissait indépendante de l'activité du système nerveux autonome évaluée par la température corporelle périphérique et de la dissociation corporelle (249). L'élévation du seuil douloureux semblait associé à un faible taux de mélatonine

(250) et la question de l'utilisation thérapeutique de la mélatonine sur l'abaissement pathologique de la sensibilité algique était envisagée.

De plus, des liens existaient entre la sensorialité (sensibilité extéroceptive) et les processus cognitifs. Dubreuil (251), dans une étude unicentrique, étudiait la piste thérapeutique de la stimulation sensorielle (par le biais d'ateliers de stimulation olfactive) dans l'amélioration des biais cognitifs retrouvés dans l'anorexie mentale, comme la surgénéralisation des souvenirs autobiographique. Il s'agit d'une stratégie cognitivo-émotionnelle d'évitement des souvenirs douloureux ou traumatiques, stratégie ayant un rôle adaptatif pour l'individu lorsque celle-ci demeure flexible, mais corrélée, quand elle se retrouve plus fixée, à l'expression de symptômes dépressifs (252) ou psychosomatiques.

L'auteure mettait en évidence une amélioration des stratégies d'évitement cognitif et des pensées ruminatives non adaptatives ainsi qu'une amélioration de la complexité des souvenirs (détails émotionnels, contextuels, quantitatifs et temporels) après les ateliers de stimulation olfactive. A la lumière de ces résultats, on peut faire l'hypothèse d'un double bénéfice des ateliers de stimulation olfactive sur la conscience extéroceptive et sur la mémoire autobiographique et donc d'une corrélation entre l'évitement des sensations corporelles et la surgénéralisation des souvenirs autobiographiques en tant que stratégie d'évitement cognitif.

III. 1. b. La distorsion de l'image corporelle

- *La distorsion de la perception de la silhouette corporelle et l'intégration multisensorielle de l'expérience corporelle*

Les troubles de la perception de la silhouette corporelle dans les TCA, marqués par la tendance à la surestimation de la corpulence, mettent en relief l'importance de l'expérience corporelle dans la genèse des troubles alimentaires. Pour Riva et Dakanalis (253), ces symptômes seraient liés à un défaut d'intégration de l'expérience corporelle dans sa dimension multisensorielle. L'intégration multisensorielle du corps est un processus complexe, à la fois cognitif et perceptuel, qui aboutit à la formation d'une « matrice corporelle » dont la fonction pour l'individu est la définition de ses limites corporelles, aux niveaux homéostatique et psychologique. Il s'agit de l'intégration de trois composantes : les données sensorielles extéroceptives, les signaux corporels intéroceptifs et des prédictions sur l'état corporel issues des mémoires conceptuelle, perceptuelle et épisodique. L'altération de la sensibilité émotionnelle, visuelle, tactile, proprioceptive ou intéroceptive peut être corrélée à une défaillance du processus d'intégration multisensorielle, avec

des conséquences péjoratives, d'une part sur les capacités de l'individu à discriminer les signaux intéroceptifs attractifs ou aversifs (c'est à dire prédictifs de satisfaction ou de conséquences délétères pour l'organisme), d'autre part sur la capacité à réactualiser les souvenirs relevant de la mémoire autobiographique allocentrique (c'est à dire perçue du point de vue d'un observateur extérieur). Enfin, Riva propose le concept d' « embodied medicine » pour qualifier l'utilisation d'outils technologiques dans l'amélioration du processus d'intégration corporelle multisensorielle (et la fonctionnalité de la matrice corporelle en résultant) et argumente en faveur de son utilisation thérapeutique (253).

- *La spatialisation du corps et l'« Allocentric lock »*

Giuseppe Riva développe une théorie explicative des distorsions des perceptions corporelles en lien avec le système sérotoninergique. Pour lui, le dysfonctionnement du système sérotoninergique constaté dans l'anorexie mentale pourrait être responsable de dysfonctionnements dans la mémoire épisodique, spatiale et de travail, avec plusieurs conséquences qui, mises bout à bout, aboutiraient aux anomalies des perceptions corporelles :

- la prédisposition à encoder et à consolider des souvenirs d'épisodes autobiographiques à valence émotionnelle négative, notamment ceux concernant l'image du corps dans une perspective allocentrique ;
- d'une perte de la capacité à inhiber les souvenirs négatifs concernant le corps ;
- d'une altération de la capacité à réajuster a posteriori les informations allocentriques.

(254)

Riva (255) reprend les connaissances des sciences neurocognitives sur la double détermination de l'expérience spatiale (y compris l'expérience spatiale de son propre corps), d'une part par un cadre de référence égocentrique (l'expérience du corps vécu en première personne et utilisé comme référence), qui trouve son origine dans les perceptions sensorielles actuelles, et d'autre part par un cadre allocentrique (le corps comme objet dans le monde physique), issu des représentations conceptuelles du corps (ensemble des connaissances et des croyances personnelles). Ces deux modèles agissent indépendamment l'un de l'autre sauf en de rares occasions comme les processus de mémorisation des cognitions spatiales – et donc corporelles – la mémorisation spatiale à long terme étant déterminée par le référentiel allocentrique et la mémoire à court terme par le référentiel égocentrique (256). Il semblerait que, dans les TCA et en lien avec les défaillances du système sérotoninergique, la représentation allocentrique du corps soit verrouillée dans une représentation péjorative, ce qui, en lien avec les facteurs culturels et environnementaux, conditionnerait la survenue des troubles et la persistance d'une image du corps non actualisée à

l'issue des modifications corporelles, à la fois dans l'anorexie et la boulimie. Les recherches semblent montrer une implication dans ce phénomène de la connexion hippocampo-amygdalienne au sein du lobe temporal médian, avec un possible effet délétère du stress prolongé (lié à des facteurs environnementaux) sur l'hippocampe.

- *Distorsion de l'image du corps, du schéma corporel et insatisfaction corporelle*

En appui sur la littérature (257), Guardia et al. (258) distinguaient deux types de représentation corporelle liées entre elles :

- l'image du corps, qui concerne les représentations perceptuelles, sémantiques, esthétiques et émotionnelles du corps ;
- le schéma corporel, une représentation sensorimotrice dynamique du corps, liée à l'anticipation et à la réalisation de l'action (259,260).

Les liens entre insatisfaction corporelle et perturbations de l'image du corps ont été largement étudiés dans la littérature (261,262). De plus, Guardia et al. mettaient en évidence une corrélation significative entre le degré de distorsion du schéma corporel (évalué par le ratio entre le seuil critique à partir duquel un sujet estimait ne plus pouvoir franchir une ouverture, de face, et la largeur de ses épaules) et les préoccupations corporelles (dont l'insatisfaction corporelle) évaluées au BSQ et à l'EDI.

Si les développements récents concernant la distorsion des perceptions corporelles et leurs liens avec l'insatisfaction corporelle apportent un éclairage pertinent sur la clinique des troubles du comportement alimentaire, c'est sur la question de l'intéroceptivité, également dans ses liens avec la sévérité du trouble et a fortiori avec l'insatisfaction corporelle, que notre travail s'est focalisé, puisque, l'avons évoqué plus haut, l'intéroceptivité est liée à la perception de l'image corporelle.

III. 2. Matériels et méthode

III. 2. a. Contexte de l'étude et hypothèses de départ

L'étude de la conscience intéroceptive dans ses rapports avec les troubles alimentaires a fait l'objet de nombreuses publications. En effet, elle apparaît liée aux compétences en régulation émotionnelle et au au fonctionnement relationnel de l'individu. Les avancées récentes de la recherche concernant cette dimension de l'expérience corporelle et de ses relations avec l'insatisfaction corporelle ouvrent des perspectives intéressantes en thérapeutique et en recherche.

La dissociation corporelle, quant à elle, est étudiée dans ses relations avec le vécu traumatique et avec le défaut de détection des sensations alimentaires et la dimension d'impulsivité alimentaire, qui seraient favorisés par un degré de dissociation corporelle élevée.

En lien avec ces notions, nos hypothèses de départ étaient les suivantes :

- A. La sévérité du trouble, évaluée par les scores EDE-Q, BSQ et l'IMC, serait associée à une diminution de la conscience corporelle et à une élévation de la dissociation corporelle.
- B. Les patientes anorexiques restrictives auraient une conscience corporelle plus faible que les patientes anorexiques mixtes.

L'hypothèse A était formulée en appui sur la littérature antérieure faisant état d'une altération de la conscience intéroceptive fréquemment associée aux troubles des conduites alimentaires et du rôle de facteur protecteur de la sensibilité intéroceptive dans le développement de l'insatisfaction corporelle (224,225,263). Nous souhaitions savoir si cette altération apparaissait proportionnelle à la sévérité du trouble. Cette hypothèse s'appuyait également, sur le plan clinique, sur l'existence dans les TCA d'un émoussement des sensations de faim et de satiété et d'une élévation du seuil de la sensibilité algique, notamment dans le cadre de l'hyperactivité physique. Ces symptômes semblaient pouvoir être majorés également par la dissociation corporelle, dont nous faisons l'hypothèse d'un degré plus important chez les patientes les plus sévères.

L'hypothèse B était formulée d'après la littérature sur l'étude des profils d'attachement des patientes anorexiques restrictives et des patientes présentant un trouble mixte (95), qui mettait en évidence une prédominance des stratégies d'attachement C (préoccupation) chez les patientes anorexiques mixtes et des stratégies A (évitement) parmi les patientes anorexiques restrictives. Or, nous avons vu que, d'une part, la stratégie d'évitement implique une répression des vécus émotionnels et, d'autre part, les modalités de régulation émotionnelle sont liées à la conscience intéroceptive (218,220,229,231,232).

III. 2. b. Objectifs

- *Objectif principal*

Notre objectif principal était de qualifier le degré de connexion corporelle (conscience et dissociation corporelle) de patientes prises en charge pour une anorexie mentale restrictive ou mixte en fonction de la sévérité du trouble.

- *Objectifs secondaires*

Nos objectifs secondaires étaient :

1a. Qualifier le degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) des patientes *anorexiques restrictives* en fonction de la **sévérité du trouble** évaluée par :

- le score EDE-Q ;
- le degré d'envahissement par les préoccupations corporelles évalué au BSQ ;
- l'indice de masse corporelle (IMC) ;

1b. Qualifier le degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) des patientes *anorexiques mixtes* en fonction de la **sévérité du trouble** évaluée par :

- le score EDE-Q ;
- le degré d'envahissement par les préoccupations corporelles évalué au BSQ ;
- l'indice de masse corporelle (IMC) ;

2. Qualifier le degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) en fonction du **type** d'anorexie mentale (restrictive ou mixte) ;

3. Qualifier le degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) des patientes anorexiques restrictives et mixtes en fonction de l'**âge** ;

4. Qualifier le degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) des patientes anorexiques restrictives et mixtes en fonction de la **durée d'évolution** du trouble.

Le tableau 1 ci-dessous résume les analyses effectuées pour répondre aux objectifs de notre étude.

Tableau 1 : Représentation synthétique des objectifs de l'étude

		Sévérité*			Type de trouble	Age	Durée d'évolution
		EDE-Q global	Degré de préoccupations corporelles BSQ	IMC			
Conscience corporelle (BA)	Conscience corporelle non-affective : QCC						
	Conscience corporelle affective : ECC-BA						
Dissociation corporelle (BD)	ECC-BD						

*données analysées séparément en fonction du type de trouble

III. 2 c. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique transversale, observationnelle, rétrospective, unicentrique, réalisée en population clinique de psychiatrie adulte et basée sur des échelles de mesure validées. Elle faisait l'objet d'une analyse descriptive.

III. 2. d. Population cible

- *Critères d'inclusion*

Notre étude était réalisée en population clinique. Notre population cible était la population de patientes de sexe féminin prises en charge en hôpital de jour à l'hôpital Saint-Vincent de Paul de Lille entre avril 2018 et juin 2019 pour une anorexie restrictive ou mixte, où elles recevaient une prise en charge somatique, psychiatrique, diététique, éventuellement psychologique et la participation à des ateliers de groupe, notamment autour de médiations psychocorporelles.

- *Critères d'exclusion*

Les critères d'exclusion étaient le sexe masculin et le diagnostic d'hyperphagie boulimique ainsi que l'absence de réponse pour un ou plusieurs des quatre blocs des autoquestionnaires. En effet, le faible effectif de patientes atteintes d'hyperphagie boulimique (au nombre de 5) et d'hommes (2 patients) dans notre effectif de départ ne permettait pas une analyse significative concernant la connexion corporelle en fonction du type de trouble ou en fonction du genre.

III. 2. e. Echelles de mesure utilisées

- *L'EDE-Q (Annexe 8) :*

Nous évaluons la sévérité du trouble anorexique ou boulimique par l'intermédiaire de l'EDE-Q. Il s'agit d'un autoquestionnaire validé en langue française en 2015 et largement utilisé. Il est adapté de l'EDE, un entretien semi-structuré considéré comme le « gold standard » dans l'évaluation des troubles alimentaires. Les données fournies par l'EDE-Q concernaient la fréquence des symptômes-clef des TCA en termes de nombres d'épisodes et, dans certains cas, de nombre de jours d'occurrence des symptômes sur la période du mois écoulé. Quatre sous-échelles (constituées respectivement de 5, 5, 8 et 5 items) évaluaient séparément la sévérité des conduites restrictives (*restraint*, EDEQ RES), des préoccupations alimentaires (EDEQ ALI), corporelles (EDEQ FOM) et pondérales (EDEQ PDS). La moyenne de ces quatre scores constituait le score global, indicateur de la sévérité globale (264,265).

- *Le Body Shape Questionnaire (BSQ ; Annexe 9) :*

Le Body Shape Questionnaire est un autoquestionnaire validé, traduit en langue française, permettant d'évaluer « le rôle d'une préoccupation excessive de l'apparence du corps dans le développement, le maintien et le traitement des troubles du comportement alimentaire » (266). Il investigate quatre dimensions : évitement et honte sociale de l'exposition du corps ; insatisfaction corporelle par rapport aux parties inférieures du corps ; usage de laxatifs et de vomissements pour réduire l'insatisfaction corporelle ; cognitions et comportements inadaptés afin de contrôler le poids. Des analyses statistiques ont mis en évidence une corrélation entre un score élevé au BSQ et un IMC faible.

- *Le QCC (Annexe 10) :*

Le Questionnaire de Conscience Corporelle (QCC), adaptation française du Body Awareness Questionnaire, est un auto-questionnaire validé en langue anglaise (267) permettant d'étudier le degré d'attention porté aux processus corporels physiologiques *sans* caractère émotionnel, à savoir la sensibilité aux rythmes et aux cycles corporels, la capacité à détecter les changements dans le fonctionnement corporel normal et à anticiper les réactions corporelles (ex : signes de fatigue, capacité à anticiper la qualité de son sommeil à venir, prodromes d'une infection virale, réactions corporelles à différents types d'aliments). La dimension investiguée par ce questionnaire correspondait à la notion plus récente de *sensibilité intéroceptive* (comme composante de la

conscience intéroceptive). Ce moyen d'évaluation de la conscience des états corporels non-affectifs (268) telle que perçue par le sujet était développé pour étudier la structure et le fonctionnement des concepts liés au corps comme composantes de la personnalité. (267) L'évaluation de la perception intéroceptive des signaux corporels en dehors du contexte affectif permettait de prendre en compte « l'attention et la régulation des états internes et états corporels dans le cadre de la régulation émotionnelle » (268)

- *L'ECC (Annexe 11) :*

L'Echelle de connexion corporelle (ECC) est la traduction française de la SBC (Scale of Body Connection), un auto-questionnaire validé (240,241) conçu pour étudier deux dimensions de la connexion corporelle : la conscience corporelle et la dissociation corporelle, par l'intermédiaire de deux sous-échelles (ECC-BA et ECC-BD) dont les items étaient faiblement corrélés (-0,42) à non corrélés (0,03) entre eux dans la littérature internationale, faisant apparaître les deux dimensions de conscience et de dissociation corporelle comme faiblement corrélées. Pour les auteurs ayant développé cet outil, la connexion corporelle (ou « *psychophysical awareness* », la conscience psychosomatique (240)) est liée à la connaissance de soi et aux capacités de régulation interne nécessaires à la santé psychique. La connexion corporelle serait liée, d'une part aux processus cognitifs impliqués dans la conscience réflexive et la réification des pensées et des émotions, d'autre part à l'expérience perceptuelle directe, préreflexive, de l'environnement et des sensations internes (240), ces deux dimensions analytique et phénoménale contribuant à former l'expérience subjective.

La conscience corporelle telle qu'évaluée par la sous-échelle ECC-BA (*body awareness*) est la centrée sur la conscience des signaux corporels liés à un état affectif (degré d'attention à l'état de tension musculaire ou respiratoire, aux modifications corporelles et à l'état corporel global en lien avec le vécu émotionnel). En cela, il s'agit d'une dimension distincte de celle évaluée à l'échelle QCC (nous étudierons l'existence d'une corrélation statistique entre ces deux dimensions de la conscience corporelle). Pour les distinguer, nous qualifierons la dimension évaluée au QCC de *conscience corporelle non-affective* et la dimension évaluée à l'ECC-BA de *conscience corporelle affective*. Les deux dimensions correspondent à des mesures de différents aspects de la sensibilité intéroceptive.

La dissociation corporelle, évaluée par la sous-échelle BD (*body dissociation*) désigne l'évitement de l'expérience interne. Cette dimension regroupe la distraction par rapport à l'expérience corporelle quotidienne et l'expérience de séparation du vécu corporel et émotionnel,

caractérisée par la difficulté à identifier et prêter attention aux émotions (240). Si elle n'est pas considérée comme pathologique, cette dimension est susceptible d'interférer avec le soin de soi et avec la santé (241).

Notons que dans la littérature européenne, nord-américaine et israélienne, le degré de conscience corporelle (BA) était supérieur chez les sujets féminins par rapport aux sujets masculins alors que le degré de dissociation corporelle (BD) apparaissait comme indépendant du genre. Il n'existait une faible corrélation entre la conscience corporelle (BA) et la dissociation corporelle (BD) dans la littérature internationale (241).

Les valeurs de référence en population non-clinique pour ces scores sont détaillées en annexe (**Annexe 12**).

III. 2. f. Recueil des données

- *Modalités du recueil*

Les données utilisées étaient des données cliniques intégrées au dossier patient résultat de la passation d'autoquestionnaires (mois et année de naissance, résultats de l'EDE-Q dont poids et taille actuels, de la BSQ, de la QCC et de l'ECC).

Une série d'autoquestionnaires concernant quatre dimensions des troubles (*préoccupations alimentaires* : EDE-Q, P-CAN, SAI-ED, BSQ ; *humeur* : STAI Etat-Trait, BDI-II ; *émotions* : DERS, Dflex, AAQ-2 ; *expériences subjectives* : QCC, ECC, FFMQ, MAAS) étaient proposées aux patientes dans le cadre de leurs soins courants en hôpital de jour à titre d'évaluation transversale et longitudinale (passations répétées dans le temps) et d'orientation thérapeutique. Les autoquestionnaires sélectionnés faisaient l'objet d'une réflexion collégiale sur l'identification des outils les plus adaptés. Il s'agissait d'un outil dynamique, amené à évoluer dans le temps dans une optique de recherche clinique au sein du service. Les patientes étaient informées de cet objectif de la passation des échelles. Les patientes remplissaient les autoquestionnaires sur des tablettes numériques remises par une infirmière lors des prises en charge en hôpital de jour. Les autres données du recueil (mesure d'IMC, durée d'évolution du trouble) étaient également issues du dossier médical.

Nous incluons dans notre recueil, de manière rétrospective, les données cliniques issues des autoquestionnaires remplis sur une période de 14 mois, d'avril 2018 à juin 2019.

- *Justification des variables retenues*

Le score QCC et la sous-échelle ECC-BA reflétaient la sensibilité intéroceptive, une des dimensions de la conscience intéroceptive, dont nous avons abordé l'intérêt dans l'abord de l'expérience corporelle dans les TCA. L'ECC-BD était un outil validé et largement utilisé d'appréciation de la dissociation corporelle, un score élevé étant corrélé dans la littérature à un défaut de détection des sensations alimentaires et à la dimension d'impulsivité alimentaire.

III. 2. g. Traitement des données et analyse statistique

Nous réalisons des analyses descriptives (moyenne, étendue, écart-type) pour caractériser la population et les deux sous-populations.

Pour répondre aux objectifs formulés, nous réalisons des comparaisons de moyennes à l'aide d'un test de Student pour comparer les deux groupes. Il s'agissait de statistiques paramétriques (test de Student réalisé sur les moyennes et écart-types). Pour tester les liens statistiques entre les variables, nous utilisons des corrélations de Bravais-Pearson. Par défaut, le seuil de significativité des résultats était établi à $p = 0,05$.

Une matrice de corrélation était réalisée pour étudier l'existence d'une corrélation entre les variables et une autre pour les corrélations entre les indicateurs de sévérité des troubles.

Pour estimer la durée des troubles exprimée en mois, dans les cas où nous ne la connaissions pas au mois près, nous créons une variable discrète avec des périodes (0-6M ; 6-12M ; 12- 24M ; 25 – 59M ; $\geq 60M$) et considérons la valeur médiane de la période comme la durée d'évolution du trouble. Cette méthode était soumise à un biais lié au recueil des données, conduisant à une probable sous-estimation de la durée des troubles, a fortiori pour les plus longues durées d'évolution.

III. 3. Résultats

III. 3. a. Description de la population incluse

72 patientes souffrant d'anorexie mentale restrictive ou mixte (36 patientes anorexiques restrictives et 36 patientes anorexiques mixtes) étaient incluses dans le recueil. Leurs caractéristiques sociodémographiques (âge), anamnestiques (type de trouble et durée d'évolution) et cliniques (IMC, scores EDE-Q, BSQ, QCC, ECC-BA et ECC-BD) étaient décrites dans le tableau ci-dessous (**Tableau 2**).

La moyenne d'âge était de 23 ans. L'IMC moyen était de 18 (pour des normes définies entre 18,5 et 25). Le score EDE-Q moyen était de 3,41 (pour une valeur de référence moyenne en

population générale à 1,40) et le score BSQ moyen était de 118,4 (pour une moyenne de référence à 59,8), attestant, comme on pouvait s’y attendre, de préoccupations corporelles et alimentaires bien supérieures à la population générale.

Le score QCC moyen était de 68,1 (score de référence à 106,4), le score ECC-BA moyen était de 1,86 (score de référence à 2,56) et le score ECC-BD de 1,77 (score de référence à 0,97), attestant d’une altération de la conscience corporelle affective (ECC-BA) et non-affective (QCC) dans notre population clinique par rapport à une population non clinique et d’un degré de dissociation corporelle supérieur à celui d’une population non clinique.

L’ensemble de ces résultats étaient descriptifs et ne faisaient pas l’objet de tests statistiques sur la significativité, ils exprimaient donc des tendances. Les valeurs de référence pour les différents scores, détaillées en annexe (**Annexe 12**) se rapportent à des échantillons en population générale ou en population étudiante.

Tableau 2 : Caractéristiques de l’ensemble de l’échantillon, des deux sous-population anorexiques restrictive et mixte et comparaison entre les deux sous-populations

		Population incluse (n=72)	Anorexie restrictive (n=36)	Anorexie mixte (n=36)	Comparaison : valeur t (p)
Age (années)	Moyenne (e-t)	23,3 (±7,0)	21,8 (±6,3)	24,7 (±7,3)	-1,82 (p=0,07)
	Etendue	[15-45]	[15-40]	[15-45]	
Durée d’évolution (mois)	Moyenne (e-t)	51,8 (±37)	45 (±35)	57,8 (±37,8)	-1,41 (p=0,16)
	Etendue	[5-120]	[6-120]	[5-96]	
IMC	Moyenne (e-t)	18,3 (±3,7)	16 (±1,6)	20,3 (±4,1)	-5,45 (p<0,0001)
	Etendue	[13,9-30,9]	[14-19,6]	[13,9-20,9]	
EDE-Q	Moyenne (e-t)	3,41 (±1,5)	2,8 (±1,6)	4 (±1,3)	-3,50 (p=0,0008)
	Etendue	[0-6]	[0-6]	[0,3-5,6]	
BSQ	Moyenne (e-t)	118,4 (±45,8)	100 (±45,4)	136 (±38,7)	-3,69 (p<0,0001)
	Etendue	[34-199]	[34-199]	[36-190]	
QCC	Moyenne (e-t)	68,1 (±18,5)	64,5 (±19,0)	71,9 (±17,3)	-1,73 (p=0,09)
	Etendue	[28-103]	[28-103]	[35-103]	
ECC-BA	Moyenne (e-t)	1,86 (±0,6)	1,86 (±0,5)	1,86 (±0,75)	0,03 (p=0,97)
	Etendue	[0,5-4]	[0,5-3,1]	[0,5-4]	
ECC-BD	Moyenne (e-t)	1,77 (±0,8)	1,65 (±0,95)	1,90 (±0,69)	-1,23 (p=0,22)
	Etendue	[0,1-3,9]	[0,1-3,9]	[0,5-3,2]	

E-t = écart-type

Les moyennes d’IMC, de score EDE-Q et BSQ divergeaient significativement entre les deux groupes (p<0,05) : les trois indicateurs de sévérité étaient plus élevés en moyenne pour les patientes souffrant d’anorexie restrictive. Les patientes du groupe « anorexie restrictive » avaient un IMC

significativement plus faible (avec un écart de 4 points d'IMC en moyenne), un score EDE-Q et un score BSQ significativement plus faibles. Selon ces trois indicateurs, la sévérité du trouble apparaissait supérieure chez les patientes anorexiques restrictives que chez les patientes anorexiques mixtes.

De plus, on observait des tendances, non significatives, dans la comparaison entre les deux groupes : les patientes anorexiques restrictives tendaient à être plus jeunes, de 3 ans en moyenne, et la durée d'évolution de leurs troubles à être plus courte, ce qui était compréhensible du fait de la fréquente évolution des troubles restrictifs vers des troubles mixtes.

Les scores QCC et ECC en fonction du type de troubles étaient décrits et comparés plus bas.

III. 3. b. Matrices de corrélations

- *Corrélation des variables*

Les corrélations entre les variables étaient décrites dans le tableau ci-dessous (**Tableau 4**).

Les deux sous-scores à l'ECC (BA évaluant le degré de conscience corporelle et BD évaluant le degré de dissociation corporelle) apparaissaient comme des variables indépendantes ainsi que l'ECC-BD (score de dissociation corporelle) et l'échelle de conscience corporelle QCC.

Il existait une corrélation forte, statistiquement significative, entre les deux indicateurs de conscience corporelle QCC et ECC-BA (coefficient de corrélation $r = 0,50$ entre ces variables), et ce quoiqu'elles explorent des dimensions distinctes de la conscience corporelle.

Les corrélations entre les variables étaient décrites dans le tableau ci-dessous (**Tableau 3**).

Tableau 3 : Matrice de corrélation entre les variables : corrélation (p)

	QCC	ECC-BA	ECC-BD
QCC	1	0,53 **	0,08
ECC-BA	0,53 **	1	-0,17
ECC-BD	0,08	-0,17	1

N=72 ; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

- *Corrélation des indicateurs de sévérité du trouble*

Les valeurs des trois indicateurs de sévérité du trouble, à savoir le score EDE-Q, le score BSQ et l'IMC étaient associées entre elles de manière statistiquement significative. Ces associations

étaient décrites dans le tableau ci-dessous (**Tableau 4**). On notait une association très forte entre les scores BSQ et EDE-Q. En effet, ces deux scores exploraient les préoccupations corporelles et pondérales, leurs conséquences fonctionnelles et les conduites pathologiques liées. Dans l'analyse de nos résultats, nous tiendrons compte de la forte corrélation entre ces deux indicateurs.

Tableau 4 : Matrice de corrélation entre les indicateurs de sévérité : corrélation (p)

	EDE-Q	BSQ	IMC
EDE-Q	1	0,91 **	0,36 **
BSQ	0,91 **	1	0,46 **
IMC	0,36 **	0,46 **	1

N=72 ; * p < 0,05 ; ** p < 0,01

III. 3. c. Evaluation du degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) des patientes anorexiques restrictives en fonction de la sévérité du trouble

Tableau 5 : Corrélation entre conscience et dissociation corporelle et sévérité du trouble à l'EDE-Q, au BSQ et à l'IMC chez les patientes anorexiques restrictives (n = 36 ; p < 0,05)

		Scores	Corrélation EDE-Q		Corrél BSQ	Corrél IMC
QCC	Moyenne (e-t)	64,5 (±19,0)	-0,08 (p=0,63)	EDEQ RES : 0,03 (p=0,90)	-0,10 (p=0,58)	-0,23 (p=0,20)
	Etendue	[28-103]		EDEQ ALI : -0,18 (p=0,32)		
				EDEQ FOM : -0,07 (p=0,70)		
				EDEQ PDS : -0,09 (p=0,60)		
ECC-BA	Moyenne (e-t)	1,65 (±0,95)	-0,25 (p= 0,15)	EDEQ RES : -0,12 (p=0,50)	-0,24 (p=0,18)	-0,20 (p=0,26)
	Etendue	[0,1-3,9]		EDEQ ALI : -0,29 (p=0,10)		
				EDEQ FOM : -0,21 (p=0,23)		
				EDEQ PDS : -0,29 (p=0,10)		
ECC-BD	Moyenne (e-t)	64,5 (±19,0)	0,51 (p=0,002)	EDEQ RES : 0,29 (p=0,10)	0,57 (p=0,001)	0,08 (p=0,65)
	Etendue	[28-103]		EDEQ ALI : 0,59 (p<0,0001)		
				EDEQ FOM : 0,50 (p=0,003)		
				EDEQ PDS : 0,44 (p=0,01)		

E-t = écart-type

La corrélation entre conscience et dissociation corporelle et sévérité du trouble chez les patientes restrictives était décrite dans le tableau précédent (**Tableau 5**). On notait l'existence d'une corrélation statistiquement significative entre le degré de dissociation corporelle, tel qu'évalué à l'ECC-BD, et la sévérité du trouble évaluée par le score EDE-Q total (et les sous-scores 2, 3 et 4 concernant respectivement les préoccupations alimentaires, corporelles et pondérales) et par le score BSQ.

Le degré de conscience corporelle non-affective, évalué par le score QCC, apparaissait indépendant de la sévérité du trouble. On notait une tendance non significative à la diminution du score de conscience corporelle affective (ECC-BA) avec l'augmentation de la sévérité du trouble. De plus, les degrés de conscience et de dissociation corporelle apparaissaient indépendants de l'IMC.

III. 3. d. Evaluation du degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) des patientes anorexiques mixtes en fonction de la sévérité du trouble

Tableau 6 : Corrélation entre conscience et dissociation corporelle et sévérité du trouble à l'EDE-Q, au BSQ et à l'IMC chez les patientes anorexiques mixtes (n = 36 ; p < 0,05)

		Scores	Corrélation EDE-Q		Corrélation BSQ	Corrélation IMC
QCC	Moyenne (e-t)	71,9 (±17,3)	-0,13 (p=0,42)	EDEQ RES : -0,11 (p=0,50)	-0,16 (p=0,34)	-0,02 (p=0,88)
	Etendue	[35-103]		EDEQ ALI : -0,24 (p=0,15)		
				EDEQ FOM : 0,05 (p=0,73)		
				EDEQ PDS : -0,17 (p=0,32)		
ECC-BA	Moyenne (e-t)	1,90 (±0,69)	-0,43 (p= 0,009)	EDEQ RES : -0,39 (p=0,02)	-0,42 (p=0,01)	-0,07 (p=0,66)
	Etendue	[0,5-3,2]		EDEQ ALI : -0,35 (p=0,04)		
				EDEQ FOM : -0,24 (p=0,15)		
				EDEQ PDS : -0,46 (p=0,004)		
ECC-BD	Moyenne (e-t)	1,86 (±0,75)	0,42 (p=0,01)	EDEQ RES : 0,25 (p=0,13)	0,39 (p=0,02)	0,20 (p=0,22)
	Etendue	[0,5-4]		EDEQ ALI : 0,45 (p=0,005)		
				EDEQ FOM : 0,34 (p=0,04)		
				EDEQ PDS : 0,38 (p=0,02)		

E-t = écart-type

Le **Tableau 6** décrivait la corrélation entre conscience et dissociation corporelle et sévérité du trouble chez les patientes présentant un trouble mixte.

Comme chez les patientes restrictives, il faisait apparaître l'existence d'une corrélation statistiquement significative entre le degré de dissociation corporelle, tel qu'évalué à l'ECC-BD, et la sévérité du trouble évaluée par le score EDE-Q total (et les sous-scores 2, 3 et 4 concernant respectivement les préoccupations alimentaires, corporelles et pondérales) et par le score BSQ.

De plus, on notait l'existence d'une corrélation statistiquement significative entre la conscience corporelle évaluée par le score ECC-BA et la sévérité du trouble mesurée par le score EDE-Q total (et les sous-scores 1, 2 et 4 concernant respectivement la dimension restrictive, les préoccupations alimentaires et les préoccupations pondérales) et par le score BSQ.

III. 3. e. Evaluation du degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) en fonction du type de trouble

Nous avons vu que dans les deux groupes de patientes, les scores QCC et ECC-BA faisaient apparaître une altération de la conscience corporelle par rapport à la population non-clinique et le score ECC-BD montrait un degré de dissociation corporelle plus élevé.

Les résultats de notre étude ne mettaient pas en évidence d'association statistiquement significative entre le degré de conscience corporelle ou de dissociation corporelle et le type d'anorexie, restrictive ou mixte (**Tableau 2**)

Les patientes présentant un trouble mixte tendaient à présenter des meilleurs scores de conscience corporelle à l'échelle QCC que les patientes restrictives mais ces résultats n'atteignaient pas le seuil de significativité. Le degré de dissociation corporelle était comparable entre les groupes.

D'après nos résultats, la conscience et la dissociation corporelle apparaissaient donc comme des variables relativement indépendantes du type de trouble.

III. 3. f. Evaluation du degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) des patientes anorexiques restrictives et mixtes en fonction de l'âge

L'existence d'une corrélation entre âge et conscience corporelle et entre âge et dissociation corporelle était décrite dans le tableau ci-dessous (**Tableau 7**). On ne relevait pas de corrélation significative entre ces paramètres.

Tableau 7 : Corrélation entre conscience et dissociation corporelle et âge (n = 72 ; p < 0,05)

		Scores	Corrélation avec l'âge
QCC	Moyenne	68,1 (±18,5)	-0,004 (p=0,97)
	Etendue	[28-103]	
ECC-BA	Moyenne	1,86 (±0,6)	0,03 (p=0,76)
	Etendue	[0,5-4]	
ECC-BD	Moyenne	1,77 (±0,8)	0,10 (p=0,40)
	Etendue	[0,1-3,9]	

III. 3. g. Evaluation du degré de connexion corporelle (conscience corporelle et dissociation corporelle) des patientes anorexiques restrictives et mixtes en fonction de la durée d'évolution du trouble

L'existence d'une corrélation entre durée d'évolution et conscience corporelle et entre durée d'évolution et dissociation corporelle était décrite dans le tableau ci-dessous (**Tableau 8**). A noter que l'effectif était de 69, et non de 72 pour ces analyses, en raison de données manquantes. On ne relevait pas de corrélation significative entre ces paramètres.

Tableau 8 : Corrélation entre conscience et dissociation corporelle et durée d'évolution (n = 69 ; p < 0,05)

Score	Corrélation avec la durée d'évolution
QCC	0,15 (p=0,22)
ECC-BA	0,05 (p=0,68)
ECC-BD	0,01 (p=0,87)

III. 4. Discussion

III. 4. a. Limites de l'étude

Notre étude présentait plusieurs limites sur le plan méthodologique. Tout d'abord, les scores EDE-Q et BSQ apparaissaient fortement associés ($r=0,91$). L'utilisation de ces deux questionnaires comme indicateurs distincts de sévérité du trouble concernant l'intensité des préoccupations corporelles et des conduites alimentaires pathologiques pouvait être questionnée et l'analyse des résultats concernant ces deux scores devait tenir compte de cette forte corrélation.

De plus, la pertinence de la mesure de l'IMC à un instant de la prise en charge comme indicateur de sévérité du trouble pouvait être questionnée. Dans la construction de l'étude, nous envisagions de réaliser une moyenne de l'IMC sur les six derniers mois ou encore d'étudier sa cinétique d'évolution sur cette période. Le recueil des données ne nous a pas permis d'intégrer ces paramètres puisque seulement 25 patientes sur l'effectif total bénéficiaient d'au moins trois mesures d'IMC suffisamment espacées, réparties sur les six derniers mois.

Par ailleurs, la mesure de la durée d'évolution des troubles était soumise à un biais de classement lié au recueil des données, qui dans certains cas ne permettait pas d'identifier suffisamment précisément cette durée. Dans ce cas, nous considérons une étendue (ex : 6 à 12 mois) et la durée d'évolution retenue était la valeur médiane de cette période. Cette méthode conduisait à une probable sous-estimation de la durée des troubles, a fortiori pour les plus longues

durées d'évolution (au delà de 2 voire de 5 ans) pour lesquelles le degré d'imprécision était supérieur. De plus, la date de début des troubles consignée était assez souvent celle de la première alerte par l'entourage proche ou professionnel de la patiente, parfois en décalage de plusieurs mois avec le déclenchement effectif des conduites pathologiques. Dans ce contexte, les données concernant la durée des troubles ne devaient être perçues que comme le reflet de tendances.

Enfin, les données issues des auto-questionnaires renseignaient sur l'auto-évaluation par les patientes de leurs troubles, de leurs degrés d'insatisfaction corporelle, de conscience et de dissociation corporelle. Cette méthode de recueil exposait à un biais de classement. Concernant la conscience corporelle, nous aurions pu envisager de coupler la passation d'un autoquestionnaire avec la mesure de la précision de détection du rythme cardiaque et de les mettre en regard, objectivant ainsi non seulement la dimension de sensibilité intéroceptive mais de conscience intéroceptive (concordance entre l'auto-évaluation de l'intéroceptivité et la précision de détection du rythme cardiaque).

III. 4. b. Discussion des résultats

- *Degré de dissociation en fonction de la sévérité du trouble chez les patientes anorexiques restrictives et mixtes*

Chez les patientes anorexiques restrictives et comme chez les patientes mixtes, la dissociation corporelle était statistiquement corrélée à la sévérité du trouble considérée comme l'intensité de l'insatisfaction corporelle et des conduites alimentaires pathologiques mesurées à l'EDE-Q et au BSQ et au degré de préoccupations alimentaires, corporelles et pondérales, mesuré respectivement par les sous-scores 2, 3 et 4 de l'EDE-Q.

Chez les patientes mixtes, on notait également une corrélation entre le degré de restriction alimentaire et celui de dissociation corporelle. En revanche, chez les patientes restrictives, le degré de restriction alimentaire apparaissait indépendant du degré de dissociation.

La sévérité des préoccupations alimentaires, corporelles et pondérales et des conduites alimentaires pathologiques (évaluées par les scores EDE-Q et BSQ), à l'exception du degré de restriction chez les patientes anorexiques restrictives, qui était élevé indépendamment du score ECC-BD, étaient donc significativement corrélées à la dissociation corporelle. Cette corrélation entre sévérité et dissociation était encore plus significative chez les patientes restrictives ($r=0,51$; $p=0,002$) que chez les mixtes ($r=0,42$, $p=0,01$).

La conception de l'ECC et en particulier du sous-score ECC-BD était liée au souci d'étudier le lien entre la dissociation corporelle et l'état de santé de populations présentant une souffrance émotionnelle, une douleur chronique ou exposées à un vécu traumatique (en dehors de l'existence d'un trouble dissociatif au sens clinique) (240). L'étude de Price & Thompson mettait en évidence une association statistiquement significative entre le degré de dissociation corporelle et l'existence d'un antécédent de traumatisme physique ou sexuel dans l'enfance ou à l'âge adulte, la dissociation revêtant une fonction défensive vis-à-vis des souvenirs traumatiques. La fréquence des antécédents traumatiques dans la population atteinte de trouble alimentaire était mise en évidence dans la littérature (19,20) et ils étaient considérés comme un facteur de risque aspécifique de TCA).

De plus, l'étude de Pugh (269) sur la « voix intérieure » des patients atteints de TCA mettait en évidence une corrélation entre leur présence et un vécu de violence psychologique infantile, partiellement médiée par la dissociation, celle-ci permettant la résurgence de souvenirs traumatiques décontextualisés faisant irruption dans la conscience (270,271) (ces théorisations s'appuyaient sur le modèle traumatisme-dissociation de l'entente de voix (272,273)). Or, la présence de cette voix intérieure, le plus souvent perçue comme d'origine interne mais phénoménologiquement distincte du self (274), était associée à une plus faible estime de soi et à une intensité accrue des comportements alimentaires pathologiques (275).

En appui sur la littérature, nos résultats mettaient donc l'accent sur la nécessité d'investiguer l'existence d'un vécu traumatique chez les patientes anorexiques restrictives et mixtes, a fortiori en cas de dissociation corporelle importante, que nous proposons d'évaluer à l'interrogatoire par quelques questions inspirées de l'ECC-BD (existence d'une sensation de « corps gelé », d'une extériorité vis-à-vis du corps, mise à distance des sensations à connotation déplaisante). Sur le plan thérapeutique, la composante dissociative et les antécédents traumatiques peuvent être pris en charge par des thérapies spécifiques du psychotraumatisme (comme l'EMDR) et la proposition de soins à médiation psychocorporelle (par exemple en psychomotricité).

Le degré de dissociation corporelle apparaissait par ailleurs indépendant de l'IMC. Ces données étaient susceptibles d'orienter les pratiques cliniques dans le sens d'une investigation systématique de la dimension dissociative à l'interrogatoire indépendamment de la sévérité de la perte pondérale. Par ailleurs, l'état de dénutrition et ses conséquences neurophysiologiques ne semblaient pas expliquer les scores élevés de dissociation corporelle chez les patientes anorexiques et mixtes ni leur corrélation avec l'intensité des préoccupations alimentaires, corporelles et pondérales et des conduites alimentaires pathologiques (scores EDE-Q et CSQ) puisque le degré de dissociation ne variait pas avec l'IMC. Toutefois, nous ne réalisons pas de tests statistiques

permettant de vérifier la persistance d'une corrélation entre score ECC-BD et les scores EDE-Q et BSQ après ajustement sur l'IMC pour vérifier cette hypothèse.

- *Degré de conscience corporelle en fonction de la sévérité du trouble chez les patientes anorexiques restrictives et mixtes*

Les scores QCC et ECC-BA fournissaient deux indicateurs distincts de conscience corporelle, l'un concernant la conscience des phénomènes physiologiques sans dimension émotionnelle (QCC) et l'autre concernant ceux à valence émotionnelle (ECC-BA). Nous choisissons de qualifier le second aspect de conscience corporelle affective.

Or, les résultats concernant la conscience corporelle mettaient en évidence une corrélation inverse significative entre le degré de conscience corporelle affective et la sévérité du trouble (évaluée par les scores EDE-Q et BSQ totaux et les sous-scores de l'EDE-Q concernant la restriction, les préoccupations alimentaires et pondérales) chez les patientes présentant un trouble mixte. L'association entre altération de la conscience corporelle affective et les préoccupations pondérales était particulièrement significative ($p=0,004$) chez ces patientes. La conscience corporelle non-affective apparaissait indépendante de la sévérité du trouble (chez les patientes restrictives comme chez les mixtes), toutefois elle était altérée par rapport à la population non clinique.

Chez les patientes anorexiques restrictives, cette corrélation inverse entre le degré de conscience corporelle affective et la sévérité du trouble apparaissait comme une tendance, sans atteindre le seuil de significativité. Concernant ce point de divergence entre les groupes de patientes anorexiques restrictive et mixte, on peut faire l'hypothèse d'une association entre l'existence de conduites boulimiques et les difficultés d'identification et de régulation émotionnelle. En effet, pour Bruch (236), l'existence d'une confusion entre les signaux internes alimentaires (sensation de faim) et non alimentaires (stress et émotions désagréables) peut conduire à manger pour résoudre toute sensation d'inconfort. De plus, Huh (248) mettait en évidence, dans une population de sujets sains et obèses, une corrélation, non linéaire, entre le stress et la faim, qui variait avec l'heure de la journée et atteignait un pic dans l'après-midi et la soirée. Cette confusion entre les sensations alimentaires et à caractère émotionnel, dans le cadre d'un défaut de sensibilité intéroceptive, constituerait un facteur de déclenchement, de maintien ou d'aggravation des troubles alimentaires dans leur composante boulimique. Nos résultats semblent corroborer cette hypothèse. Nous pouvons nous interroger sur une implication de ce même mécanisme, en dehors du désir de maigrir,

dans les conduites purgatives (dans ce cas, il s'agirait d'une confusion entre la sensation d'une satiété excessive et un vécu émotionnel désagréable).

Au total, si, dans l'anorexie restrictive, la dissociation corporelle apparaissait corrélée à la sévérité du trouble (et à plus forte raison que pour les patientes mixtes), dans l'anorexie mixte c'était l'altération de la conscience corporelle affective (comme composante de la sensibilité intéroceptive), liée aux facultés de régulation émotionnelle (218,220,229,231,232), qui était associée à un trouble plus sévère.

Ces résultats étaient concordants avec les travaux de Crittenden sur l'attachement dans les troubles alimentaires, qui montraient dans les troubles mixtes une prédominance de la stratégie de préoccupation (95) par rapport aux troubles restrictifs, et avec ceux de Nielsen (276), qui montraient une association significative entre anxiété et profil d'attachement préoccupé (ou anxieux), médiée par un défaut de régulation émotionnelle, ce qui n'était pas le cas pour l'attachement insécurité évitant. Dans cette perspective, les conduites boulimiques (et, dans une certaine mesure, les conduites purgatives) constitueraient une stratégie de régulation de l'anxiété visant à pallier un défaut de régulation émotionnelle, lui-même corrélé à une altération de la sensibilité intéroceptive (et en particulier la conscience corporelle affective). Nous évoquerons en conclusion les pistes de travail soulevées par cette nouvelle hypothèse.

Par ailleurs, le score de conscience corporelle affective ECC-BA, dans son étude de validation (240), n'apparaissait pas corrélé aux antécédents traumatiques. C'est donc bien le score de dissociation qui permettait d'investiguer cette dimension.

Enfin, de la même manière que le degré de dissociation corporelle, la conscience corporelle apparaissait indépendante de l'IMC, incitant à investiguer cette dimension et à la prendre en charge même chez les patientes présentant un IMC dans la norme.

- *Degré de conscience et de dissociation corporelle en fonction du type de trouble*

La dissociation corporelle et la conscience corporelle affective apparaissaient indépendantes du type de trouble. Les patientes présentant un trouble mixte tendaient à présenter un degré supérieur de conscience corporelle non-affective (évaluée par le score QCC) que les patientes restrictives ($p=0,09$) mais ces résultats n'atteignaient pas le seuil de significativité. Notre hypothèse (hypothèse B) concernant l'existence d'un degré de conscience corporelle supérieur chez les patientes présentant un trouble mixte était infirmée. Bien qu'il n'existe pas de différence significative pour ces paramètres entre les deux groupes, ils apparaissaient corrélés à la sévérité du trouble de manière différenciée dans les deux populations, la dissociation corporelle était plus

fortement corrélée à la sévérité du trouble pour les patientes restrictives que pour les mixtes et la conscience corporelle affective étant corrélée à la sévérité du trouble mixte et non du trouble restrictif.

- *Degré de conscience et de dissociation corporelle en fonction de l'âge et de la durée d'évolution du trouble*

Conformément à l'hypothèse que l'on pouvait formuler, les scores de conscience et de dissociation corporelle n'étaient pas corrélés à l'âge de la patiente.

Les scores de conscience ou de dissociation corporelle étaient également dépendants de la durée d'évolution du trouble (dont, nous l'avons dit, l'évaluation par nos méthodes de recueil était imprécise mais suffisante pour obtenir des tendances marquées). Guardia (258) étudiait la distorsion de la perception corporelle dans le sens d'une surestimation de la largeur d'épaules (évaluée par l'écart entre la perception par un sujet de sa capacité à passer de face dans une ouverture et la possibilité effective de ce passage), mettait une évidence entre la distorsion de la perception corporelle et la durée d'évolution du trouble ($p=0,038$). Nos résultats ne nous permettaient pas d'identifier une corrélation similaire entre altération de la conscience corporelle et durée d'évolution ni entre dissociation corporelle et durée d'évolution.

Ces deux données permettaient de formuler, avec prudence, l'hypothèse d'une relative stabilité dans le temps des dimensions de conscience et de dissociation corporelle. Leur évaluation longitudinale par la répétition de mesures de l'ECC et du QCC pour un sujet permettraient de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

Conclusion

Après avoir décrit différents modèles biologiques et psychologiques de conceptualisation des troubles alimentaires, nous avons décrits la manière dont leur expression était surdéterminée par la culture et en particulier l'injonction de maîtrise du corps, pris comme image de soi dans le champ social, dans un rapport d'extériorité. Ces deux premières parties inscrivait les troubles alimentaires dans une conception bio-psycho-sociale de la psychopathologie, prenant en considération la « force d'entraînement locale des interactions, celle interne, des dispositions et celle, externe, des institutions » (197). Notre troisième partie poursuivait l'étude du rapport au corps dans les troubles alimentaires par une évocation des travaux neuroscientifiques récents sur la conscience intéroceptive et la distorsion des perceptions corporelles, avant de décrire la méthodologie et les résultats de notre étude visant à étudier les liens entre conscience corporelle, dissociation corporelle et différentes dimensions des troubles alimentaires.

Les résultats de notre étude sur la conscience et la dissociation corporelle en fonction de la sévérité et du type de trouble mettaient en évidence :

- l'absence de différence significative entre les groupes de patientes anorexiques restrictives et mixtes dans le degré de conscience et de dissociation corporelles ;
- une corrélation entre ces paramètres et la sévérité du trouble (évaluée par l'intensité des préoccupations alimentaires, corporelles et pondérales et celle des conduites alimentaires pathologiques), qui s'exprimait de manière différenciée en fonction du type de trouble ;
- une corrélation significative entre la dissociation corporelle et la sévérité du trouble pour les patientes restrictives comme pour les mixtes mais avec un indice de corrélation plus fort pour les patientes restrictives ;
- une corrélation significative entre la conscience corporelle affective et la sévérité du trouble chez les patientes mixtes et non chez les patientes restrictives ;
- l'absence de corrélation entre conscience et dissociation corporelle d'une part et IMC d'autre part, indiquant un intérêt clinique à investiguer ces dimensions même en l'absence de perturbations pondérales majeures ;

Ces résultats étaient issus d'analyses statistiques descriptives. Ils ne permettaient pas d'établir un lien de causalité mais exprimaient des corrélations.

A l'issue de notre travail, la prise en compte de l'altération de la sensibilité intéroceptive et des scores élevés de dissociation corporelle dans les troubles alimentaires par rapport à la population non-clinique nous semblait être un enjeu clinique et thérapeutique important, qui permettait de dégager les pistes de travail suivantes. Sur le plan clinique :

- en clinique quotidienne, dépister les antécédents traumatiques et proposer une prise en charge spécifique le cas échéant ;
- proposer une prise en charge à médiation psychocorporelle – psychomotricité, activité physique adaptée (sous réserve d'un état nutritionnel compatible), musicothérapie, thérapie cognitive basée sur la médiation de pleine conscience (MCBT), hypnose, etc. – même en l'absence de perturbation pondérale, et, de manière plus générale, fonder les stratégies thérapeutiques sur des méthodes centrées sur le corps (258) ;
- interroger à l'anamnèse la conscience intéroceptive et la dissociation corporelle ainsi que, de manière plus globale, le système de croyances et de valeurs du sujet autour du corps, afin de permettre une réappropriation par le sujet de ses vécus émotionnels et corporels et d'amener à une analyse discursive susceptible de favoriser l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins centrés sur le corps ;

De plus, dans un cadre de recherche, on pouvait proposer la passation conjointe de scores de conscience corporelle (QCC, ECC ou encore MAIA : Multidimensionnal Assessment of Interoceptive Awareness), de dissociation corporelle (ECC-BD), de régulation émotionnelle (DERS) et d'évaluation du profil d'attachement (AAI) afin de tester l'hypothèse de la fonction de régulation émotionnelle des conduites boulimiques dans le cadre d'un défaut conjoint de régulation émotionnelle et de sensibilité intéroceptive et en lien avec une tendance à l'expression d'une stratégie d'attachement préoccupée.

Par ailleurs, le degré de conscience et de dissociation corporelle dans les TCA apparaissait indépendant de l'âge et de la durée d'évolution. On pouvait faire l'hypothèse d'une stabilité dans le temps de ces paramètres – en l'absence de prise en charge ou de survenue d'un évènement traumatique (à caractère dissociant) – et la question de la dimension évolutive de la conscience et de la dissociation corporelle avec ou sans prise en charge pourrait faire l'objet de recherches ultérieures et constituer une modalité d'évaluation des dispositifs de soins.

Bibliographie

1. Ferrari P, Bonnot O. Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Cachan: Médecine Sciences Publications; 2013. 883 p. Disponible sur: http://www.cra-rhone-alpes.org/cid/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=21273
2. HAS. Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2010 [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
3. Pettersson C. Apports de la théorie de l'attachement dans le soin de l'anorexie mentale chez l'adulte [Internet]. 2016 [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <http://pepitem.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-6137>
4. Heidegger M. Etre et temps (1927). Gallimard; 1986. (Bibliothèque de Philosophie).
5. Brambilla F, Monteleone P, Bortolotti F, Dalle Grave R, Todisco P, Favaro A, et al. Persistent amenorrhoea in weight-recovered anorexics: psychological and biological aspects. *Psychiatry Res.* 15 juin 2003;118(3):249-57.
6. Katz MG, Vollenhoven B. The reproductive endocrine consequences of anorexia nervosa. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2000;107(6):707-13.
7. Lamas C, Corcos M. Anorexie mentale et boulimie. In: Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent - Ferrari & Bonnot [Internet]. Cachan: Médecine Sciences Publications; 2013. Disponible sur: http://www.cra-rhone-alpes.org/cid/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=21273
8. S. Freud. Névrose, psychose et perversion [Internet]. PUF. Paris; 1973 [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: https://www.puf.com/content/N%C3%A9vrose_psychose_et_perversion
9. Schmit G. Boulimie. In: Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent - Ferrari & Bonnot [Internet]. Cachan: Médecine Sciences Publications; 2013. Disponible sur: http://www.cra-rhone-alpes.org/cid/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=21273
10. Fazeli PK, Klibanski A. Anorexia nervosa and bone metabolism. *Bone.* 1 sept 2014;66:39-45.
11. Raffray T. Modifications du sommeil dans l'anorexie et la boulimie. *Médecine Sommeil.* 1 sept 2007;4(13):27-30.
12. Helfer DJ, Favaro A. Prise en charge somatique et complications de l'anorexie mentale chez l'adolescente. *Rev MÉDICALE SUISSE.* 2016;4.
13. Eddy KT, Celio doyle A, Rienecke hoste R, Herzog DB, Le Grange D. Eating Disorder Not Otherwise Specified in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1 févr 2008;47(2):156-64.
14. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Eating Disorders During Adolescence and the Risk for Physical and Mental Disorders During Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 1 juin 2002;59(6):545-52.

15. Reas. Time trends in healthcare-detected incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in the Norwegian National Patient Register (2010–2016) - Reas - 2018 - International Journal of Eating Disorders - Wiley Online Library. *Int J Eat Disord.* 2018;51(10):1144-52.
16. Jacob S. Épidémiologie descriptive et analytique de l'anorexie mentale : revue de la littérature. [Lille]: Faculté de Médecine Lille 2; 2018.
17. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep.* août 2012;14(4):406-14.
18. Coelho GM de O, Soares E de A, Ribeiro BG. Are female athletes at increased risk for disordered eating and its complications? *Appetite.* 1 déc 2010;55(3):379-87.
19. Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carrà G. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2016;78(1):79-90.
20. Molendijk M, Hoek HW, Brewerton T, Elzinga B. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2017;47(8):1402-16.
21. Gard MC, Freeman CP. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *Int J Eat Disord.* juill 1996;20(1):1-12.
22. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *L'Encéphale.* avr 2013;39(2):85-93.
23. McClelland L, Crisp A. Anorexia nervosa and social class. *Int J Eat Disord.* mars 2001;29(2):150-6.
24. Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Egberts KM, Kappel V, Konrad K, Vloet JA, et al. Outcome of childhood anorexia nervosa—The results of a five- to ten-year follow-up study. *Int J Eat Disord.* 2018;51(4):295-304.
25. Lee S, Chan YYL, Hsu LKG. The intermediate-term outcome of Chinese patients with anorexia nervosa in Hong Kong. *Am J Psychiatry.* mai 2003;160(5):967-72.
26. National Institute for Health and Clinical Excellence. Overview | Eating disorders: recognition and treatment | Guidance | NICE [Internet]. 2017 [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
27. Wentz E, Gillberg I, Anckarsäter H, Gillberg C, Rastam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatry.* 2009;2(194):168-74.
28. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry.* 2002;159(8):1284-93.
29. Brewerton T, Costin C. Long-term Outcome of Residential Treatment for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Eat Disord.* 1 mars 2011;19:132-44.
30. Définition - Indice standardisé de mortalité | Insee [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1276>

31. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. juill 2011;68(7):724-31.
32. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. juin 2014;13(2):153-60.
33. Keshaviah A, Edkins K, R. Hastings E, Krishna M, L. Franko D, B. Herzog D, et al. Re-Examining Premature Mortality in Anorexia Nervosa: A Meta-Analysis Redux. *Compr Psychiatry*. 1 juill 2014;55.
34. Preti A, Rocchi MBL, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*. juill 2011;124(1):6-17.
35. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2005;37(S1):S52-9.
36. Guelfi, Rouillon (dir.). *Manuel de psychiatrie - Julien-Daniel Guelfi, Frédéric Rouillon* [Internet]. 2007 [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/manuel-de-psychiatrie-9782294021077.html>
37. Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*. 26 juin 1993;341(8861):1631-5.
38. CNUP, AESP, CUNEA. *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie* [Internet]. Unithèque. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/Livre/presses-universitaires-francois-rabelais/Officiel-ECN/referentiel-Psychiatrie-Addictologie/92597>
39. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav*. 22 avr 2008;94(1):121-35.
40. Duvvuri V, Risbrough VB, Kaye WH, Geyer MA. 5-HT1A receptor activation is necessary for 5-MeODMT-dependent potentiation of feeding inhibition. *Pharmacol Biochem Behav*. 1 sept 2009;93(3):349-53.
41. Mishra A, Anand M, Umesh S. Neurobiology of eating disorders - an overview. *Asian J Psychiatry*. 1 févr 2017;25:91-100.
42. Brandys MK, Kas MJH, van Elburg AA, Ophoff R, Slof-Op't Landt MCT, Middeldorp CM, et al. The Val66Met polymorphism of the BDNF gene in anorexia nervosa: new data and a meta-analysis. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry*. août 2013;14(6):441-51.
43. Brandys MK, Slof-Op't Landt MCT, van Elburg AA, Ophoff R, Verduijn W, Meulenbelt I, et al. Anorexia nervosa and the Val158Met polymorphism of the COMT gene: meta-analysis and new data. *Psychiatr Genet*. juin 2012;22(3):130-6.
44. Himmerich H, Bentley J, Kan C, Treasure J. Genetic risk factors for eating disorders: an update and insights into pathophysiology. *Ther Adv Psychopharmacol* [Internet]. 12 févr 2019 [cité 23 sept 2019];9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6378634/>

45. Rask-Andersen M, Olszewski PK, Levine AS, Schiöth HB. Molecular mechanisms underlying anorexia nervosa: focus on human gene association studies and systems controlling food intake. *Brain Res Rev.* mars 2010;62(2):147-64.
46. Treasure J, Holland A. Genetic Vulnerability to Eating Disorders: Evidence from Twin and Family Studies. In: H Remschmidt, MH Schmidt Child and youth psychiatry : European perspectives. New York: Hogrefe and Huber; 1989. p. 59-68.
47. Mason BL. Feeding Systems and the Gut Microbiome: Gut-Brain Interactions With Relevance to Psychiatric Conditions. *Psychosomatics.* déc 2017;58(6):574-80.
48. Roubalová R, Procházková P, Papežová H, Smitka K, Bilej M, Tlaskalová-Hogenová H. Anorexia nervosa: Gut microbiota-immune-brain interactions. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 23 mars 2019;
49. Fetissov SO, Hamze Sinno M, Coquerel Q, Do Rego JC, Coëffier M, Gilbert D, et al. Emerging role of autoantibodies against appetite-regulating neuropeptides in eating disorders. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* sept 2008;24(9):854-9.
50. Fetissov SO, Harro J, Jaanisk M, Järv A, Podar I, Allik J, et al. Autoantibodies against neuropeptides are associated with psychological traits in eating disorders. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 11 oct 2005;102(41):14865-70.
51. Gillberg IC, Gillberg C, Råstam M, Johansson M. The cognitive profile of anorexia nervosa: A comparative study including a community-based sample. *Compr Psychiatry.* 1 janv 1996;37(1):23-30.
52. Oldershaw, Schmidt. Emotional processing following recovery from anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2012;6(20):502-9.
53. Duriez P, Gorwood P. Apports récents des neurosciences dans la compréhension de l'anorexie mentale : génétique, épigénétique, neurocognition et circuit de la récompense. *Cah Nutr Diététique.* 1 juin 2018;53(3):136-40.
54. Holliday J, Tchanturia K, Landau S, Collier D, Treasure J. Is Impaired Set-Shifting an Endophenotype of Anorexia Nervosa? *Am J Psychiatry.* 1 déc 2005;162(12):2269-75.
55. Rose M, Frampton I, Lask B. A Case Series Investigating Distinct Neuropsychological Profiles in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2012;20(1):32-8.
56. Brooks SJ, O'Daly OG, Uher R, Schiöth HB, Treasure J, Campbell IC. Subliminal food images compromise superior working memory performance in women with restricting anorexia nervosa. *Conscious Cogn.* 1 juin 2012;21(2):751-63.
57. Guilbaud O. To eat or not to eat : quelles sont les modalités de relations d'objet à l'œuvre dans l'anorexie mentale ? *L'Évolution Psychiatr.* janv 2012;77(1):121-44.
58. Corcos M. Le corps insoumis [Internet]. Dunod; 2011 [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-corps-insoumis--9782100552603.htm>

59. Jeammet. L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Ann Méd Psychol.* 1998;(156):668-80.
60. Charrier P, Hirschelmann A. *Les états limites.* 3^e éd. Armand Colin; 2015. 87 p.
61. Corcos M, Atger F, Jeammet P. Evolution des approches compréhensives des troubles du comportement alimentaire. *Ann Méd Psychol.* 2003;621-9.
62. Brusset, Jeammet. Les périodes boulimiques dans l'évolution de l'anorexie mentale de l'adolescente. *Rev Neuropsychiatr Infant.* 1971;(19(11)):661-90.
63. Winnicott. L'agressivité et ses racines. In: *Aggressivité, culpabilité et réparation.* Paris: Payot; 1994. p. 163-72.
64. Klein. Les rapports entre la névrose obsessionnelle et les premiers stades de la formation du surmoi. In: *La psychanalyse des enfants* [Internet]. Paris: PUF; 1993 [cité 28 juill 2019]. p. 163-90. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/la-psychanalyse-des-enfants-9782130575979.html>
65. Brusset B. Chapitre 2. Fairbairn et la relation d'objet. *Fil Rouge.* 2007;27-52.
66. Jeammet. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance. *Confront Psychiatr.* 1989;31:179-202.
67. Sours JA. *Starving to death in a sea of objects: the anorexia nervosa syndrome.* New York: J. Aronson; 1980. xx, 443.
68. Selvini-Palazzoli. La famille de l'anorexique et la famille du schizophrène. Une étude transactionnelle. *Actual Psychiatr.* 1982;(12):15-25.
69. Dupont, Corcos. Aspects psychopathologiques des troubles des conduites alimentaires. *Rev Prat.* 2008;58(2):1-9.
70. Freud. Une névrose diabolique au XVII^e siècle (1923). In: *Œuvres complètes - psychanalyse - vol XVI : 1921-1923* [Internet]. 1996 [cité 28 juill 2019]. p. 213-50. Disponible sur: https://www.puf.com/content/%C5%92uvres_compl%C3%A8tes_-_psychanalyse_-_vol_XVI_%3A_1921-1923
71. Linton R. *The Study of Man.* New York: Appleton Century; 1936.
72. Devereux G. *Normal and abnormal: The key problem of psychiatric anthropology (1956).* In: *Essais d'ethnopsychanalyse générale.* Paris: Gallimard; 1970.
73. Bateson G, Mead M. *Balinese character : A Photographic Analysis.* New York: New York Academy of Sciences; 1942.
74. Corcos M, Flament M, Jeammet P. Conduites de dépendance : principales conceptions psychopathologiques. In: *Les conduites de dépendance Dimensions psychopathologiques communes.* Paris: Masson; 2003. p. 75-104.
75. Bruch H. *Les yeux et le ventre.* Paris: Payot; 1978.

76. Jeammet P. Gérer la distance relationnelle aux objets d'attachement [Internet]. ERES; 2007 [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-adolescence-aujourd-hui--978274920509-page-11.htm>
77. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal.* 1958;350-73.
78. Feeney BC, Woodhouse SS. Caregiving. In: J S Cassidy, Phillip R Handbook of Attachment: Third Edition: Theory, Research, and Clinical Applications. Guilford Press; 2016. p. 827-51.
79. Ainsworth M. Object relations, dependancy, and attachment : a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Dev.* 1969;4(40):969-1025.
80. Guédeney N, Guédeney A. L'attachement : Approche Théorique [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2016 [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/book/9782294745201/lattachement-approche-theorique>
81. Miljkovitch R. L'attachement au cours de la vie [Internet]. Presses Universitaires de France; 2001 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-attachement-au-cours-de-la-vie--9782130519287.htm>
82. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* août 1991;61(2):226-44.
83. Fonagy P. Attachment Theory and Psychoanalysis. New York: Other Press; 2001.
84. Cassidy J, Shaver P. Handbook of Attachment, third edition : thoery, research, and clinical applications. New York: Guilford Press; 2016.
85. Piaget J. La psychologie de l'intelligence. Armand Colin; 1947.
86. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* nov 2009;21(4):1355-81.
87. Habets I. Liens d'attachement à l'adolescence, une inscription dans le temps et dans l'espace de la famille et de la société. *Ther Fam.* 12 nov 2014;Vol. 35(3):311-27.
88. Allen JP, Miga EM. Attachment in adolescence: A move to the level of emotion regulation. *J Soc Pers Relatsh.* 1 janv 2010;27(2):181-90.
89. Carraz J, Perroud A. Anorexie et boulimie : approche dialectique [Internet]. Elsevier; 2009 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294704741X00010>
90. Griffin D, Bartholomew K. Models of the Self and Other: Fundamental Dimensions Underlying Measures of Adult Attachment. *J Pers Soc Psychol.* 1 sept 1994;67:430-45.
91. Raynault A, Rousselet M, Acier D, Grall-Bronnec M. Caractéristiques associées à l'attachement insécuré dans l'anorexie mentale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 juill 2016;174(6):431-5.
92. Barone L, Guiducci V. Mental representations of attachment in eating disorders: a pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attach Hum Dev.* juill 2009;11(4):405-17.

93. Kuipers GS, van Loenhout Z, van der Ark LA, Bekker MHJ. Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attach Hum Dev.* 2016;18(3):250-72.
94. Ramacciotti A, Sorbello M, Pazzagli A, Vismara L, Mancone A, Pallanti S. Attachment processes in eating disorders. *Eat Weight Disord EWD.* sept 2001;6(3):166-70.
95. Ringer C, Crittenden P. Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;15:119–30.
96. Tasca GA, Balfour L. Attachment and eating disorders: a review of current research. *Int J Eat Disord.* nov 2014;47(7):710-7.
97. Sharp C, Williams L, Ha C, Baumgardner J, Michonski J, Seals R, et al. The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bull Menninger Clin.* 1 déc 2009;73:311-38.
98. Hardit S, Hannum J. Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction. *Body Image.* 12 juill 2012;9:469-75.
99. Mead M. *Le fossé des générations.* Paris: Denoël; 1972.
100. Marcelli D, Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie.* Elsevier; 2008.
101. INED. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
102. Rousseau J, Israël P. Jalons pour une étude métapsychologique de l'adolescence. *L'inconscient.* 1968;6:105-16.
103. Gutton P. *Le pubertaire.* Paris: PUF; 1991.
104. Blos P, Wieder C. L'insoumission au père ou l'effort adolescent pour être masculin. *Adolescence.* 1988;6(1):19-30.
105. Laufer M. L'idéal du moi et le pseudo-idéal du moi à l'adolescence. *Rev Fr Psychanal.* 1980;3-4(44):591-616.
106. Michel G. Recherche de sensations et sur-éveil corporel à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 avr 2001;49(3):244-51.
107. Marcelli D, Braconnier A, Gicquel L. Psychopathologie des conduites centrées sur le corps. In: *Adolescence et psychopathologie.* Elsevier; 2008. p. 123-72.
108. Catheline N. Quand penser devient douloureux. *Psychiatr Enfant.* 2001;Vol. 44(1):169-210.
109. Kestemberg É. Notule sur la crise de l'adolescence. De la déception à la conquête. *Fil Rouge.* 1999;143-52.
110. Stoller R. *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme.* Paris: Gallimard; 1979.

111. Kernberg OF. Adolescent sexuality in the light of group processes. *Psychoanal Q.* janv 1980;49(1):27-47.
112. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception* (1945). Paris: Gallimard; 2005.
113. Barthe F, Hancock C. Spatialité des corps. Planète Terre - Sylvain Kahn [Internet]. 2012 [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/planete-terre/spatialite-des-corps>
114. Détrez C. *La construction sociale du corps*. Seuil; 2002.
115. Marzano M. *Philosophie du corps*. Paris: PUF; 2007. (Que sais-je?).
116. Platon. Phédon. In: *Oeuvres complètes*. Paris: Les Belles Lettres; 1963.
117. Platon. *La République*. In Paris: Les Belles Lettres;
118. Descartes R. *Méditations métaphysiques* (1641). Paris: GF; 1979.
119. Goffman E. *Asiles*. Paris: Editions de Minuit; 1968.
120. Bonvin F. *Le malade objet*. In: *La misère du monde* - P Bourdieu. Editions du Seuil; 1993.
121. Durkheim E. *Le dualisme de la nature humaine et ses conditions sociales*. In: *Scientia in Oeuvres complètes*. Paris: Editions de Minuit; 1914.
122. Pascal B. *Pensées*. 1670.
123. La Mettrie J. *L'homme-machine*. 1747.
124. Spinoza B. *L'éthique* (1677). Paris: Folio; 1994.
125. Atlan H. Henri Atlan, Spinoza et la biologie actuelle. *Les chemins de la philosophie* - Adèle Van Reeth [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie/henri-atlan>
126. Jacquet C. *Le Corps*. Paris: Puf; 2001.
127. Nietzsche F. *Fragments posthumes* (1885-1887). In: *Oeuvres complètes*. Paris: Gallimard; 1979.
128. Husserl. *Méditations cartésiennes. Introduction à la phénoménologie* (1931). Vrin; 1986. (Bibliothèque des textes philosophiques).
129. Dalmaso A. *Le corps c'est l'écran. La philosophie du visuel de Merleau-Ponty*. Mimésis; 2018.
130. Alloa E. *La résistance du sensible*. Broché; 2008.
131. Levinas E. *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1988.

132. Brunel M, Cosnier J. *L'empathie : un sixième sens*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon; 2012.
133. Mead GH. *Mind, self and society from the standpoint of a social behaviorist*. 1934.
134. Berger P, Luckmann T. *The social construction of reality*. Anchor Books; 1966.
135. Bateson G. *The Natural History of an Interview*. University of Chicago; 1971.
136. Baron-Cohen S. *Mindblindness : an essay on autism and theory of mind*. 1995.
137. Gopnik A. Theories and modules : creation myths, developmental realities and neurath's boat. In: *Theories of theories of mind - Carruthers & Smith*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
138. Berthoz A. *Le sens du mouvement*. Paris: Odile Jacob; 1997.
139. Berthoz A, Jorland G. *L'empathie*. Paris: Odile Jacob; 2004.
140. Decety J, Jeannerod M. Mentally stimulated movements in virtual reality : does fitts law hold in motor imagery? *Behav Brain Reserch*. 1996;(72):127-34.
141. Jeannerod M. *The cognitive neuroscience of action*. New York: Blackwell; 1997.
142. Rizzolatti G, Sinagaglia C. *Neurones miroirs*. Paris: Odile Jacob; 2007.
143. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev*. 2004;(3):71-100.
144. Stern D. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: PUF; 1985.
145. Le Breton D. *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*. Petite Bibliothèque Payot; 1998.
146. Titchener EB. *Lectures on the experimental psychology of the thought processes*. New York: Macmillan; 1909.
147. Wallbott HG. Recognition of emotion from facial expression via imitation? Some evidence for an old theory. *Br J Soc Psychol*. 1991;30(3):207-19.
148. Bonnet N. *Le geste de type empathique*. Lyon, Université Lyon 2; 1998.
149. Ekman P, Levenson R, Friesen WV. Automatic nervous system activity distinguishes between emotion. *Science*. 1983;(221):1210-8.
150. Georgieff N. Théorie de l'esprit et psychopathologie. *Psychiatr Enfant*. 2005;48(2):341-71.
151. Jeannerod M. *Neuropsychologie humaine*. Liège: Mardaga; 1994.
152. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and therocognition of motor action. *Cogn Brain Res*. 1996;(3):131-41.
153. Cosnier J. *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris: Retz; 1994.

154. Pacherie E. L'empathie et ses degrés. In: L'empathie - Berthoz & Jorland. Paris: Odile Jacob; 2004. p. 149-81.
155. Hall ET. La dimension cachée (1966). Paris: Seuil; 1971.
156. Perrin E. Cultes du corps, enquêtes sur les nouvelles pratiques corporelles. Lausanne: Favre; 1985.
157. Foucault M. Surveiller et punir. Paris: Gallimard; 1975.
158. Piaget J. Les relations entre l'intelligence et l'affectivité dans le développement de l'enfant. In: Rimé & Ferrer. 1989.
159. Calame-Griaule G. Ethnologie et langage. La parole chez les Dogon. Paris: Gallimard; 1965.
160. Mauss M. J Psychol. 1921;
161. Granet M. Le langage de la douleur d'après le rituel judiciaire de la Chine classique. In: Etudes sociologiques sur la Chine. Paris: PUF; 1953.
162. Elias N. La dynamique de l'Occident. Paris: Calmann-Levy; 1975.
163. Harkness S, Super CM. The cultural construction of child development. A framework for the socialization of affect. In: The socialization of emotions - Lewis & Saarni. New York: Plenum; 1985.
164. Merleau-Ponty M. Signes. Paris: Gallimard; 1960.
165. Deleuze G. Logique du sens. Paris: Editions de Minuit; 1969.
166. Mauss. Les techniques du corps (1935). In: Techniques, technologies et civilisation. Paris: PUF; 2012.
167. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. mai 1980;137(5):535-44.
168. Sachs K. Weltgeschichte des Tanzes. Berlin; 1933.
169. Efron D. Gesture, race and culture: a tentative study of the spatio-temporal and « linguistic » aspects of the gestural behavior of eastern Jews and southern Italians in New York City, living under similar as well as different environmental conditions. Mouton; 1941. 236 p.
170. Villermé LR. Tableau physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie. 1840.
171. Linhart R. L'établi. Paris: Editions de Minuit; 1978.
172. Faure S. Apprendre par corps. Paris: Editions de La Dispute; 2000.
173. Drulhe M. Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé. Paris: PUF; 1996.
174. Schwartz O. Le monde privé des ouvriers. Paris: PUF; 1990.

175. Loriol M. Le Temps de la fatigue. La gestion du mal-être au travail. Paris: Anthropos; 2000.
176. Douglas M. De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou (1966). Paris: Maspero; 1981.
177. Parsons T. Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice. In: The social process. Glencoe: The Free Press; 1951.
178. Sontag S. La maladie comme métaphore. Paris: Editions du Seuil; 1979.
179. Kristeva J. Pouvoir de l'horreur : essai sur l'abjection. Paris: Editions du Seuil; 1980.
180. Hertz R. La prééminence de la main droite : étude sur la polarité religieuse. In: Mélanges de sociologie religieuse et de folklore. Paris: PUF; 1970.
181. Leenhardt M. Do Kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien. Paris: Gallimard; 1947.
182. Huston N. Journal de la création. Paris: Babel; 1990.
183. Elias N. La civilisation des moeurs (1939). Paris: Calmann-Levy; 1973. (Agora).
184. Lay SL. Individuation, individualisation, atomisation. Malentendus de classes. Mouvements. 2003;no26(2):27-32.
185. Foucault M. Histoire de la sexualité. Paris: Gallimard; 1976.
186. Berthelot JM. Corps et société, problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps. Cah Int Sociol. 1983;LXXIV.
187. Fassin D. L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie. Vol. 4. Paris: PUF; 1996.
188. Insee Première. n°365. 1995.
189. Bourdieu. Un art moyen, essai sur les usages sociaux de la photographie. 2è éd. Paris: Editions de Minuit; 1970. pp. 22-23.
190. Boltanski L. Les usages sociaux du corps. Econ Sociétés Civilis. 1971;26è année, N. 1.
191. Ewing WA. Le Siècle du corps. Paris: Editions de la Martinière; 2000.
192. Bourdieu P. Le corps et le sacré. Actes Rech En Sci Soc. 1994;(104).
193. Montreynaud F. Le XXème Siècle des femmes. Paris: Nathan; 1992.
194. Perrot P. Les Dessus et les dessous de la bourgeoisie. Une histoire du vêtement au XIXème siècle. Paris: Fayard; 1981.
195. Bourdieu P. La Distinction. Critique sociale du jugement. Paris: Editions de Minuit; 1979.
196. Becker H. Outsiders. Glencoe: Free Press of Glencoe; 1963.
197. Molénat X. L'anorexie, un fait social. Sci Hum. 2004;N°146(2):33-33.

198. Darmon M. Devenir anorexique [Internet]. La Découverte; 2008 [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/devenir-anorexique--9782707153753.htm>
199. Gojard S. Compte rendu d'ouvrage - Devenir anorexique. Une approche sociologique. Cah Econ Sociol Rural. 2004;72:120-4.
200. Girard R. Anorexie et désir mimétique. Paris: L'Herne; 2008.
201. Anspach M. L'anorexie et l'esprit du temps (Préface). In: Anorexie et désir mimétique - Girard. Paris: L'Herne; 2008.
202. Betbèze J. Apport de la critique sociale au soin de l'anorexie. In: Pistes narratives Pour faire face au sentiment d'échec personnel et professionnel. Hermann; 2011.
203. Klein H, Shiffman KS. Thin is « in » and stout is out" what animated cartoons tell viewers about body weight. Eat Weight Disord EWD. juin 2005;10(2):107-16.
204. Selvini Palazzoli M. L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare. 2006.
205. Ehrenberg A. La fatigue d'être soi. Odile Jacob; 1998.
206. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. Br J Psychiatry J Ment Sci. juin 2002;180:509-14.
207. Norris ML, Boydell KM, Pinhas L, Katzmann DK. Ana and the internet : a review of pro-anorexia websites. Int J Eat Disord. 2006;(39):443-7.
208. Yom-Tov E, Brunstein-Klomek A, Hadas A, Tamir O, Fennig S. Differences in physical status, mental state and online behavior of people in pro-anorexia web communities. Eat Behav. 2016;(22):109-12.
209. Casili A, Pailler F, Tubaro P. Online networks of eating-disorders websites : why censoring pro-ana might be a bad idea. Perspect Public Health. 2013;2(133):94-5.
210. Csipke E, Horne O. Pro-eating disorder websites : user's opinions. Eur Eat Disord Rev. 2007;(15):196-206.
211. Bynum CW. Holy Feast and Holy Fast [Internet]. 1987 [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ucpress.edu/book/9780520063297/holy-feast-and-holy-fast>
212. Bertin E, Benzerouk F, Gavlak B, Bernard D, Gagnayre R, Foucaut A-M. La relation au corps, un élément complexe et multiple à considérer dans l'obésité. Cah Nutr Diététique. août 2019;54(4):206-14.
213. Mehling WE, Price C, Daubenmier JJ, Acree M, Bartmess E, Stewart A. The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). PloS One. 2012;7(11):e48230.

214. Nasio J. *Mon corps et ses images. Le corps est la voie royale qui mène à l'inconscient*. Paris: Payot; 2013.
215. Lewer M, Nasrawi N, Schroeder D, Vocks S. Body image disturbance in binge eating disorder: a comparison of obese patients with and without binge eating disorder regarding the cognitive, behavioral and perceptual component of body image. *Eat Weight Disord EWD*. mars 2016;21(1):115-25.
216. Brockmeyer T, Anderle A, Schmidt H, Feby S, Wunsch-Leiteritz W, Leiteritz A, et al. Body image related negative interpretation bias in anorexia nervosa. *Behav Res Ther*. 2018;104:69-73.
217. Tsakiris M, Tajadura-Jiménez A, Costantini M. Just a heartbeat away from one's body: interoceptive sensitivity predicts malleability of body-representations. *Proc Biol Sci*. 22 août 2011;278(1717):2470-6.
218. Craig AD. How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat Rev Neurosci*. août 2002;3(8):655-66.
219. Verdejo-Garcia A, Clark L, Dunn BD. The role of interoception in addiction: A critical review. *Neurosci Biobehav Rev*. 1 sept 2012;36(8):1857-69.
220. Vago DR, Silbersweig DA. Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 2012 [cité 19 oct 2019];6. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2012.00296/abstract>
221. Grabauskaitė A, Baranauskas M, Griškova-Bulanova I. Interoception and gender: What aspects should we pay attention to? *Conscious Cogn*. 1 févr 2017;48:129-37.
222. Nandrino J-L, Baracca M, Antoine P, Paget V, Bydlowski S, Carton S. Level of emotional awareness in the general French population: effects of gender, age, and education level. *Int J Psychol J Int Psychol*. 2013;48(6):1072-9.
223. Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, Early-Zald MB. Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *J Abnorm Psychol*. févr 1995;104(1):140-9.
224. Gustafsson SA, Edlund B, Kjellin L, Norring C. Characteristics measured by the Eating Disorder Inventory for children at risk and protective factors for disordered eating in adolescent girls. *Int J Womens Health*. 28 oct 2010;2:375-9.
225. Emanuelsen L, Drew R, Köteles F. Interoceptive sensitivity, body image dissatisfaction, and body awareness in healthy individuals. *Scand J Psychol*. avr 2015;56(2):167-74.
226. Bruch H. Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosom Med*. 1 mars 1962;24(2):187-94.
227. Craig ADB. How do you feel--now? The anterior insula and human awareness. *Nat Rev Neurosci*. 2009;10(1):59-70.

228. Fassino S, Pierò A, Gramaglia C, Abbate-Daga G. Clinical, Psychopathological and Personality Correlates of Interoceptive Awareness in Anorexia nervosa, Bulimia nervosa and Obesity. *Psychopathology*. 2004;37(4):168-74.
229. Füstös J, Gramann K, Herbert BM, Pollatos O. On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Soc Cogn Affect Neurosci*. déc 2013;8(8):911-7.
230. Garfinkel SN, Critchley HD. Interoception, emotion and brain: new insights link internal physiology to social behaviour. Commentary on: « Anterior insular cortex mediates bodily sensibility and social anxiety » by Terasawa et al. (2012). *Soc Cogn Affect Neurosci*. mars 2013;8(3):231-4.
231. Barrett LF, Quigley KS, Bliss-Moreau E, Aronson KR. Interoceptive sensitivity and self-reports of emotional experience. *J Pers Soc Psychol*. nov 2004;87(5):684-97.
232. Herbert BM, Herbert C, Pollatos O. On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: is interoceptive awareness related to emotional awareness? *J Pers*. oct 2011;79(5):1149-75.
233. Bogaerts K, Millen A, Li W, De Peuter S, Van Diest I, Vlemincx E, et al. High symptom reporters are less interoceptively accurate in a symptom-related context. *J Psychosom Res*. nov 2008;65(5):417-24.
234. McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biol Psychiatry*. 15 nov 2002;52(10):938-46.
235. Matsumoto R, Kitabayashi Y, Narumoto J, Wada Y, Okamoto A, Ushijima Y, et al. Regional cerebral blood flow changes associated with interoceptive awareness in the recovery process of anorexia nervosa. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 30 sept 2006;30(7):1265-70.
236. Bruch H. Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within. *Eat Disord Obes Anorex Nerv Pers Within* [Internet]. 1974 [cité 19 oct 2019]; Disponible sur: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19741422333>
237. Bertin E, Ostermann G. Comportement alimentaire et obésité : place de la symbolique alimentaire. *Cah Nutr Diététique*. 1 juin 2017;52(3):122-8.
238. Kremer I, Orbach I, Rosenbloom T. Body image among victims of sexual and physical abuse. *Violence Vict*. 2013;28(2):259-73.
239. Young L. Sexual abuse and the problem of embodiment. *Child Abuse Negl*. 1992;16:89-100.
240. Price CJ, Thompson EA. Measuring Dimensions of Body Connection: Body Awareness and Bodily Dissociation. *J Altern Complement Med*. nov 2007;13(9):945-53.
241. Price CJ, Thompson EA, Cheng SC. Scale of Body Connection: A multi-sample construct validation study. *Aguilera AI, éditeur. PLOS ONE*. 13 oct 2017;12(10):e0184757.
242. Dorsey RR, Eberhardt MS, Ogden CL. Racial/Ethnic Differences in Weight Perception. *Obesity*. 2009;17(4):790-5.

243. Peltzer K, Pengpid S. Underestimation of weight and its associated factors in overweight and obese university students from 21 low, middle and emerging economy countries. *Obes Res Clin Pract.* 1 mai 2015;9(3):234-42.
244. Herman C, Polivy J. *Restrained Eating.* In: *Obesity - Saunders.* Philadelphia; 1980.
245. Canterini C-C, Gaubil-Kaladjian I, Vatin S, Viard A, Wolak-Thierry A, Bertin E. Rapid Eating is Linked to Emotional Eating in Obese Women Relieving from Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2018;28(2):526-31.
246. Blumfield ML, Bei B, Zimberg IZ, Cain SW. Dietary disinhibition mediates the relationship between poor sleep quality and body weight. *Appetite.* 1 janv 2018;120:602-8.
247. Braet C, O'Malley G, Weghuber D, Vania A, Erhardt E, Nowicka P. The Assessment of Eating Behaviour in Children Who Are Obese: A Psychological Approach. A Position Paper from the European Childhood Obesity Group. *Obes Facts [Internet].* 2014 [cité 19 oct 2019];7(3). Disponible sur: <https://www.karger.com/Article/FullText/362391>
248. Huh J, Shiyko M, Keller S, Dunton G, Schembre SM. The time-varying association between perceived stress and hunger within and between days. *Appetite.* 1 juin 2015;89:145-51.
249. Papezová H, Yamamotová A, Uher R. Elevated pain threshold in eating disorders: physiological and psychological factors. *J Psychiatr Res.* juill 2005;39(4):431-8.
250. Papezová H, Yamamotová A, Nedvídková J. Pain modulation role of melatonin in eating disorders. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* févr 2001;16(1):68-70.
251. Dubreuil-Larizien A. *Evaluation de l'intérêt d'ateliers de stimulations olfactives dans l'anorexie mentale.* [Lille]: Université Lille 2; 2014.
252. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Herman D, Raes F, Watkins E, et al. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull.* janv 2007;133(1):122-48.
253. Riva G, Dakanalis A. Altered Processing and Integration of Multisensory Bodily Representations and Signals in Eating Disorders: A Possible Path Toward the Understanding of Their Underlying Causes. *Front Hum Neurosci.* 12 févr 2018;12:49.
254. Riva G. Neurobiology of Anorexia Nervosa: Serotonin Dysfunctions Link Self-Starvation with Body Image Disturbances through an Impaired Body Memory. *Front Hum Neurosci [Internet].* 24 nov 2016 [cité 11 mai 2019];10. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2016.00600/full>
255. Riva G. Neuroscience and eating disorders: The allocentric lock hypothesis. *Med Hypotheses.* févr 2012;78(2):254-7.
256. Byrne P, Becker S, Burgess N. Remembering the past and imagining the future: a neural model of spatial memory and imagery. *Psychol Rev.* 2007;(114):340-75.
257. de Vignemont F. Body schema and body image--pros and cons. *Neuropsychologia.* févr 2010;48(3):669-80.

258. Guardia D, Lafargue G, Thomas P, Dodin V, Cottencin O, Luyat M. Anticipation of body-scaled action is modified in anorexia nervosa. *Neuropsychologia*. nov 2010;48(13):3961-6.
259. Gallagher S. *How the Body Shapes the Mind*. Clarendon Press; 2006. 578 p.
260. Schwoebel J, Coslett HB. Evidence for multiple, distinct representations of the human body. *J Cogn Neurosci*. avr 2005;17(4):543-53.
261. Cash TF, Deagle EA. The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord*. sept 1997;22(2):107-25.
262. Skrzypek S, Wehmeier PM, Remschmidt H. Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. déc 2001;10(4):215-21.
263. Cases C, Salines E. Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. *Rev Francaise Aff Soc*. 2004;(1):181-204.
264. Carrard I, Lien Rebetez MM, Mobbs O, Van der Linden M. Factor structure of a French version of the eating disorder examination-questionnaire among women with and without binge eating disorder symptoms. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. mars 2015;20(1):137-44.
265. Cooper Z, Fairburn C. Eating Disorder Examination [Internet]. American Psychological Association; 2011 [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t03975-000>
266. Rousseau A, Knotter R-M, Barbe R-M, Raich R-M, Chabrol H. Étude de validation de la version française du Body Shape Questionnaire. *L'Encéphale*. avr 2005;31(2):162-73.
267. Shields SA, Mallory ME, Simon A. The Body Awareness Questionnaire: Reliability and Validity. *J Pers Assess*. déc 1989;53(4):802-15.
268. Carre A, Shankland R, Guillaume P, Duclos J, Pellissier S. Développement d'une mesure de la conscience intéroceptive : Résultats préliminaires de l'adaptation du Body Awareness Questionnaire (BAQ) en langue française. 2016.
269. Pugh M, Waller G, Esposito M. Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder 'voice'. *Child Abuse Negl*. 1 déc 2018;86:197-205.
270. Corstens D, Longden E. The Origins of Voices: Links Between Life History and Voice Hearing in a Survey of 100 Cases. *Psychos Psychol Soc Integr Approaches*. 1 oct 2013;5.
271. Moskowitz A, Corstens D. Auditory Hallucinations: Psychotic Symptom or Dissociative Experience? *J Psychol Trauma*. 30 nov 2007;6.
272. Longden E, Madill A, Waterman MG. Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychol Bull*. janv 2012;138(1):28-76.
273. Moskowitz A, Read J, Farrelly S, Rudegeair T, O W. Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind? In 2009. p. 322-51.

274. Pugh M. The internal 'anorexic voice': a feature or fallacy of eating disorders? *Adv Eat Disord.* 2 janv 2016;4(1):75-83.
275. Noordenbos G, Aliakbari N, Campbell R. The relationship among critical inner voices, low self-esteem, and self-criticism in eating disorders. *Eat Disord.* 2014;22(4):337-51.
276. Nielsen SKK, Lønfeldt N, Wolitzky-Taylor KB, Hageman I, Vangkilde S, Daniel SIF. Adult attachment style and anxiety – The mediating role of emotion regulation. *J Affect Disord.* 15 août 2017;218:253-9.
277. Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C. *DSM-5® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* 5e édition. Elsevier Masson; 2015.
278. Morgan H, Hayward A. Clinical Assessment of Anorexia Nervosa: The Morgan- Russell Outcome Assessment Schedule. *Br J Psychiatry.* 1988;3(152):367-71.
279. Crittenden P. The Family Relations Institute: Dynamic-Maturational Model (DMM) of Attachment and Adaptation. [Internet]. [cité 22 sept 2019]. Disponible sur: https://www.patcrittenden.com/include/dmm_model.htm
280. Ferreri M, Alby JM, Mirabel V, Godefroy M. Dymorphophobies. *Psychiatrie* [Internet]. 1990 [cité 20 oct 2019];37. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article/10114/resultatrecherche/1>
281. Fairburn C, J. Beglin S. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). *Cogn Behav Ther Eat Disord.* 1 janv 2008;309-13.

Annexes

Annexe 1 : Critères DSM-5 pour le diagnostic des troubles du comportement alimentaire (277)

L'anorexie mentale est définie par les critères suivants :

- A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique.

- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros-se-, ou comportements persistants allant à l'encontre de la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

- 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 manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle.

Le DSM différencie deux types d'anorexie mentale :

- le type restrictif, dans lequel la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif ;
- le type purgatif (en anglais *binge-eating type*) avec crises de boulimie et/ou vomissements provoqués et/ou comportements purgatifs.

La boulimie est définie par les critères suivants :

- A. Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée, caractérisés par l'association de :
 - absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps (par ex. moins de 2h)
 - associés à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.

- B. Mise en œuvre de comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prise de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif).

- C. Avec une fréquence moyenne d'au moins une fois par semaine pendant au moins 3 mois.
- D. L'estime de soi est excessivement influencée par la forme du corps et le poids.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'une période d'anorexie mentale.

L'hyperphagie boulimique :

- A. Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée, caractérisés par l'association de :
 - absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps (par ex. moins de 2h)
 - associés à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
 - B. Associés à au moins trois des éléments suivants
 - manger beaucoup plus rapidement que la normale
 - manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale
 - manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim
 - manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe
 - se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
 - C. Détresse marquée en lien avec l'existence de cette hyperphagie.
 - D. Les épisodes d'hyperphagie se produisent au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
 - E. Le trouble n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme c'est le cas dans les épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie.
-

Annexe 2 : critères de Morgan-Russel pour le pronostic de l'anorexie mentale (278)

Bon score (rémission) = poids normal (IMC>18), règles régulières

Score intermédiaire (en voie de rémission) = poids normal OU règles régulières

Mauvais score (persistance du trouble) = poids anormal et absence de règles régulières

Annexe 3 : Profils d'attachement à la Situation Etrange entre 12 et 18 mois et correspondance avec les états d'esprits à l'âge adulte (80)

Profil B : sécuré	Réaction éventuelle à la séparation Réunion : accueil de la mère, recherche de proximité sans évitement Maintien du contact modéré à fort Possibilité d'être réconforté sans résister, mieux par la FA que par l'étranger, et de s'intéresser de nouveau à l'exploration	Etat d'esprit sécuré
Profil A : insécuré évitant	Réaction éventuelle à la séparation Réunion : peu d'accueil de la mère Minimise l'expression de son malaise ou de ses émotions, évitement du regard Détourne son attention de sa mère en se focalisant sur ses jouets, a l'air aussi bien avec l'étrangère qu'avec sa mère Pas de maintien de contact si proposé	Etat d'esprit détaché
Profil C : insécuré ambivalent- résistant	Détresse importante lors des séparations Résistance passive ou coléreuse au contact Recherche de proximité plus ou moins forte Maintien du contact ambivalent Difficulté à être consolé, ne peut retourner jouer ensuite	Etat d'esprit préoccupé
Profil D : insécuré désorganisé	Peut montrer de la détresse à la séparation Mais n'a pas de stratégie d'attachement cohérente (on ne comprend pas ses intentions) Déploiement <i>séquentiel</i> de patterns d'attachement contradictoires : comportements d'attachement (de recherche de proximité), colère, fuite, figement, expression hébétée Déploiement <i>simultané</i> de patterns d'attachement contradictoires :	Etat d'esprit craintif

	comportement évitant en même temps que recherche de proximité, maintien de contact, résistance au contact Mouvements et expressions non dirigés, incomplets ou interrompus Stéréotypies, mouvements asymétriques ou à contretemps, postures anormales Figement, immobilité, expressions et mouvements ralentis Indices d'appréhension par rapport au parent Indices de désorganisation/désorientation	
--	--	--

Annexe 4 : classification des styles d'attachement d'après Bartholomew et Horowitz (1991) :

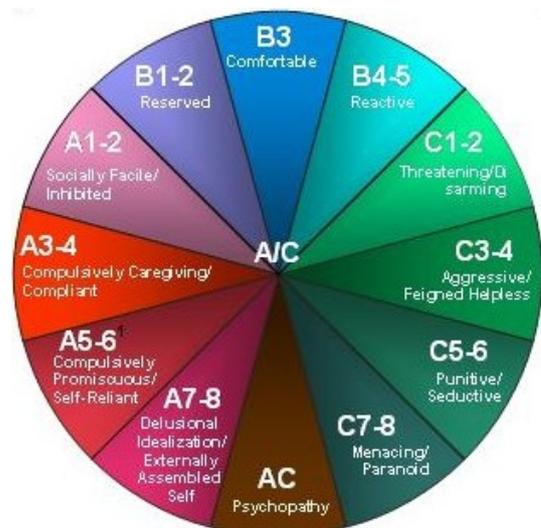
(91)

		Modèle de soi	
		Positif	Négatif
Modèle des autres	Positif	SÉCURE : bonne estime de soi confiance [en soi et en l'autre] saine dépendance vis-à-vis d'autrui	PRÉOCCUPÉ : anxiété dans les relations interpersonnelles préoccupé par les relations interpersonnelles désir d'être approuvé par les autres manque de confiance solitude
	Négatif	DÉTACHÉ : évite l'intimité manque de confiance valorise l'indépendance valorise la réussite	CRAINTIF : faible estime de soi manque de confiance anxiété dans les relations interpersonnelles recherche le contact et l'intimité désir d'être approuvé par les autres solitude colère-hostilité

Annexe 5 : Dynamic-maturational model (modèle de Crittenden) :

(279)

Les profils A1-2 (idéalisation des figures d'attachement, recours privilégié aux cognitions et tendance à la répression émotionnelle), B (autonomie relationnelle, bonnes capacités de communication, disponibilité affective) et C1-2 (comportement guidé



par les ressentis émotionnels, tendance à la démonstration affective dans la relation à l'autre, en alternance entre la présentation d'un soi invulnérable, blâmant les autres pour les problèmes rencontrés, et celle d'un soi vulnérable nécessitant de l'aide) correspondent aux profils normatifs.

Les autres profils A et C et ceux combinant l'association des deux stratégies (A/C) correspondent à la désorganisation d'attachement. Les profils A1 à A8 déforment de plus en plus les cognitions (et omettent les émotions négatives) tandis que les profils C1 à C8 déforment de plus en plus les émotions (omettant les cognitions négatives).

Profils du groupe A :	Profils du groupe C :
A3-4 : inhibition des émotions négatives plus marquée A3 : caregivers compulsifs soin de FA tristes ou vulnérables dans l'enfance A4 : obéissance compulsive à une FA perçue comme menaçante, hypervigilance, prévenance excessive	C3-4 : alternance entre agression (C3) et démonstration d'impuissance (C4) suscitant la soumission d'autrui par peur d'une attaque (C3) ou l'apport d'aide (C4)
A5 : promiscuité compulsive, démultiplication des investissements affectifs superficiels, avec ou sans promiscuité sexuelle A6 : autosuffisance compulsive, défaut de confiance en l'autre pour satisfaire ses besoins et d'engagement dans des relations proches	C5-C6 : C5 : « punitive », obsession punitive de revanche à l'égard d'un préjudice, invalidation des points de vue des autres C6 : « séductive », recherche d'aide face à un danger auto-induit, démonstration d'une colère déformée
A7 : idéalisation délirante des FA A8 : « externally-assembled self », dépendance pathologique à l'autre, très peu de sentiments ou d'initiatives propres	C7-C8 : C7 : volonté d'attaquer, par souci délirant de revanche, un ennemi ubiquitaire C8 : peur d'un ennemi ubiquitaire
AC : psychopathie	

FA = figures d'attachement

Annexe 6 : Critères d'une transition accomplie vers l'âge adulte (100)

Marcelli, Braconnier et N. Gaillard-Janin, cf P550	Critères de maturité émotionnelle de Menninger
Harmoniser les relations entre son corps et sa psyché ; Développer un discours personnel ; Développer ses connaissances du monde, ses connaissances pratiques, intellectuelles, culturelles, développer ses habiletés et ses compétences sociales ; Développer harmonieusement l'estime de soi et de son corps, en un mot son narcissisme ; Développer harmonieusement sa relation aux autres, sexuellement, amicalement et socialement, en d'autres	La capacité de se confronter de façon constructive à la réalité ; La capacité de s'adapter au changement ; Une relative liberté vis-à-vis des symptômes produits par l'anxiété et les tensions de la vie ; La capacité à trouver plus de satisfaction en donnant qu'en recevant ; La capacité à établir des liens humains d'une manière solide avec une satisfaction et un soutien mutuel ;

termes bénéficier d'une liberté suffisante dans la possibilité de développer l'ensemble des relations objectales ;	La capacité de sublimer son énergie instinctive dans l'acquisition des connaissances, dans les actions créatives et constructives ;
Développer son idéal du moi et non pas subir son moi idéal infantile ;	La capacité d'aimer.
Etre suffisamment conscient et pas là même à distance ou dégagé de comportements ou traits de caractère contraignants dans la vie personnelle et sociale.	

Annexe 7 : Définitions

- *Image du corps*

Manière dont chacun se perçoit, s'imagine, se sent par rapport à son propre corps (266) Il s'agirait d'une image inconsciente du corps qui est à l'image des émotions issues de ces différentes sensibilités au long de la vie » (212,214), impliquée dans la différenciation des frontières entre le soi et le non-soi, c'est à dire entre l'intérieur du corps et les perceptions issues du monde externe. Elle concerne les représentations perceptuelles, sémantiques, esthétiques et émotionnelles du corps et n'est pas impliquée dans l'action (258).

- *Schéma corporel*

Représentation sensorimotrice dynamique du corps, liée à l'anticipation et à la réalisation de l'action (258).

- *Distorsion des perceptions corporelles*

Les troubles de la perception de la silhouette corporelle sont un symptôme majeur des TCA, où ils sont marqués par la tendance à la surestimation de la corpulence (à l'inverse, on peut observer sa sous-estimation dans la population obèse). Il s'agit d'un concept proche de celui de dysmorphoesthésie (désignant un trouble de l'apparence lié à la distorsion du sentiment esthétique de l'image de soi (280)). La distorsion des perceptions corporelles serait liée à un défaut d'intégration de l'expérience corporelle dans sa dimension multisensorielle : intégration des données sensorielles extéroceptives et proprioceptives, des signaux corporels intéroceptifs (impliqués dans la sensibilité émotionnelle) et des prédictions sur l'état corporel issues des mémoires conceptuelle, perceptuelle et épisodique.

- *Préoccupation corporelle (266) :*

Préoccupation excessive de l'apparence du corps, pouvant être mesurée au BSQ. L'insatisfaction corporelle est l'une de ses dimensions. Elle se manifeste dans les TCA par :

- évitement et honte sociale de l'exposition du corps ;
- insatisfaction corporelle par rapport aux parties inférieures du corps ;
- usage de laxatifs et de vomissements pour réduire l'insatisfaction corporelle ;
- cognitions et comportements inadaptés afin de contrôler le poids.

- *Biais d'interprétation négative associé à l'image corporelle*

Il s'agit d'un biais cognitif consistant en la tendance à l'interprétation négative de propos ambigus au sujet de son propre corps. Il peut être mesuré au SST (Scrambled Sentences Task)

- *Conscience intéroceptive*

La conscience intéroceptive est usuellement caractérisée par trois dimensions : la précision intéroceptive (évaluée par la précision de la détection du rythme cardiaque), la sensibilité intéroceptive (auto-évaluation de l'intéroceptivité par des auto-questionnaires) et la conscience intéroceptive (soit la « conscience métacognitive de la précision intéroceptive, ex : concordance entre confiance et précision ») (Bertin et al., 2019). Elle est impliquée dans la régulation émotionnelle ainsi que dans la prise de décisions en ce qu'elle permet l'orientation des comportements humains vers la poursuite d'états physiologiques recherchés.

- *Conscience corporelle*

Dans la présentation des méthodes et résultats de notre étude, nous utiliserons le terme de conscience corporelle, utilisé par les auteurs ayant développé les échelles, comme un synonyme de la sensibilité intéroceptive, terme né d'une théorisation plus approfondie de la conscience intéroceptive, ultérieure à la conception du QCC et de l'ECC. A noter que le QCC et l'ECC-BA évaluent des dimensions distinctes de la conscience corporelle, la première se centrant sur les signaux internes sans lien avec le vécu émotionnel et la seconde sur les signaux liés au vécu émotionnel.

- *Dissociation corporelle*

Désigne la distraction par rapport à l'expérience corporelle quotidienne et l'expérience de séparation du vécu corporel et émotionnel, caractérisée par la difficulté à identifier et prêter attention aux émotions. Il s'agit d'une stratégie défensive vis-à-vis de souvenirs ou de pensées douloureuses, fréquemment utilisée en cas de douleur physique ou de vécu traumatique. (240)

Annexe 8 : EDE-Q: Questionnaire d'évaluation des troubles alimentaires (264)



Pendant combien de jours durant **les 28 jours passés...**

Aucun jour 1-5 jours 6-12 jours 13-15 jours 16-22 jours 23-27 jours Chaque jour

01 Avez-vous intentionnellement essayé de limiter la quantité de nourriture que vous mangez pour influencer votre silhouette ou votre poids (que vous ayez réussi ou non)?

02 Avez-vous déjà passé de longues périodes (8 heures de veille ou plus) sans rien manger du tout dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids ?

03 Avez-vous essayé d'exclure de votre alimentation des aliments que vous aimez dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids (que vous ayez réussi ou non)?

04 Avez-vous essayé de suivre des règles précises concernant votre alimentation (par exemple, une limitation de calories) dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids (que vous ayez réussi ou non)?

05 Avez-vous eu fermement envie d'avoir l'estomac vide dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids?

06 Avez-vous eu fermement envie d'avoir un ventre complètement plat ?

07 Est-ce que le fait de penser à la nourriture, au fait de manger ou aux calories vous a beaucoup gêné-e pour vous concentrer sur les choses qui vous intéressent (par exemple, travailler, suivre une conversation, ou lire)?

08 Est-ce que le fait de penser à votre silhouette ou à votre poids vous a beaucoup gêné-e pour vous concentrer sur les choses qui vous

intéressent (par exemple, travailler, suivre une conversation, ou lire)?

09 Avez-vous clairement eu peur de perdre le contrôle sur votre alimentation?

10 Avez-vous clairement eu peur d'une possible prise de poids?

11 Vous êtes-vous senti-e gros-se?

12 Avez-vous eu une forte envie de perdre du poids?

13. Durant les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous mangé ce que d'autres personnes considéreraient comme une quantité anormalement grande de nourriture (étant donné les circonstances) ? _____

14. Lors de ces épisodes, combien de fois avez-vous eu le sentiment de perdre le contrôle sur votre comportement alimentaire (au moment où vous mangiez)? _____

15. Durant les 28 derniers jours, pendant combien de **JOURS** ont eu lieu ces épisodes d'excès de nourriture (c.-à-d., vous avez mangé une quantité anormalement grande de nourriture et vous avez eu le sentiment de perdre le contrôle à ce moment)? _____

16. Durant les 28 derniers jours, combien de fois vous êtes-vous fait-e vomir comme moyen de contrôler votre silhouette ou votre poids? _____

17. Durant les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous pris des laxatifs comme moyen de contrôler votre silhouette ou votre poids? _____

18. Durant les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous fait de l'exercice sans pouvoir vous en empêcher, de façon irrésistible, pour contrôler votre poids, votre silhouette ou votre quantité de graisse, ou pour brûler des calories? _____

19. Durant les 28 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous mangé en secret (c.-à-d., en cachette)?...Ne comptez pas les épisodes de crises de boulimie

Aucun jour	1-5 jours	6-12 jours	13-15 jours	16-22 jours	23-27 jours	Chaque jour
------------	-----------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------

20. Combien de fois vous êtes-vous senti-e coupable de manger (avez-vous ressenti avoir fait quelque chose de mal) en raison des conséquences de ces prises d'aliments sur votre silhouette ou votre poids?...Ne comptez pas les épisodes de crises de boulimie

Aucune fois	Quelques fois	Moins de la moitié	La moitié des fois	Plus de la moitié	La plupart du temps	Chaque fois
-------------	---------------	--------------------	--------------------	-------------------	---------------------	-------------

21. Durant les 28 derniers jours, est-ce que l'idée que d'autres personnes pourraient vous voir manger vous a inquiété-e?...Ne comptez pas les épisodes de crises de boulimie

Pas tout du	Légèrement	Modérément	Fortement
-------------	------------	------------	-----------

Durant les 28 jours passés...

Pas du tout Légèrement Modérément Fortement

22 Est-ce que votre poids a influencé l'idée (jugement) que vous avez de vous-même en tant que personne?

23 Est-ce que votre silhouette a influencé l'opinion (jugement) que vous avez de vous-même en tant que personne?

24 A quel point cela vous aurait-il contrarié-e si on vous avait demandé de vous peser une fois par semaine (pas plus ou moins souvent) pendant quatre semaines?

25 A quel point avez-vous été insatisfait-e de votre poids?

26 A quel point avez-vous été insatisfait-e de votre silhouette?

27 A quel point étiez-vous mal à l'aise à la vue de votre corps (par ex., voir votre silhouette dans le miroir, dans le reflet d'une vitrine de magasin, en train de vous déshabiller ou de prendre un bain ou une douche)?

28 A quel point étiez-vous mal à l'aise du fait que les autres voient votre silhouette ou vos formes (par ex., dans des vestiaires communs, quand vous nagez, ou portez des habits serrés)?

Quel est votre poids actuel? (Veuillez, s'il vous plaît, estimer votre poids au mieux)

Quelle est votre taille en centimètres ? (Veuillez, s'il vous plaît, estimer votre taille au mieux.)

Annexe 9 : BSQ version femme : Body Shape Questionnaire (266)

Nous souhaiterions connaître votre ressenti vis-à-vis de votre apparence depuis ces quatre dernières semaines. Répondez, s'il vous plaît, à toutes les questions.

Au cours des quatre dernières semaines :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

01 Est-ce que le fait de vous ennuyer vous donne des idées noires à propos de votre silhouette ?

02 Avez-vous été si tracassée par votre silhouette que vous avez senti que vous

deviez faire un régime ?

03 Avez-vous pensé que vos cuisses, hanches ou fesses sont trop grosses par rapport au reste de votre corps ?

04 Avez-vous eu peur de devenir grosse (ou plus grosse) ?

05 Avez-vous été tracassée par le fait que votre chair ne soit pas assez ferme ?

06 Vous sentir remplie (après un copieux repas par exemple) vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

07 Vous êtes-vous sentie si mal à propos de votre silhouette au point d'en pleurer ?

08 Avez-vous évité de courir par peur que votre chair ne bouge, ne se balance de façon disgracieuse ?

09 En présence de femmes minces, vous sentez-vous gênée, embarrassée par votre silhouette ?

10 Avez-vous été tracassée par le fait que vos cuisses s'élargissent quand vous vous asseyez ?

11 Manger même une petite quantité de nourriture vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

12 Prêtez-vous attention à la silhouette des autres femmes et avez-vous senti que votre propre silhouette était moins bien ?

13 Penser à votre silhouette trouble-t-il votre capacité à vous concentrer (pendant que vous regardez la télévision, que vous lisez, que vous écoutez une conversation...) ?

14 Être nue, comme quand vous prenez un bain, vous fait-il vous sentir grosse ?

15 Avez-vous évité de porter des vêtements qui soulignent votre silhouette ?

16 Avez-vous imaginé de faire enlever des parties grosses de votre corps ?

17 Manger des sucreries, des gâteaux ou autres aliments riches en calories, vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

18 Avez-vous évité des sorties à certaines occasions (par exemple des soirées) parce que vous vous êtes sentie mal à l'aise à cause de votre silhouette ?

19	Vous êtes-vous sentie excessivement grosse ou ronde ?
20	Avez-vous eu honte de votre corps ?
21	Vous tracasser à propos de votre silhouette vous a-t-il conduit à faire un régime ?
22	Vous êtes-vous sentie plus contente de votre silhouette quand vous avez eu l'estomac vide (comme par exemple le matin) ?
23	Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle de vous-même ?
24	Avez-vous été tracassée par le fait que les autres pourraient voir vos bourrelets ?
25	Avez-vous senti comme injuste le fait que les autres femmes soient plus minces que vous ?
26	Avez-vous vomi pour vous sentir plus mince ?
27	En public, êtes-vous préoccupée par le fait de prendre trop de place (comme par exemple, en étant assise dans un canapé ou un siège de bus) ?
28	Avez-vous été préoccupée par le fait que votre peau ait l'aspect peau d'orange ou de cellulite ?
29	Voir votre reflet (comme par exemple dans un miroir ou la vitrine d'un magasin) vous a-t-il fait vous sentir mal à l'aise au sujet de votre silhouette ?
30	Avez-vous pincé des parties grosses de votre corps pour voir combien elles étaient grosses ?
31	Avez-vous évité des situations où les gens pouvaient voir votre corps (comme par exemple dans des vestiaires ou à la piscine) ?
32	Avez-vous pris des laxatifs pour vous sentir plus mince ?
33	Avez-vous été particulièrement préoccupée par votre silhouette quand vous étiez en compagnie d'autres personnes ?
34	Avez-vous été tracassée par votre silhouette au point de vous sentir obligée de faire de l'exercice ?

Annexe 10 : QCC : Questionnaire de Conscience Corporelle (267)

Un certain nombre d'affirmations concernant votre sensibilité aux processus corporels normaux et non émotionnels sont listées ci-dessous. Pour chaque affirmation, sélectionnez la réponse qui vous décrit le mieux.

		Pas du tout vrai me concernant	2	3	4	5	6	Très vrai me concernant
		1						7
01	Je remarque des différences dans la façon dont mon corps réagit à divers aliments.							
02	Quand je me cogne je peux toujours dire si cela va se transformer en hématome ou non.							
03	Je sais quand je me suis dépensé(e) jusqu'au point d'avoir des courbatures le lendemain.							
04	Je suis toujours conscient(e) des changements dans mon niveau d'énergie quand je mange certains aliments.							
05	Je sais par avance lorsque je suis en train d'attraper un rhume.							
06	Je sais quand j'ai de la fièvre sans avoir à prendre ma température.							
07	Je peux faire la distinction entre la fatigue causée par la faim et la fatigue causée par le manque de sommeil.							
08	Je peux prédire de manière exacte à quelle heure de la journée le manque de sommeil va me rattraper.							
09	Je suis conscient(e) de la présence d'un cycle dans mon niveau d'activité au cours de la journée.							
10	Je ne remarque pas les rythmes saisonniers ni les cycles dans la façon dont mon corps fonctionne							
11	Dès que je me réveille le matin, je sais combien d'énergie j'aurai pendant la journée.							
12	Je peux dire, quand je vais me coucher, à quel point je vais bien dormir cette nuit-là.							
13	Je remarque des réactions corporelles particulières quand je suis fatigué(e).							
14	Je remarque des réactions corporelles spécifiques aux changements de climat.							
15	Je peux prédire la quantité de sommeil dont j'aurai besoin la nuit pour me réveiller régénéré(e).							
16	Quand mes habitudes d'entraînement changent, je peux prédire très précisément comment cela va affecter mon niveau d'énergie.							
17	Il me semble qu'il y ait une heure "idéale" pour							

moi, pour aller me coucher le soir.

- 18 Je remarque des réactions corporelles spécifiques au fait d'être affamé(e).

Annexe 11 : ECC : Echelle de Connexion Corporelle (240)

L'ECC évalue la conscience corporelle (Body Awareness): items 1, 3, 4, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 18 (ECC-BA).

La dissociation corporelle (Body Dissociation) est évaluée par les items 2, 5, 7,10, 11, 16, 19, 20 (ECC-BD).

Ce questionnaire porte sur votre conscience corporelle et vos réactions à cette conscience corporelle. Pour chacune des affirmations, merci de sélectionner la réponse qui correspond le mieux à ce que vous sentez en général. Il y a deux questions qui portent sur l'activité sexuelle; il s'agit de prendre en compte toute activité sexuelle, y compris l'autostimulation. Si vous n'avez pas d'activité sexuelle, veuillez laisser les cases correspondantes sans réponse. Pour répondre aux questions, prenez en compte **les deux derniers mois**.

Pas du tout Un peu Une partie du temps La plupart du temps Tout le temps

01	S'il y a une tension dans mon corps, je suis conscient(e) de cette tension.
02	Il est difficile pour moi d'identifier mes émotions.
03	Je remarque que ma respiration devient moins profonde quand je suis nerveux(se).
04	Je remarque ma réaction émotionnelle lors d'un contact physique attentionné.
05	Lors de situations inconfortables, j'ai la sensation que mon corps est gelé, comme s'il était engourdi.
06	Je remarque comment mon corps change lorsque je suis en colère.
07	J'ai l'impression de regarder mon corps comme si je me trouvais à l'extérieur de mon corps.
08	Je suis conscient(e) de sensations internes au cours d'une activité sexuelle.
09	Je sens le déplacement de mon souffle dans mon corps quand j'expire profondément.
10	Je me sens séparé(e) de mon corps.
11	Il est difficile pour moi d'exprimer certaines émotions.
12	Pour m'aider à comprendre comment je me

sens, je recueille des signaux de mon corps.

- | | |
|----|---|
| 13 | Quand je ne me sens pas bien physiquement, j'essaie de voir ce qui a pu causer cet inconfort. |
| 14 | Je suis à l'écoute des informations provenant de mon corps à propos de mon état émotionnel. |
| 15 | Quand je suis stressé(e), je remarque le stress dans mon corps. |
| 16 | Je pense à autre chose lorsque je perçois un inconfort physique. |
| 17 | Quand je suis tendu(e), je prends note de la localisation de cette tension. |
| 18 | Je constate que je perçois mon corps différemment après une expérience paisible. |
| 19 | Je me sens comme dissocié(e) de mon corps au cours d'une activité sexuelle. |
| 20 | Il est difficile pour moi d'être attentif(ve) à mes émotions. |

Annexe 12 : Scores de référence pour les autoquestionnaires utilisés (moyennes et déviations standards)

Scores de référence pour l'EDE et l'EDE-Q (population féminine, Grande-Bretagne, 1994) (281)

	M (n = 241)	SD
EDE Q		
Global EDE (4 subscales)	1.404	1.130
Restraint subscale	1.251	1.323
Eating Concern subscale	0.624	0.859
Weight Concern subscale	1.587	1.369

Scores de référence pour le Body Shape Questionnaire (population étudiante féminine, présentant un IMC compris entre 18,5 et 24,5, France, 2005) (266) :

	M	SD	p
Evitement et honte sociale de l'exposition du corps	14,17	6,19	0,000
Insatisfaction corporelle par rapport aux parties inférieures du corps	29,06	11,9	0,002
Usage de laxatifs et de vomissements pour réduire l'insatisfaction corporelle	3,83	1,83	0,593
Cognitions et comportements inadaptes afin de contrôler le poids	12,71	5,49	0,004
Score BSQ total	59,77	25,41	

Scores de référence QCC (ou BAQ ; populations féminines, Etats-Unis, 1989) (267) :

	M	SD	Alpha coef
Student women (n = 312)	107,6	18,2	0.80
Nonstudent women (n = 184)	106,4	20,5	

Scores de référence ECC (population féminine, France, 2017) (241) :

	M (n=181)	SD	Alpha coef
Body awareness	2,56	0,61	0.83
Body dissociation	0,97	0,64	0,75

Dans la littérature européenne, nord-américaine et israélienne, les moyennes de BA en population féminine étaient comprises entre 2,40 (USA) et 2,83 (Italie) et les moyennes de BD étaient comprises entre 0,97 (FR) et 1,43 (Pays-Bas).

AUTEUR :

Nom : VALLEZ

Prénom : Inès

Date de Soutenance : 06/11/2019

Titre de la Thèse : Evaluation psychométrique du degré de connexion corporelle dans l'anorexie mentale féminine

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : anorexie restrictive ; mixte ; boulimie ; troubles du comportement alimentaire ; corps ; société ; culture ; conscience intéroceptive ; conscience corporelle ; dissociation ; sévérité ; préoccupations corporelles ; insatisfaction corporelle.

Résumé : **Contexte** : Les troubles du comportement alimentaire sont un ensemble de pathologies complexes, émergeant fréquemment à la faveur des transformations adolescentes et impliquant des difficultés dans la relation à l'autre et les modalités de régulation émotionnelle. Leur origine est plurifactorielle et répond au modèle bio-psycho-social. Les représentations du corps dans un modèle culturel donné sont susceptibles de contribuer à l'émergence, a fortiori chez les adolescentes, d'une quête de maigreur prise dans un rapport de rivalité vis-à-vis des pairs, l'image du corps maigre étant associée à un idéal de maîtrise et à la réussite sociale. La littérature autour du rapport au corps dans les troubles alimentaires montre un lien entre l'insatisfaction corporelle et l'altération de la conscience intéroceptive. De plus, la proportion importante d'antécédents traumatiques dans la population atteinte de troubles alimentaires conduit à interroger le degré de dissociation corporelle dans cette population. **Méthode** : Nous réalisons une étude épidémiologique descriptive en population clinique : patientes anorexiques restrictives et mixtes accueillies en hôpital de jour. Le recueil était basé sur les données issues d'autoquestionnaires validés. Les objectifs étaient de qualifier le degré de connexion corporelle (conscience et dissociation corporelle) en fonction de la sévérité du trouble (objectif principal), du type de trouble, de l'âge et de la durée d'évolution du trouble. La sévérité du trouble était évaluée par les scores EDE-Q et BSQ et l'IMC, la conscience corporelle par les scores QCC et ECC (bloc BA) et la dissociation corporelle par le score ECC (bloc BD). **Résultats** : 36 patientes restrictives et 36 patientes mixtes étaient incluses. Elles présentaient des scores de conscience corporelle altérés et de dissociation corporelle supérieurs à une population non clinique. Chez les patientes restrictives et mixtes, le degré de dissociation corporelle était corrélé à la sévérité du trouble évaluée par les scores EDE-Q et BSQ, avec un indice de corrélation supérieur pour les restrictives. Chez les patientes mixtes, la diminution du score de conscience corporelle dite affective (ECC-BA) était corrélée à la sévérité (aux scores EDE-Q et BSQ). Conscience et dissociation corporelle ne variaient pas significativement avec l'IMC, le type de trouble, l'âge ni la durée d'évolution. Nous discutons les enjeux thérapeutiques et perspectives de recherche soulevés par ces résultats.

Composition du Jury :

Président : Pr Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Pr Pierre THOMAS, Pr Renaud JARDRI, Pr Vincent DODIN