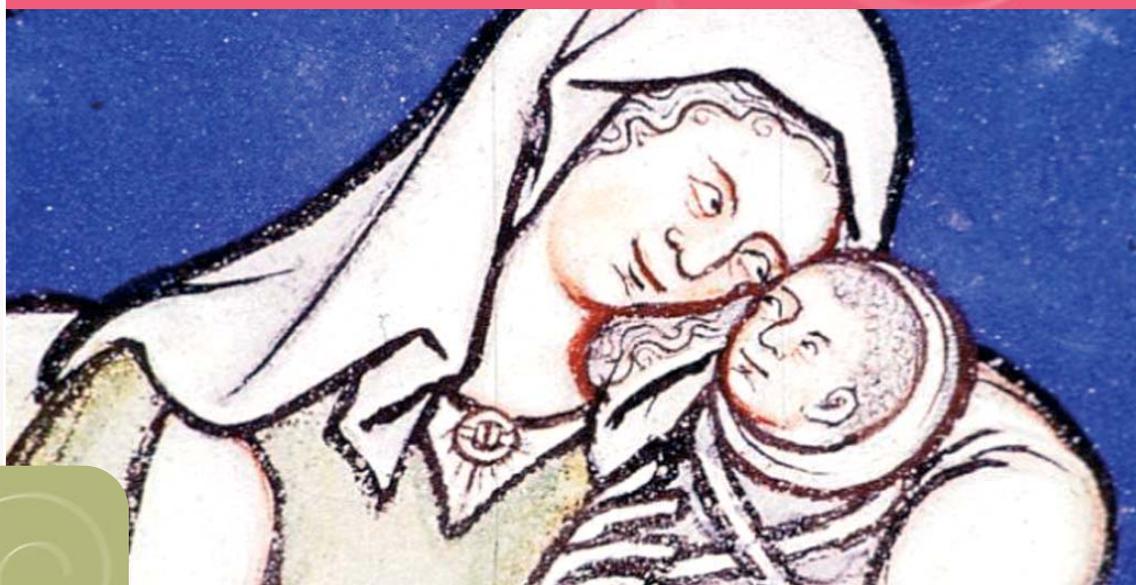




*Mères vierges toujours,
même portant ces marques
vous m'êtes à genoux
de merveilleuses parques
rien n'égale dans l'air les fleurs
que vous placez
mais dans la profondeur
que vos pieds sont glacés...
Et ce jeune soleil
de mes étonnements
me paraît
d'une aïeule éclairer
les tourments
tant sa flamme aux
remords ravit leur
existence
et compose d'aurore
une chère substance
qui se formait déjà substance
d'un tombeau.
Tu viens...
Je suis toujours
celle que tu respères.*
P. Valéry



LE FÉMININ ET LE MATERNEL DANS L'ANOREXIE MENTALE

M. Corcos*

INTRODUCTION : ASPECTS PHÉNOMÉNOLOGIQUES ET DONNÉES EXPÉRIMENTALES

L'épidémiologie des TCA (en particulier le sex ratio massivement féminin et le fait que soient essentiellement touchés les milieux aisés ou en voie de stabilité économique où le statut de la femme a évolué le plus sensiblement) est suffisamment éloquente pour qu'on puisse envisager que la problématique dans ces affections soit liée en grande partie à la problématique plus générale de la féminité et à celle de la constitution de l'identité de genre psychique et corporelle à l'adolescence.

C'est cet axe que nous allons particulièrement aborder ici, en proposant des hypothèses sur la transmission généalogique et transgénérationnelle dans ces troubles. Nous réfléchissons essentiellement sur les mécanismes d'identification qui assurent cette transmission, et sur leur rôle dans la constitution des assises narcissiques du sujet.

Il se développe actuellement de nombreux travaux expérimentaux sur les troubles

des conduites alimentaires qui font référence à des troubles de l'interaction mère enfant ou des interactions familiales.

La théorie de l'attachement a permis le développement d'outils d'investigation de ces interactions. Le degré de sécurité de l'attachement ainsi que ses aspects qualitatifs peuvent être évalués. La grande majorité des travaux récents ayant utilisé ces outils font apparaître une incidence élevée de l'attachement insécure chez les sujets présentant des troubles des conduites alimentaires. Depuis Bowlby on distingue habituellement deux formes d'attachement insécure : évitant ou détaché et ambivalent ou préoccupé. Dans les troubles des conduites alimentaires, il semble exister des différences entre les patients anorexiques et les patientes boulimiques : les patientes anorexiques appartiennent le plus souvent à la catégorie "évitant ou détaché" et les boulimiques à la catégorie "ambivalent ou préoccupé". Ainsi il semble bien que les troubles de l'attachement puissent constituer un facteur de risque dans la survenue de troubles des conduites alimentaires et également un facteur de pronostic. Toute-

*Département de psychiatrie IMM
42, boulevard Jourdan, 75014 Paris
Dernier ouvrage paru : Le Corps insoumis,
Éditions Dunod, 2005

fois certains auteurs (Ward et al., 2000) ont souligné la variabilité de la transmission d'un enfant à un autre dans la même famille. Des études plus fines portant sur des aspects spécifiques de l'attachement sont nécessaires pour préciser leur éventuel rôle étiologique.

Du point de vue des études expérimentales sur les nourrissons de mères anorexiques, les études sont peu nombreuses et surtout non spécifiques (N. Guedeney et P. Jeammet, 2000). Le degré d'intensité des conflits conjugaux (Van Wezel-Meijler, 1989) de fréquence des séparations parentales (Blake-Woodside, 1990) et l'isolement social maternel (Hodes et al., 1997) apparaît élevé dans les études sur les mères anorexiques. Il y aurait plus de difficultés entre les mères anorexiques avec leurs filles qu'avec leur garçon (Evans, 1995). La sous-nutrition des nourrissons est avérée ("anorexie par procuration" de Scourfield, 1995) de même que la difficulté à reconnaître les troubles de leur enfant et l'inadéquation de leurs réponses aux besoins alimentaires de leur enfant. Pour Stein (1994, 1996a, 1996b), à l'extrémité la plus sévère du spectre des troubles anorexiques, la psychopathologie maternelle peut englober le bébé dans la même distorsion que celle qui porte sur son corps propre, et l'on observe de manière significative plus de difficultés interactives au moment du repas et du jeu avec une tonalité émotionnelle plus négative et des comportements plus contrôlants, plus intrusifs, et moins facilitants. Pour Evans (1995) la moitié des enfants de mères anorexiques étaient décrits par leur mère comme présentant des conflits émotionnels (dépression, agressivité). Pour Van Wezel Meijler (1989) il y aurait une véritable dépréciation psychosociale. Enfin pour Jacobi C. et al. (2001) étudiant les TCA chez des enfants de 8 ans, l'impact des TCA et d'autres troubles (affect négatif, inhibition et désinhibition inappropriée) maternels est plus fort sur leurs filles que l'impact des troubles paternels.

Les études portant sur les dynamiques familiales dans les familles où une adolescente souffre de TCA sont de même peu concluantes. L'origine des troubles du comportement alimentaire a ainsi été imputée à l'existence de relations parents/enfants conflictuelles dans l'étude de Humphrey (1987). Les parents des enfants souffrant de troubles du com-

portement alimentaire apparaissent moins protecteurs, moins attentionnés et moins réconfortants que les parents témoins. Ils sont aussi plus sévères, moins confiants vis-à-vis de leur enfant et font plus de remontrances. Inversement, les enfants anorexiques/boulimiques sont moins réconfortants et moins gais avec leurs parents. Ils sont aussi plus critiques et boudeurs. Par ailleurs, les parents ont une attitude ambivalente quant à l'indépendance, de leur enfant : ils leur laissent une certaine autonomie puis ils redeviennent autoritaires dès que l'enfant exprime son désir d'indépendance. Cette attitude est contraire à celle des parents témoins qui encouragent l'enfant à prendre son indépendance et qui en parlent sans ambiguïté. De même, les enfants anorexiques/boulimiques parlent beaucoup moins facilement et avec moins de confiance avec leurs parents que les enfants témoins. Cependant l'étude étant faite après l'émergence des troubles du comportement alimentaire, il est difficile de déterminer si les relations conflictuelles parents/enfants sont causées ou aggravées.

Une étude de Rastam et Gillberg (1991) ne met pas en évidence de typologie spécifique de famille d'anorexiques mais montre que la fréquence des conflits familiaux (divorce, conflits parentaux, existence d'enfants illégitimes, discorde parentale au sujet de l'éducation et des soins des enfants) est significativement plus élevée au sein des familles d'adolescents anorexiques qu'au sein des familles. Les auteurs ont de même observé que la fréquence de décès d'un proche (parent, frère, sœur), parmi les familles d'adolescents anorexiques est plus importante que parmi les familles témoins. Rastam et Gillberg (1991) ont montré que la proportion de mères dépressives est plus importante parmi les adolescents anorexiques que parmi des adolescents témoins. Il est cependant difficile de déterminer si la dépression de la mère est cause ou la conséquence de l'anorexie de leur enfant. D'autres études ont montré que la fréquence des antécédents familiaux de troubles psychiatriques : dépression (25 % vs 8 %), addiction alcoolique, abus de drogue, est avérée. Elle est plus élevée chez les boulimiques que chez les anorexiques. Les familles de boulimiques sont plus désorganisées et on y retrouve des caractéristiques qui sont celles de leurs

enfants. Les familles d'anorexiques ont davantage de problèmes d'anxiété, de maîtrise, les références à l'idéal y jouent un rôle beaucoup plus contraignant, bien que ces éléments ne soient pas d'une grande spécificité. La dynamique familiale est donc très fortement impliquée mais on ne sait pas si c'est au niveau des facteurs primaires ou secondaires.

Enfin, une recherche très remarquable sur le plan méthodologique publiée en mai 1999, par une équipe anglaise dirigée par C. Fairburn a tenté de mettre en exergue des facteurs de risque spécifiques. Ce qui est très intéressant par rapport au sujet de la prévention. Si l'on regarde les facteurs qui différencient spécifiquement les TCA des autres troubles psychiatriques, on trouve dans le cas de la boulimie une plus grande vulnérabilité aux influences familiales ou sociales valorisant les régimes et la minceur, qui n'est pas retrouvée pour l'anorexie mentale, une plus grande fréquence de remarques négatives de l'entourage sur leur apparence physique ainsi que plus d'obésité dans leur enfance et chez les parents.

■ APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Approche systémique

Si l'on considère l'apport des thérapeutes systémiciens à la compréhension de la dynamique familiale des patientes anorexiques, on peut souligner l'importance des aspects transgénérationnels dans ces pathologies du lien.

S. Minuchin (1978), avec ses notions d'insularité de la famille (défaut de contact avec l'extérieur), d'enchevêtrement générationnel avec indistinction des barrières, intrusions des uns par les autres dans tous les registres (pensée, sentiment, rôle), insiste sur le poids des comportements agis des grands-parents dans les décisions familiales.

Boszormenyi I. (1980), avec son concept de loyauté qui "oblige" chacun des membres de la famille, souligne que certains enfants délégués sont parentifiés sans qu'on tienne compte de leur capacité et de leurs ressources. Dette et mérite assurant l'homéostasie familiale jusqu'à ce que l'investissement à l'adolescence de l'extérieur ruine cet équilibre.

M. Selvini Palazolli (1974, 1982) évoque la présence fréquente d'une coalition secrète-

te père-fille qui se révèle être favorisée par la mère. Vécu de trahison par le père, sentiment d'emprise et de manipulation maternelle, appréhension d'une complicité parentale plus ou moins perverse, font émerger le symptôme anorexique. Ce thème nous paraît utile si l'on pose l'hypothèse suivante.

Dans la formulation addictive, on peut saisir une thématique pseudo-œdipienne, favorisée par l'attitude contre-œdipienne active du père, qui participe au recours du toxique pour abraser une fantasmatique incestueuse. La coalition père-fille se fissurant lors du dévoilement des enjeux parentaux renvoie la patiente à une identification addictive au personnage maternel. La clinique de l'addiction se modifie alors, avec la fissuration de la façade œdipienne un temps soutenante. C'est dans ce flottement secondaire à la faiblesse du lien paternel et à un retour de la dissolution des limites du moi dans l'identification à l'objet maternel, qu'un risque régressif pourrait apparaître du fait des enjeux narcissiques.

Ce qui est privilégié dans ces travaux (le rapport entre le symptôme individuel et les transactions groupales, la nature des flux informationnels circulant entre les différents membres de la famille dans des réseaux d'attentes réciproques et leur effet d'emprise et de gérance d'une homéostasie familiale par l'intercession du symptôme) doit être articulé aux potentialités de structuration psychique pour "l'enfant désigné" très tôt à un rôle et une fonction dans ce système d'interaction, et chez qui vont cohabiter des effets d'investissement et de résistance plus ou moins inconscients vis-à-vis de ces rôles et fonctions. Privilégier ce point permet de concevoir que rapidement d'une situation passive, l'enfant puis l'adolescent co-naissant deviendra co-acteur dans une dynamique familiale singulière. Persécuteur-persécuté, il alternera des moments de répression de ses émotions, avec des moments de décharge pulsionnelle, mais peut-être toujours dans une visée première de maîtrise des affects de l'autre, potentiellement meurtriers pour sa psyché, du fait de leur fonctionnement d'emprise en tout ou rien et de leur illisibilité et imprévisibilité. Avant que d'assumer son statut désigné, il doit gérer son chaos intérieur.

S'il donne, par exemple, l'impression de répondre à l'idéal du moi maternel, et à participer au travail de sape de l'autorité

paternelle, c'est à son corps défendant pour se protéger dans le même temps de l'emprise maternelle.

Si, autre exemple, il exprime par son comportement sa perception de la dysharmonie du couple parental et favorise le rapprochement du couple autour de sa maigreur, c'est avant tout, non une revendication d'une sollicitude mais plutôt une tentative de comprendre la provenance de son "manque à être".

Enfin si la séparation d'avec son milieu naturel antérieur est si douloureuse lorsqu'un contrat de séparation est institué dans le cadre d'une hospitalisation, c'est que la monopolisation compassionnelle autour d'elle (parents, fratrie, amis, professeurs, médecins) disparaissant perceptivement avec la séparation, le coupe de l'étaillage environnemental qu'il a sollicité et orchestré pour parer à sa désorganisation. Cet étaillage plus ou moins pervers constitue une force et une source de jouissance, dont il va désormais éprouver le manque.

Autre élément à intégrer dans une perspective généalogique cette fois (à bien distinguer des aspects transgénérationnels) : la nécessité de ne pas uniquement concevoir les problèmes relationnels mère-fille en référence à une problématique psychanalytique classique que celle-ci soit œdipienne positive ou négative, c'est-à-dire d'identification et/ou d'identité (homosexualité structurante : la fille, en devenant mère, "se dote" elle-même d'un maternel qui a fait défaut chez sa propre mère F. Perrier [1976]). Pour P. Fedida (1980), la question généalogique ne se résout pas par l'étude de la psyché parentale et grand-parentale et de leurs effets dans des comportements agis sur l'enfant. La dimension du mythe ne doit pas être éludée. Cet auteur entend laisser ouvert le mouvement régressif dans la cure et ne pas bloquer la pensée régressive de l'analyste par des plates-formes conceptuelles afin d'accéder à la découverte de ce qui est incarné dans le corps d'une femme et qui est lié à son enracinement généalogique (le royaume des mères, les figures du destin, cette spécificité que le destin de l'humanité passe par les femmes).

Enfin, il ne nous a pas semblé que cet apport fort utile des thérapeutes systémiciens soulignait suffisamment la place du corps et de l'éprouvé physique. Les absences d'un des membres de la famille, les sorties brutales des entretiens des

patientes... traduisent une impossibilité de rester dans des "territoires familiaux" ou une certaine excitation apparaît. Elle est ici redoublée par le dispositif de l'entretien familial. Cette excitation est peu ou pas représentable... Elle est avant tout éprouvée physiquement. C'est que cette excitation, en dehors des effets dus au rapproché incestueux, est souvent générée par le fait que dans "le puzzle familial" réuni en entretien, il y a des pièces qui manquent et qui pourtant existent et insistent là en creux. La métaphorisation de cette présence-absence, est difficile et se doit d'être incarnée physiquement. Comme le dit cette patiente au sortir d'un entretien familial, "la boulimie, c'est un festin où je mange toutes les parts, de ceux qui ne sont pas venus, qui ne viendront pas manger".

Reste enfin la question des limites de l'approche familiale (question du moment de l'indication) et des risques qu'elle fait courir de réifier la part familiale du symptôme de l'adolescent au détriment de son aspect de création individuelle.

L'entretien familial immobilise le temps (ou fait entrer en collusion différents temps) ce qui génère l'excitation, mais celle-ci reste traumatique tant que l'espace où elle se déverse reste improbable. Improbable parce que les territoires psychiques des différents protagonistes sont confondus. À quel moment l'espace familial en psychothérapie acquiert-il le statut d'un objet tiers ? À quel moment les enfants pourront-ils jouer pulsionnellement à l'ombre des parents dans l'espace de l'entretien familial ? Probablement lorsque ceux-ci seront suffisamment apaisés pour que leur problématique ne fasse pas d'ombre aux enfants. Revenons donc à une réflexion sur la constitution singulière du couple parental dans les troubles des conduites alimentaires.

Réflexions sur le couple parental

Une patiente : "Je suis entre l'os et la moelle... un canal vide".

Une patiente : "Ma mère ne dit pas la douleur ; je ne dis pas ma faim".

Une patiente : "Je suis dans le labyrinthe... Je ne vois pas Ariane... J'ai l'impression de l'avoir aperçue... c'était une belle femme".

Une patiente : "Avec mon père ce n'est pas pareil. Il y a entre nous un espace où j'existe".

Une patiente : *“Je refuse l'affection de mon père car ce n'est pas celle de ma mère... mon père veut que je sois épauoulée... ma mère veut que je sois parfaite”*. Une patiente : *“Ma faute c'est d'avoir séparé mes parents, c'est là toute mon épaisseur”*.

Dans le développement normal de l'enfant, qui se rejoue à l'adolescence, l'amour maternel constitutif du narcissisme primaire de l'enfant doit être refoulé permettant que puisse se créer une absence qui sera par l'écart introduit source de construction identitaire. Si ce processus n'a pas cours, c'est que le refoulement induit le risque d'une perte d'un support narcissique d'identification, ou dans les cas moins sévères que le changement d'objet dans l'œdipe est problématique.

La fixation narcissique primaire imposée par la mère va dès lors peser lourdement sur la constitution du Surmoi et de l'Idéal du Moi. Il se constitue un clivage d'une partie du moi qui va rester identifiée et dépendante du fonctionnement narcissique maternel. Le Moi va se trouver confronté au Moi-Idéal, instance hypertrophiée et omniprésente qui se forme chez l'enfant par identification narcissique à la mère, à ses gestes, paroles, comportements. Une patiente : *“Je suis l'idéal de ma mère... mais à la rigueur c'est moi qui modèle ma mère, c'est pas qu'elle veut transposer ce qu'elle a voulu être dans mon personnage... mais en même temps elle m'a complètement idéalisé... Tout ce que je fais est fantastique pour elle”*.

Toute sollicitation objectale ultérieure, en particulier à l'adolescence, entraînera un retrait de la libido sur des positions narcissiques : une réduction du Moi au Moi-Idéal renvoyant à la fusion narcissique primaire avec l'objet. Toute frustration réveillera cette régression avec ses angoisses schizoïdes.

Point important : l'idéal du moi se structure dans l'œdipe avec le parent du même sexe. Pour S. Freud (1914), l'idéal du moi narcissique s'est formé à partir de grandes quantités de libido essentiellement homosexuelle. Dans les TCA, dont on connaît la forte prévalence féminine, la relation mère-fille en termes d'affirmation narcissique passe par le corps ; l'idéal du moi recherché, *via* la recherche de sensations est un idéal du moi corporel ; la construction identitaire, mimé-

tique dans l'enfance, oppositionnelle à l'adolescence passera par le corps. Le féminin (corporel) du sujet se constituera en fonction du lien maternel et plus précisément de l'investissement du soi somatique de l'enfant par la mère (Corcos, 2000).

Dès l'enfance, vers deux ans, selon A. Freud, mais plus particulièrement à l'adolescence, c'est le père interdictif (très tôt dans la psyché maternelle, dans sa capacité de rêverie, puis dans sa présence effective et dans ses actes et pas uniquement dans son verbe) qui vient constituer le refoulement primaire et qui permet au sujet d'échapper au narcissisme primaire, à cette “maternité-perpétuité” qu'évoque H. Michaux (1). L'angoisse de castration limite l'expansion narcissique du soi aliéné au narcissisme maternel et “permet l'assomption du sujet”.

On peut penser que cela se joue plus tôt, dès les interrelations précoces, si le père est suffisamment présent dans la tête de la mère, permettant que s'exerce la censure de l'amante (après la phase de “folie maternelle” où la mère s'identifie à son enfant et anticipe ses besoins, elle redécouvre le père). Dès lors, la fille peut continuer de s'identifier à sa mère... une mère qui redécouvre le monde avec son conjoint.

C'est dans cet espace ouvert par la mère, puis par le père suffisamment différenciateur (2), que le processus de filiation va s'enclencher du fait de la pluralité et de la différenciation des identifications possibles. En d'autres termes, on perçoit souvent dans les TCA que des difficultés dans la dynamique familiale ne favorisent pas le déplacement de la haine sadique orale et anale pour la mère vers la haine œdipienne pour le père... Pseudo-œdipe de façade où l'identification à la mère à la fois phallique et châtrée n'est pas tempérée par l'identification à un père phallique castrateur-limitant.

Le rôle des pères dans les TCA nous semble intimement lié (plus fortement qu'ailleurs) à la place de la mère (et à son choix d'objet amoureux et géniteur en regard de sa propre problématique œdipienne). Le couple des parents apparaît souvent organisé avant tout en regard de leurs problématiques infantiles non élaborées avec pour le moins des déceptions œdipiennes, pour le plus des insatisfactions plus profondes. Celles-ci vont favoriser des rapprochements avec l'enfant, énigmatiques pour lui, et instaurer une

rivalité père-mère quant à la fonction dévolue à l'enfant. Il ne peut combler l'un sans s'opposer à l'autre. Souvent il s'attache au plus fragile des deux (la mère) s'identifie en miroir à elle et participe à l'exclusion du père. Un Œdipe non mentalisé, non élaboré chez la mère, laisse la fille dans une identification à une mère pré-œdipienne et à sa sexualité pré-génitale rendant son œdipe barré en amont (l'accès à un Œdipe négatif et à la problématique homosexuelle) et verrouillé en aval (du fait des dimensions psychopathologiques paternelles : problématique homosexuelle, attitude contre-œdipienne active).

Jugé souvent effacé, soumis, incapable d'autorité, voire exclu de la vie familiale, il apparaît en fait souvent comme très présent avec une position contre œdipienne massive qui entre en rivalité avec la mère (celle-ci l'acceptant plus ou moins avec ambivalence) et une attitude plus ou moins manifestement séductrice vis-à-vis de sa fille. “Père-ours” ou “Père-mère”, son identité apparaît mal assurée, ses identifications féminines étant prévalentes : ce qui rend compte de sa difficulté à trouver la “bonne distance”, lors de l'adolescence de sa fille, et sa facilité à glisser vers un rôle maternant au détriment d'une fonction limitante. La réalité de la qualité de la relation nouée entre père et fille se trouve souvent corrélée à l'organisation psychopathologique de l'anorexie ou de la boulimie : au père contre-œdipien correspond un fonctionnement plus hystérique, associé plus volontiers à des vomissements auto-provoqués et à des crises boulimiques (formes mixtes) ; au père plus replié voire persécuté dans une organisation parapsychotique, un fond plus dépressif voire schizoïde (*cf.* la place du père dans l'anorexie mentale. D. Bochereau [1994]).

La question du père dans les TCA est compliquée par l'intrication de motions transgénérationnelles. La mère a souvent “choisi” le père en regard de ces entraves et de sa problématique narcissique et œdipienne. Dans certains cas graves, le père qui présente une dimension homosexuelle plus ou moins refoulée a également choisi une femme singulière peu féminine voire phallique, et regarde sa fille comme un double féminin (3), lui-même se vivant comme enfant de sa femme. Ce regard porté sur la fille qui se surajoute au regard maternel refusant toute féminité a une incidence sur l'in-

vestissement corporel de la fille. Ainsi il peut y avoir barrage dans le rôle du père de différencier fille et mère... de permettre "à la fille de sortir de l'amour de sa mère et de se 'filler' à un père" (P. Fedida, 1980). Deuxième barrage dans la constitution du féminin.

Les autres apports paternels : constitution de l'idéal du moi — fonction symbolique avec passage des valeurs de l'adolescence aux valeurs sociales, savoir du père sur la psyché et la jouissance maternelle sont barrés si c'est la mère "qui fait la loi".

Dans une approche lacanienne : "L'introduction du nom du père ne sous-entend pas uniquement l'irruption du patronyme mais la substitution de la jouissance maternelle par le savoir paternel, le père nommant la jouissance maternelle permettrait à la fois à la mère et l'enfant d'accéder à l'Œdipe". De plus, "l'enfant, en refusant de satisfaire à la demande de la mère, n'exige-t-il pas que la mère ait un désir en dehors de lui, parce que c'est la voie qui lui manque vers le désir" (J. Lacan). Le père a aussi, plus essentiellement, comme fonction de nommer le défaut maternel (la dépression maternelle, les entraves névrotiques...) à la fois à l'enfant et à sa femme, permettant dans l'esprit de l'enfant le déplacement d'une image de mère archaïque dévorante, vers la mère œdipienne.

La relation mère-fille est donc dans les formes sévères de TCA singulièrement dépourvue d'un tiers paternel qui aurait permis la diffraction de l'investissement, un pare-excitation, et un développement différencié parce que dialectique.

D'autres auteurs (la multiplicité des formes cliniques laisse présager plusieurs étiopathogénies) considèrent que c'est la nature du dysfonctionnement de la relation au père qui est première. Ce qui rend possible le fonctionnement économique addictif n'est pas tant la vulnérabilité narcissique que "ce qu'engage le désir comme référence à la métaphore paternelle et à la castration" (J.L. Pedinelli, 1987). Ainsi ce serait l'échec à inscrire la relation au père dans l'ordre symbolique qui favoriserait l'union dévorante à la mère.

Selon J.L. Pedinelli (1987) : "Il y a dans la conduite addictive une réintroduction dans le réel de la dimension œdipienne sous la forme de l'ordalie comme épreuve de paternité (...) l'incorporation n'est pas première dans l'addiction, elle est secon-

daire à la méconnaissance — et non au rejet — de ce qu'implique la dimension paternelle". Il y a appel à un père, un juge, une loi, une limite, un thérapeute homme dans la thérapie bifocale, qui interdirait la mort en étant source de sortie de la morbidité de l'identification narcissique à la mère, de dégagement de la confusion homosexuelle. C. Chabert (1998) souligne de même que ce qui se découvre dans certaines psychothérapies c'est "la culpabilité outrancière, démesurée suscitée par la trop grande proximité d'une problématique œdipienne, insuffisamment refoulée et peu structurée". Ainsi c'est la conviction de séduire activement le père, non dans un scénario hystérique où c'est le père qui est séducteur, mais dans un renversement de ce scénario (le corps sexuel de l'adolescente séductrice) qui serait problématique. Ce fantasme d'être séductrice vis-à-vis du père étant investi par la fille à la mesure de sa perception de la non satisfaction maternelle.

La troisième femme

Mais un autre tiers s'impose : la grand-mère maternelle, d'autant plus qu'elle est pour l'enfant le lieu d'une mémoire où se trouve imaginativement une solution au trouble fascinant enfoui dans le miroir maternel. En amont : les cliniciens habitués aux TCA connaissent l'importance de la mère pré-œdipienne représentée par la grand-mère maternelle : élevage précoce de l'enfant plus ou moins long par la grand-mère et attachement entretenu, vécu insupportable par la fille à l'adolescence des ressemblances physiques et de caractère avec sa grand-mère, rivalité de la mère par rapport au couple fille/grand-mère, décompensations des TCA chez les filles (ambivalence) lors du décès de la grand-mère. Cette identification à la grand-mère renvoie à une recherche de "confidences" sur la mère et à une "vocation" à réparer la mère. Elle renvoie aussi à la perception par les patientes que leur mère reste marquée par une relation singulière avec leur propre mère et que, quand elles ne privilégient pas cette relation, les échanges mêmes avec leur fille restent empreints d'une dette, rancune, rivalité, déception jamais totalement payée ou exprimée à leur propre mère.

Une patiente : "J'étais dans un état pitoyable, je ne me reconnaissais plus, je

m'identifiais à des personnages que je ne pouvais pas supporter... Ma grand-mère maternelle... qui est une grande malade... que je n'aime pas du tout, bien qu'elle m'ait élevée de 0 à 8 ans... ma mère était seule et travaillait tard... Je peux dire que je connais d'une certaine manière l'enfance de ma mère, j'ai connu ce qu'elle a vécu... **Un univers très clos où il n'y avait de place que pour les restrictions.** J'ai beaucoup de pouvoir sur ma mère, j'ai réussi à détruire chez ma mère l'idée qu'elle se faisait de sa propre mère, ça me gêne d'un côté, c'est peut-être quelque chose sur laquelle pouvait se reposer ma mère, je ne le fais pas méchamment mais ma grand-mère ne peut rien amener de strictement positif à ma mère, elle ne lui raconte que ses malheurs et enferme ma mère dans son milieu. Je veux que ma mère se libère du pouvoir de ma grand-mère que j'affectionne car à la rigueur c'est ma grand-mère... C'est pas une raison suffisante loin de là... que j'affectionne parce qu'elle me porte de l'affection... Mais qui présente des aspects tout à fait négatifs... Très égocentrique, elle ne voit autour d'elle que le mal... elle est toujours persécutée... Je me suis aperçue que moi d'un autre côté, je présentais le même symptôme... J'ai commencé à avoir peur, à paniquer à ce moment-là... Je me rendais compte que je me transformais en un être que moi-même je détestais... Je n'arrivais plus à prendre une part à ce qui m'environnait... Je vivais vraiment en étranger".

Nous voudrions souligner la fréquence des préoccupations corporelles si ce n'est alimentaires dans un registre phobico-obsessionnel et caractériel chez les grands-mères maternelles qui infiltrent comme "un sombre précurseur" la relation avec les mères de nos patientes. Ainsi, il nous apparaît souvent, et de façon spectaculairement caricaturale (ce qui est inquiétant par ce que cela indique de peu de possibilité de métaphorisation) que l'anorexie de l'adolescente figure à sa mère l'image de sa propre mère.

Une patiente : "C'est hallucinant ; ma mère a maigri de 10 kg et elle voudrait que je mange... C'est hallucinant elle ressemble à ma grand-mère... Elle est devenue sa mère... Elle a été acheter la même chemise de nuit que celle que ma grand-mère portait sur son lit de mort".

Une mère d'une patiente : "Elle a le même caractère que ma mère, elle me tyrannise comme elle... Après le décès de ma mère, elle a porté longtemps ses vête-

ments et est devenue menue comme elle". Tout en considérant les éléments projectifs, il nous semble que souvent l'adolescente sollicitée, dans le fantasme, sa mère quant à un travail d'élaboration d'une dépression muette issue d'un conflit réprimé avec sa mère. À ce titre, l'un des effets de la "maladie" de l'adolescente sur les relations mère/grand-mère est bien la réactivation d'un ancien conflit entre elles.

La rivalité si fréquente des patientes souffrant de TCA pour les enfants puînés n'est-elle que le reflet d'une problématique œdipienne banale ou ne doit-elle pas être pensée dans le cadre de l'Œdipe négatif ou inversé (enfant de la relation homosexuelle par identification à la mère pré-œdipienne [4]) ? Bien évidemment, dans ce lien privilégié nous pensons à un amour incestueux partagé générant un fantasme de filiation exclusive dans la lignée des femmes (cf. filiation narcissique, inceste du 2^e type chez F. Héritier : "On peut se demander si cette aspiration à la parthénogenèse n'est pas le véhicule du désir de l'immortalité").

Il semble ainsi qu'il existe dans bon nombre de familles d'anorexiques une sorte de "fantasme du même" c'est-à-dire que d'une génération à l'autre sourd la nécessité (inscription dans le même cursus, dans les mêmes ordres que ceux que la génération précédente avait imposés), indifférence ou violente, d'une absence de différence sous peine de rejet. "J'ai tâché d'expliquer ce type d'inceste du 2^e type par le jeu des catégories de l'identique et du différent que je pose comme principielles." (F. Héritier) La fille, la mère, la grand-mère maternelle se "redupliquent" dans une même soumission. L'absence d'espace psychique entre les différentes générations est à l'origine du vide intérieur que colmatent les conflits comme dans les vieux couples qui finissent par se ressembler à force de s'ajuster l'un à l'autre et ne se différencient plus que par quelques éclats sans passion.

Mais la dimension homo (c'est-à-dire narcissique) plus que sexuelle nous apparaît prévalente. Aussi parlerons-nous avec P.-C. Racamier d'incestuel plus que d'incestueux. Le terme d'incestuel dans l'esprit de cet auteur a une dimension transgénérationnelle puisqu'il suppose la répétition de l'emprise narcissique sur plusieurs générations. Il n'implique pas directement la sexualité ; la problématique est, en deçà, celle d'une

bonne intégration identitaire. Mais le sexuel souvent vient au premier plan de la clinique, colmater la menace identitaire. Une patiente nous semble condenser cette problématique dans une phrase : "Ma mère n'a jamais été une mère pour moi... elle a été parfois mon idéal de femme... parfois elle me donnait l'impression d'être une petite fille".

Ainsi la problématique œdipienne maternelle étant déniée, on peut appréhender que l'enfant à naître sert, dans certains cas peu sévères, le désir maternel d'attraction pour son propre père, mais plus profondément, dans des registres plus narcissiques, de séparation d'avec sa propre mère.

La prise de conscience par les patientes en psychothérapie individuelle et familiale de ces enjeux maternels dans l'attachement de leurs mères pour elles (contre-poids à leur attachement à leur propre mère) a un effet déconfusionnant et soulageant. Il en est de même de la prise de conscience de la nature des enjeux du côté de leur attachement au père. S'il y a maldonne à l'origine, si l'ambivalence perçue chez la mère dans ses paroles ou ses actes répond à une autre logique que celle d'une attaque dirigée contre soi... Alors la fidélité loyauté qu'exigeait le contrat narcissique n'est plus de mise et se séparer de la mère n'est plus une trahison et un abandon. Une patiente précise : "Fidélité n'était pas le mot qui convenait... il s'agissait de loyauté... fidélité aurait signifié que j'étais au courant et d'accord... loyauté plutôt... par ce que j'étais obligée de par ma naissance".

LE CHEMIN VERS LES MÈRES

Nous voulons revenir pour conclure sur la place, la fonction et le statut de transmissions inter et transgénérationnelles, psychiques mais aussi d'éprouvés corporels, à l'insu des deux protagonistes essentiels dans les TCA (la mère et l'adolescente) et du travail de recherche en commun du sens de cette transmission énigmatique.

Le développement psychogénétique de l'enfant puis de l'adolescent est intimement lié en amont au schéma corporel qu'il a pu introjecter et faire sien (en fonction de sa relation corporelle transnarcissique de ses sources d'identification) et en aval des relations que son corps entretient avec son nouvel environnement.

La transmission des contenus psychiques d'un parent à son enfant, dans un processus de filiation, permet à ce dernier l'identification. L'identification est structurante pour un sujet qui parvient à les intégrer sans heurts, parce que ceux-ci sont offerts sans séduction massive, non réprimés, non imposés. Elle peut être aliénante si la transmission est essentiellement narcissique ou énigmatique donc source de captation. Cette aliénation se retrouve dans l'aliénation du sujet à son objet d'addiction. Ainsi nous pouvons penser les relations mère-enfant en regard de la relation de l'addictif à son objet d'addiction.

On pourrait envisager un mode de transmission par identification pathologique particulièrement parlant lors des prises en charges des TCA, en soulignant à nouveau la différence d'expression clinique symptomatique entre les mères (répression) et les filles (agir) de la transmission. Ce qui chez la mère est contenu dans l'inhibition et le caractère est agir corporel obstiné chez la fille. Au déplacement possible chez la mère de sa problématique narcissique sur son caractère et son mode relationnel, correspond l'externalisation comportementale corporelle du conflit dans l'agir addictif chez la fille.

J.-B. Pontalis souligne bien ce passage de témoin dans l'expression de la souffrance psychique : "Ce qui n'était chez la mère que rêveries inoffensives, pensées vagues, possibles sans contours, la fille en faisait des actes brefs impulsifs, ne serait-ce que pour voir par l'effet produit sur les autres l'effet que ça lui ferait à elle : en imprimant sa marque sur tous ceux qui passaient à sa portée, en la forçant à réagir, elle saurait ce qu'elle était. Tant pis pour les passants, pourvu qu'ils lui servent de révélateur !"

L'enfant, "future adolescente addictive", semble avoir collé à un modèle d'identification à une mère caractérielle (5) (avec une dimension anale prévalente incluant certaines zones de déni et de clivage, en particulier de l'image du corps, non symbolisés et non élaborés par la mère) contre lequel il ne peut lutter efficacement sans risque d'une décompensation maternelle (trahison narcissique, fréquence de l'effondrement dépressif maternel lors de l'amélioration psychologique de l'adolescente). Prenons deux moments cliniques :

Une patiente : "Si je guéris je ne serais plus choyée, cajolée par ma mère qui ne s'occu-

pe de moi que lorsque je suis malade... Je ne serais plus la mère de ma mère (lapsus pour la fille de ma mère)... association... je me souviens du jour où dans la voiture elle avait pleuré et ouvert la porte alors que nous roulions très vite, je l'avais retenue par le bras. En fait c'est moi qui porte ma mère".

Une autre patiente évoque l'injonction de sa grand-mère maternelle à sa mère quand cette dernière lui révéla sa première relation sexuelle : "Si tu as couché avec celui-là, tu peux coucher avec tous les hommes". Cette mère développera une inhibition sexuelle majeure. Cette patiente (sa fille) associe alors sur son comportement addictif alimentaire : "Si je mange, commence à manger, je ne peux plus m'arrêter". Le parallèle avec l'oracle grand-maternel est évident. Le thérapeute évoque alors l'agir corporel de la patiente et son effet d'effacement physique des caractères sexuels secondaires dans l'anorexie de la fille par rapport à la répression névrotique du désir chez la mère. Ainsi les effets de la transmission transgénérationnelle se métabolisent différemment du fait même de l'absorption par la génération intermédiaire et de l'oracle grand-maternelle. L'addiction de la fille est en partie l'héritage de l'inhibition maternelle. Mais sur le fond de la fonction de ces transmissions c'est-à-dire la vie commune dans l'emprise transgénérationnelle, c'est-à-dire encore la non-séparation dans la lignée maternelle, l'emprise reste serrée. C'est ce que nous apprendrons avec la poursuite du dialogue lorsque le thérapeute interrogeant la patiente sur son désir des hommes (en résonance avec le désir du thérapeute de guérir la patiente... de "la rendre grosse") s'entend répondre : "Ça me dégoûte ; ça me fait vomir".

"Vous vomissez quoi ?", reprend-il sous-entendant votre désir ou bien le désir de quelque chose chez l'homme.

"Quelque chose en moi".

"Pensez-vous que de ce fait vous maigrissez et vous n'êtes alors plus désirable (appétissante) pour un homme ?"

"Je pense que les hommes ont un grain de perversion".

"De continuer à désirer cette image de mort ?"

"Non vous n'y êtes pas, de désirer un enfant".

Soulignons en effet que les mères de nos patientes se sont construites dans un rapport idéalisé mais profondément

ambivalent à leur propre mère, associé à une vive déception œdipienne par rapport à leur père, et que c'est ce schéma qui se reproduit avec leur fille avec lesquelles elles rejouent ces rapports fusion-rejet ; emprise déception.

Les névroses de caractère, dominées par un moi idéal de toute-puissance narcissique souvent retrouvées chez les mères de patientes anorexiques constituent des organisations défensives serrées contre des risques de décompensation. Elles donnent le sentiment d'un faux self tempéré par une pseudo-névrose infantile dont l'intensité et la permanence font évoquer de puissants mécanismes de clivage protégeant un moi précaire.

Il nous semble qu'elles constituent une menace sérieuse pour le développement de l'enfant, car pouvant générer des modalités interactives, source d'emprise avec identification masochique, ou de vacuité relationnelle potentiellement constitutives de désordres psychosomatiques.

J. Bergeret (1997) considère ainsi que les maladies du caractère (névrose, psychose, perversion de caractère) affectent des sujets "qui vont chercher à parasiter le narcissisme des autres, n'ayant pas assez de sécurité narcissique en eux-mêmes et qui y prennent plaisir... les maladies de caractère sont des manières de traitement des degrés de l'insuffisance narcissique au registre des comportements". On voit là, la possible action de manipulations perverses défensives au mieux d'affects dépressifs, au plus d'insuffisance narcissique. Dans un contexte œdipien ce qui s'inscrit dans la lignée maternelle de la grand-mère à la fille c'est l'impossible du féminin (6), de la relation hétérosexuelle, le dégoût du corps et sa destruction. Dans un contexte plus narcissique, se déploie une insuffisance identitaire psyché-soma sous couvert de problématique névrotique. Ce qui s'inscrit dans la lignée des femmes c'est "l'incertitude d'un corps"... vécu sans qualité.

Cette notion renvoie en insistant cependant sur l'éprouvé puis l'image du corps à l'"identification à la mère dans la communauté de la nostalgie", élément unificateur presque indestructible ou dans la communauté du déni de D. Braunschweig et M. Fain (1975) ; à l'identification endocryptique et au fantôme de N. Abraham et M. Torok (1972) (une lacune dans la psyché du parent se transmet à l'enfant sous la forme d'une lacune dans ses possibilités introjectives... Modèle de la

crypte encapsulée dans l'inconscient maternel qui fait retour dans les agirs de l'adolescent... "le travail dans l'inconscient du secret invouable d'un autre").

Soulignons que le système n'est cependant pas fermé comme il peut l'être dans la mélancolie, car la différence symptomatique (agir vs inhibitions) ouvre une voie quoique dangereuse : ainsi selon Guyotat (1995, p. 179), le passage à l'acte addictif pourrait être interprété, dans ses formes les plus extrêmes, comme un "dégagement de la filiation narcissique instituée... un passage à travers la filiation instituée à la filiation du corps à corps, c'est-à-dire l'inverse de la naissance : la destruction du corps".

Ces différents rappels incitent donc à évoquer la dimension transgénérationnelle à l'œuvre dans les conduites addictives et à percevoir une dimension dans ces conduites de rupture de filiation corps à corps parce qu'elle impose de vivre dans des schèmes ou des désirs parentaux mortifères, ou même dans des non désirs, tous deux synonymes d'absence d'investissement.

Abordant ces schèmes parentaux, il faudrait développer l'idée que ceux-ci sont modelés sur la filiation réelle ou imaginaire des parents. On touche là bien plus profondément les aspects transgénérationnels de l'identification avec la quête imaginaire d'une identité qui se trouve en partie déterminée par "ce qui est rejeté dans l'histoire des parents" (H. Faimberg, 1988) et qui sera un temps "anesthésié" (S. Ferenczi) avant que d'être utilisé dans la construction identitaire.

En d'autres termes, la personnalité se structure en s'aliénant autour d'un rejet, d'un déni, d'une forclusion, d'une répression, ou d'une filiation parentale imaginaire construite à la mesure du vide énigmatique qui devient symbole de la filiation du sujet et de son inscription dans la lignée généalogique. Le secret ou le non-dit aspire le sujet dans un questionnement sur l'origine, l'identité, la filiation. C'est à l'ombre de ce secret que se développent toutes les constructions du sujet. Toutes ces constructions sont remises en cause dès qu'un événement lève le voile sur ce secret. C'est ce non-dit qui fait le flou de l'objet maternel pour l'enfant, c'est cette "inclusion non vivante" (Guyotat, 1995) qui génère le dysfonctionnement mère-enfant dès les premières interrelations.

L'enfant semble ainsi très tôt "prisonnier"

du fantasme ou du non-dit que son objet projette ; il en perçoit une certaine tonalité dramatique mais ne parvient pas à la déchiffrer ; et il y engluie son propre développement. Cette prison que le sujet entretient jusqu'à en être le co-géolier avec son objet pour lier connaissance ne serait donc pas une prison mentale simple. Elle impliquerait plus profondément des fantasmes de même corps.

NOTES

a. "L'horreur de la dispersion s'associe au désir de reconstruire. Sortir de la maternité-perpétuité, il n'y a de pérennité qu'en cette désastreuse naissance". L'accrolement des deux mots maternité-perpétuité laisse entendre et voir (aspect scriptural) un père absorbé par la mère... puis vient le mot signifiant pérennité dont la sonorité évoque un devenir.

b. En aval : encore faudra-t-il, comme le souligne L. Israël (1994), que le père ainsi "choisi" par la mère soit "insuffisant, jamais assez père" et bien évidemment ni trop mère, ni objet partiel de la mère, pour laisser une place à prendre, générer lui aussi une absence suffisante que l'enfant pourra capter pour se construire.

c. Ce choix d'une femme anorexique : colmatage d'une angoisse et autorisation d'une jouissance sadique où l'érotique est lié à la mort !

d. Fixation passive érotique à la mère phallique pré-œdipienne... "La phase de lien exclusif à la mère, qui peut être nommée pré-œdipienne, revendique ainsi chez la femme une importance bien plus grande que celle qui lui revient chez l'homme. Nombre de phénomènes de la vie sexuelle féminine qui n'étaient pas auparavant bien compréhensibles trouvent leur pleine explication par cette phase", S. Freud (1931). "Le désir sexuel qui est le plus nettement perceptible chez la petite fille, c'est le désir de faire un enfant à sa mère et d'en avoir un d'elle" (S. Freud, 1932).

e. Cf. l'étude (cas-témoin, rétrospective) de V. de Foucault, M. Flament, M. Corcos, P. Jeammet, mettant en évidence le fait que les mères des patientes anorexiques ont de manière significative des BMI (*body mass index*) actuels, minimum, maximum, et souhaités qui sont inférieurs à ceux des mères de témoins. Ces mères ne relatent pas de troubles du comportement alimentaire qui seraient susceptibles d'expliquer les valeurs

moyennes de BMI chez elles. Ces mères ont par ailleurs un profil cognitif particulier par rapport aux témoins : scores plus élevés aux sous échelles de l'EDI (*eating disorders inventory*) : perfectionnisme, peur de la maturité, conscience intéroceptive, méfiance des relations interpersonnelles.

f. Plus que le refus.

RÉFÉRENCES

- Abraham N., Torok M. "Introjecter-Incorporer. Deuil ou mélancolie. Destins du cannibalisme". *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1972 ; 6.
- Atger F., Corcos M., Perdereau F., Jeammet P. "Attachement et conduites addictives". *Ann. med. int.*, 2001 ; 152 ; suppl. au n° 3 : 1 567-72.
- Bergeret J. "Interview par C. Smadja et G. Szwec". *Revue française de psychosomatique, Caractère*, 1997 ; 11 : 183-201.
- Blake-Woodside D., Shekter-Wolfson L.F. "Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa". *J. Eating Dis.*, 1990 ; 9 : 303-09.
- Bochereau D., Agman G. "Rencontre avec des pères d'adolescentes anorexiques". *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1994 ; 42 (6) : 233-39.
- Boszormenyi I., Naguy I., Spark G. "Invisibles loyalties reciprocity in intergenerational family therapy". *Psychothérapie familiale*, trad. G. Blumen, Paris, PUF, 1980.
- Braunschweig D., Fain M. *La Nuit, le Jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Paris, PUF, coll. "Le fil rouge", 1975.
- Candelori C., Ciocca A., So B., Pietro (Ed), Ciocca Antonio (Ed), et al. "Psychotherapeutic issues on eating disorders : models, methods and results". Roma, Italy, Abramowicz, 1998 ; X ; 162 p : 139-53.
- Chabert C. "Les voies intérieures". Communication au 59^e Congrès des psychanalystes de langue française, *Enjeux de la passivité*, bulletin de la société psychanalytique de Paris, 1998 ; 51 : 9-65.
- Chassler L. "Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective". *Clinical social work Journal*, Win 1997 ; vol. 25 (4) : 407-23.
- Corcos M. "Le corps absent" : approche psychosomatique des troubles alimentaires. Dunod 2000. Coll. Médecine et

psychothérapie. Sous la dir. De D. Anzieu.

- De Foucault V. et al. "Antécédents de TCA chez les mères de patientes anorexiques", DEA de psychopathologie et neurobiologie du développement et des comportements, 1996.
- Evans J., Legrange D. "Body size and parenting in eating disorders : a comparative study of the attitudes of mothers towards their children". *Int. J. Eating Dis.*, 1995 ; 18 : 39-48.
- Faimberg H. "À l'écoute du télescopage des générations. Pertinence psychanalytique du concept". *Topique*, 1998 ; 42 : 223-38.
- Fairburn C.G., Welch S.L., Doll H.A. et al. "Risk factors for bulimia nervosa. A community-based-case-control-study". *Arch. Gen. Psych.*, 1997 ; vol. 54 ; 509-16.
- Fedida P. "L'arrière-mère et le destin de la féminité". *Psychanalyse à l'Université*, 1980 ; 5 (18) : 195-212.
- Freud S. (1914) "Pour introduire le narcissisme". In *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969 : 81-105.
- Freud S. (1931) "Sur la sexualité féminine". In *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969 : 144.
- Freud S. (1932) "La féminité", XXXIII^e conférence. In *Nouvelles Conférences d'introduction à la psychanalyse*, trad. R.M. Zeitlin, Paris, Gallimard, coll. "Folio Essais", 1984 : 119-81.
- Guedeney N., Jeammet P. *Les nourrissons de mères anorexiques*. Prisme, 2000 ; n° 32 : 168-76.
- Guyotat J. *Filiation et puerpéralité : logiques du lien. Entre psychanalyse et biomédecine*. Paris, PUF, coll. "Psychopathologie", 1995.
- Héritier F. *De l'inceste*. Édition Odile Jacob, 1994.
- Hodes M., Timimi S., Robinson P. "Children of mothers with eating disorders : a preliminary study". *European Eating Dis. Rev.*, 1997 ; 5 : 11-24.
- Humphrey L.L. "Comparison of bulimic-anorexic and nondistressed families using structural analysis of social behavior". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1987 ; 26 : 248-55.
- Israël L. "Le désir à l'œil". *Les Cahiers d'Arcanes. Études et documentation*, 1994.
- Jacobi C., Steward A., Gras W., Hammer L. "Predicting childrens reported eating disturbances at 8 years of age". *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 2001 ; 40 : 3.
- Jeammet P. "Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. Valeur

heuristique du concept de dépendance”. *Confrontations psychiatriques*, 1989 ; 31 : 179-202.

• Lacan J. (1961) “La Direction de la Cure”. *Écrits II*, Paris, Le Seuil, coll. “Points Essais”, 1999.

• Michaux H. “Entre centre et absence”. In *Œuvres complètes*, Paris, Gallimard, coll. “Bibliothèque de la Pléiade”, 1998 ; Tome I.

• Minuchin S., Rosman B., Barker L. *Psychosomatic Families : anorexia nervosa in context*. Cambridge, Harvard University Press, 1978.

• Pedinielli J.-L., Bertagne P., Mille C. “Pathologies addictives et modèle de l’incorporation”. *Information psychiatrique*, 1987 ; 63 (1).

• O’Kearney R. “Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa : a review of theory and empirical research. (Review) (74 refs)”. *International Journal of Eating Disorders*, 1996 ; 20 (2) : 115-27.

• Perrier F. “Parthénogenèse”. In *La Chausée d’Antin*, 10/18, 1976.

• Pontialis J.-B. *Loin*. Folio Gallimard, 1992.

• Rastam M., Gillberg C. “The family back-

ground in anorexia nervosa : a population-based study”. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991 ; 30 : 283-89.

• Scourfield J. “Anorexia by proxy : Are the children of anorexic mothers an at-risk group”. *Eating Dis.*, 1995 ; 18 : 371-74.

• Selvini-Palazolli M. *Self-Starvation*. New-York, Jason Aronson Editor, 1974.

• Selvini-Palazolli M. “La famille de l’anorexique et la famille du schizophrène. Une étude transactionnelle”. *Actualité psychiatrique*, 1982 ; 12 (1) : 15-25.

• Stein A., Murray L., Cooper P., Fairburn C.G. “Infant growth in the context of maternal eating disorders and maternal depression : a comparative study”. *Psychol. Med.*, 1996a ; 26 : 569-74.

• Stein A., Wooley H., Cooper S.D., Fairburn C.G. “An observational study of mothers with eating disorders and their infants”. *J. Ch. Psychol. Psychiat.*, 1994 ; 53 : 733-48.

• Stein A., Wooley H. “The influence of parental eating disorders on young children : implication of recent research for some clinical interventions”. *Eating Disorders*, 1996b ; 4 : 139-46.

• Valéry P. *La Jeune Parque et poèmes en prose*. Paris, NRF Gallimard, coll. “Poésie”, 1996.

• Van Wezel-Meijler G., Wit J.M. “The offsprings of mothers with anorexia nervosa : a high risk group for un dernutrition an stunding”. *European J. Pediatr.*, 1989 ; 149 : 130-35.

• Ward A, Ramsay R., Treasure J. “Attachment research in eating disorders”. *Brit. J. Med. Psychol.*, 2000 ; 73 : 35-51.

• Ward A, Ramsay R., Turnbull S., Benedetini M., Treasure J. “Attachment patterns in eating disorders : past in the present”. *Int. J. Eat. Dis.*, 2000 ; 28 : 370-76.

