"Orthorexie": un questionnaire psychopathologique

Elizabeth Kaluaratchige

► To cite this version:

Elizabeth Kaluaratchige. "Orthorexie": un questionnaire psychopathologique. *Topique - Revue freudienne*, 2013, 123, pp.175 - 188. 10.3917/top.123.0175 . hal-01470906

HAL Id: hal-01470906

<https://hal.science/hal-01470906>

Submitted on 17 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

« ORTHOREXIE » : UN QUESTIONNEMENT PSYCHOPATHOLOGIQUE

Elizabeth Kaluaratchige

L'Esprit du temps | « Topique »

2013/2 n° 123 | pages 175 à 188

ISSN 0040-9375

ISBN 9782847952452

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-topique-2013-2-page-175.htm>

Pour citer cet article :

Elizabeth Kaluaratchige, « « Orthorexie » : un questionnaire psychopathologique
», *Topique* 2013/2 (n° 123), p. 175-188.
DOI 10.3917/top.123.0175

Distribution électronique Cairn.info pour L'Esprit du temps.

© L'Esprit du temps. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

« Orthorexie » : un questionnement psychopathologique

Elizabeth KALUARATCHIGE

Le comportement « manger sain » est sorti depuis un siècle du cadre purement religieux ou monastique constituant une variante d'un comportement alimentaire le plus marquant du cadre « laïc », *laicus* dans le sens « commun et ordinaire qui est du peuple ». Il effleure les tendances spiritualistes du monde moderne et vient à la rencontre de la psychanalyse sur le plan clinique ainsi que sur ses questionnements psychopathologiques par le biais des patientes dites orthorexiques. Ce n'est que vers la fin du siècle dernier, que le terme « orthorexie » (*orthorexia nervosa*) se démarque du domaine « manger sain » et « bien vivre », pour nommer une pathologie en tant que « Eating disorder »¹, diagnostiquée majoritairement dans la population des femmes, sans faire pour autant une véritable percée dans DSM IV. Signe qu'il appartient à une certaine figure de la modernité clinique, sans qu'il soit associé avec ses équivoques les plus significatives. C'est par ce biais que le terme « orthorexie » peut s'écrire entre guillemets ; l'orthorexie ne fait pas d'emblée un objet réel dans la psychanalyse, en revanche elle touche de près ces maladies dites « troubles du comportement », ici alimentaires (TCA) d'une part et d'autre part, elle interpelle son imbrication avec la psychosexualité dans les âges de la vie féminine. Qu'on ne tente pas ici de rejeter dès le début cette nomination nouvelle « orthorexie », dont l'ambiguïté est très apparente au niveau psychopathologique. Notre intention est d'envisager une relecture clinique de ce symptôme, autrement dit faire une investigation autour de ce terme, encore peu connu, utilisé dans le diagnostic psychiatrique.

1. L'orthorexie est identifiée par le nutritionniste américain Steve Bratman.

L'anorexie vient du grec *orexis* appétit avec le « a » privatif qui signifie l'absence ou le désigne comme le manque d'appétit, tandis qu'orthorexie vient du grec *orthos*, correct ou droit désignant l'appétit pour les aliments trop corrects. L'orthorexie est diagnostiquée par la médecine à partir des carences alimentaires et des pathologies fonctionnelles. Le psychiatre qualifie l'« obsession de manger correct » par son caractère « radical », compulsif, effréné et démesuré dans la recherche des produits dits « sains » et « purs » selon les prescriptions plutôt spiritualistes et le rejet catégorique des substances et des produits qualifiés d'aliments nuisibles et « indigestes ». La rencontre clinique avec quelques patientes déjà diagnostiquées par la psychiatrie comme orthorexiques, nous permet de dégager des pistes de réflexions sur les dits symptômes, critères et indices portant sens dans la dimension inconsciente. Sur le plan méthodologique, pour éviter la radicalisation des positions divergentes sur un diagnostic généralisant, il importe de saisir cet objet « socio-clinique » par une approche anthropologico-psychanalytique.

LES ANTÉCÉDENTS ANOREXIHQUES

Un point commun introduit un air de famille entre nos deux figures cliniques : la persistance de la restriction alimentaire depuis l'adolescence. Nous avons choisi deux cas plus parlants pour notre investigation clinique. Une de nos patientes âgée d'une quarantaine d'années a vécu une anorexie mortifère, elle a été deux fois hospitalisée après avoir perdu du poids au-dessous de 40 kilos. Depuis, persiste chez elle, l'horreur de voir les gens « manger », d'assister aux repas de fêtes et de sentir l'odeur de la cuisine. Le tri des nourritures reste la préoccupation principale et la dépression fait des ravages dans la vie relationnelle. Elle ajoute : « Je ne sortirai jamais de ma dépression. C'est pour la vie. » Elle se souvient d'un de ses rêves diurnes. Elle imaginait la tristesse et la culpabilité que les parents ressentiront après sa mort. Depuis peu elle est habitée par ce même sentiment pour les gens de son entourage. L'autre patiente de cinquante ans, a été suivie par un psychothérapeute pendant l'adolescence, et elle a pu travailler en tant que mannequin sans tomber dans une situation létale. La persistance des traces anorexiques nous permet d'interroger un éventuel départ anorexique et sa chronicisation sous forme d'une « réorganisation de son anorexie » qui se transforme en orthorexie, un régime alimentaire « acceptable » mais toujours drastique. On pourrait supposer que ces patientes ont obtenu une guérison partielle, et elles gardent plus ou moins des traces de troubles alimentaires, un poids trop bas et une peur de grossir très forte. L'anorexie en tant que pathologie figurant parmi les plus mortelles des maladies psychiatriques a-t-elle pris le chemin d'un traitement psychique mal-

gré la reprise d'un poids plus « proche de la normale » ? Les « motivations » diététiques, écologiques, spiritualistes et esthétiques qui ont remodelé l'épisode initial ont apporté des résultats pour maintenir en quelque sorte « la vie ». Les patientes ont vu leur état de santé s'améliorer, mais elles ressentent fragiles. Allergies, troubles digestifs, les crises de larmes accompagnées de douleurs insupportables témoignent de la prise en charge par le corps des conflits psychiques intenable.

L'ORTHOREXIE, LE CORPS ET LA MÉDECINE

Les pathologies fonctionnelles dans les organes digestifs présentes chez nos patientes s'imposent au point d'attirer une attention particulière sur l'actualité des pathologies liées à l'alimentation plus fréquente chez les femmes adultes. Leurs médecins ont diagnostiqué la dyspepsie et périodiquement le SII, le syndrome de l'intestin irritable dit « la colopathie fonctionnelle ». Rappelons ici que le SII est plus fréquent chez la femme que chez l'homme et qu'il existe également une plus grande prévalence de la dyspepsie chez les femmes. Sans négliger les variations hormonales chez la femme ménopausée, il est justifié, nous semble-il, de remettre en question les conflits pulsionnels spécifiques de l'anorexie qui continuent à affecter le corps autoérotique. Aucune lésion n'est identifiée chez nos patientes, ce qui est fréquent chez cette catégorie de pathologie dans les pays postindustriels. L'absence d'anomalies, métaboliques ou organiques, explique qu'il y a un symptôme « somatoforme » dont la « cause » et la conséquence sont difficilement « explicables » par la médecine. Faute de marqueurs objectifs de cette pathologie et à cause des données épidémiologiques imparfaites de ces symptômes intermittents et changeants au cours de temps et de leur occurrence aléatoire et périodique², lorsqu'ils s'articulent avec la souffrance psychique, on peut se demander si la coexistence des « troubles digestifs et de la souffrance psychique » ne deviendrait pas un véritable os de la médecine et de la psychiatrie. Les symptômes persistant nous parlent d'un « non dit » mais qui « cause » à travers le corps « souffrant » de la femme.

En dépit de l'automédication, elle transforme le médecin en son support ou plutôt son « re-père » symbolique, par son appel aux prescriptions médicales facultatives. Les symptômes sporadiques exigent un traitement épisodique, au coup par coup, par les antiacides, les alginates, les anti-H, autrement dit les médicaments d'action rapide. Dans sa lutte contre les carences dangereuses, le médecin est apprécié. Il donne des conseils sur le « régime digestible » (un

2. Selon Rome II 12 semaines/12 derniers mois ; 25% de temps et selon Rome II 3 jours/mois au cours de 3 derniers mois – 10%.

morceau de blanc de poulet ou un filet de poisson sans gras par exemple) et il administre des oligo-éléments ou vitamines. Ces traitements respectent en quelque sorte la comparaison faite par la médecine, entre la sensibilité viscérale avec la personnalité selon les critères nosologiques. Mais les études gastro-entérologiques ne réussissent pas encore à prouver la relation directe entre les anomalies de la sensibilité viscérale et le profil psychologique, tels que l'hypochondrie, la dépression, l'hystérie, l'obsession ou la dépression. Les médecins considèrent que le stress des patientes est impalpable par la médecine et qu'il est le seul facteur qui a ses sources à l'extérieur de l'organisme, sans rapport avec le cycle aller/retour de la douleur. C'est la raison pour laquelle, le plus souvent les médecins et les gastro-entérologues conseillent aux patientes de consulter un « psy » pour résoudre les problèmes dits « mentaux » ou de recourir aux techniques de contrôle de la douleur et de gestion du stress (Ringström, 2009 ; Simrèn et coll, 2004).

Il est patent que la patiente est avertie que l'allopathie traite non pas une maladie proprement dite mais un trouble fonctionnel qui entraîne la dépression, et qui gêne la vie professionnelle et sociale. En effet les recherches abondantes sur la dyspepsie chronique idiopathique hypersensibilité gastrique et sur les troubles de la sensibilité digestive au cours des manifestations fonctionnelles de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin, les techniques d'imagerie fonctionnelle tel que IRM fonctionnelle, Pet Scan et des distensions viscérales telle que l'activation de zones cérébrales ne répondent pas à la demande de soulagement de la patiente. Il n'est pas rare que nos patientes s'angoissent davantage par les transcriptions qualitatives (radiographies, scanners) qui ne visualisent ni ne verbalisent leur souffrance psychique. En dépit de leur demande de traitement des douleurs physiques, elles se plaignent que l'allopathie est moins soucieuse de la malade elle-même. On entend parler d'une déception face à « un manque » ou un défaut des institutions médicales. Pour ces deux femmes, la médecine n'est qu'un support secondaire qui les retient contre le dépassement des limites dans leur restriction alimentaire. Au contraire, chez elles, l'homéopathie et la médecine dite parallèle, la phytothérapie, l'aromathérapie, l'ostéopathie ou la médecine *ayurvédique* se logent dans la « médicalimentation dite naturelle ». Cherchent-elles alors un « au-delà » du raisonnement médical, scientifique et technologique, une forme admise d'une « manière de vivre sainement » pour ne pas être classées dans une pathologie mortifère ?

On pourrait ainsi s'interroger : l'orthorexique veut-elle réaliser un fantasme de redevenir cette « fille modèle » de son enfance, la « bonne fille », cette fois-ci, « hyper » spiritualiste ? La chronicisation d'un symptôme prend ici une forme « saine » empruntée au social de la modernité. Le propre de la conflictualité psychique ne s'exprime, dans cette configuration clinique, qu'en empruntant au savoir médical et para-médical de quoi nourrir des symptoma-

tologies « atypiques », et pourtant fonctionnellement et organiquement non explicables d'un point de vue purement somatique.

LA NÉVROSE D'ANGOISSE OU LA PRÉ-HYSTÉRIE

La patiente âgée d'une quarantaine d'années, raconte : « J'ai perdu le sens de ma vie. Je cherche une solution pour abandonner tout ça. Pourtant j'ai peur de mourir. » Elle vit depuis dix ans avec un compagnon, mais elle évite tout contact physique avec lui depuis quelques années. La découverte de son infidélité provoque des douleurs intestinales insupportables. On pourrait penser que la patiente subit les conséquences de l'abandon de son compagnon. Mais le désintérêt pour toute forme de sexualité génitale et les tendances à l'ascétisme donnent l'impression du déni du plaisir. Certaines formes d'accès d'angoisse de cette femme accompagnées de douleurs et de troubles digestifs, nous rappellent le « complexe symptomatique » correspondant à une « névrose mixte » que Freud rencontre déjà en 1895. Le peu d'investissement dans l'objet sexuel génital nous permet de se demander si l'orthorexie est à verser au compte d'une pré-hystérie chronicisée ou si elle est du côté de la névrose d'angoisse. Freud souligne en premier lieu, que l'angoisse virginale des adolescentes et l'angoisse des femmes « intentionnellement abstinentes » peuvent être combinées avec une hystérie, dont l'étiologie se trouve dans l'infantile et la source d'excitation dans le domaine psychique. En deuxième lieu, il ajoute que dans la névrose d'angoisse qui partage son caractère fondamental avec la neurasthénie, cette source se situe dans le domaine somatique (Freud, 1895). Si nous repartons vers nos patientes, les paralysies et les fourmillements sporadiques des bras évoquent un déplacement des affects vers un organe d'ordre hystérique, en dépit du facteur de rechute qui se situe dans l'actuel. Nous savons que par la condensation et par le déplacement, les douleurs des organes peuvent devenir une satisfaction substitutive aux fantasmes ou souvenirs libidinaux. Comme le note Freud, les signes passagers de l'excitation sexuelle, peuvent être utilisés comme matériaux appropriés pour la formation de symptômes comme le rôle des grains de sable qui fait développer les couches de nacre de la coquille (Freud, 1916, 368). Si l'orthorexique aussi bien que l'anorexique est une femme atteinte d'anesthésie sexuelle ou libidineuse, ce phénomène de *coitus interruptus* ne ramènera pas d'angoisse. L'écoute clinique nous permet de constater que l'« organisation orthorexique » suit une hystérisation quoi que faible pointant l'investissement *a minima* des zones génitales. La sublimation des pulsions qui n'élimine pas complètement l'état d'angoisse provoque un symptôme plus complexe. On pourrait ressaisir ainsi son aspect structurel et chronique, en sortant de l'aspect fonctionnel « biologique » d'une figure objective et confuse. C'est donc en allant vers une étude sur l'articula-

tion inconsciente entre plusieurs dimensions du corps féminin et du sexuel que nous pourrions entendre l'orthorexie.

UN DÉRÈGLEMENT DES ROUAGES : « FAIM ET AMOUR »

La restriction alimentaire, soit une « réaction » à un problème complexe enfoui dans l'inconscient, donne l'impression de surgir soudainement pendant l'adolescence. Pourtant loin de sortir du néant, elle parle de quelque chose de l'infantile et surtout du stade oral. Une des patientes désigne les sensations de brûlures dans la gorge et d'irritation de l'œsophage comme une manière de sentir la vie. Le peu d'aliment qu'elle avale ne semble lui donner aucun sentiment de remplissage, donc elle a un sentiment de « vide » et d'une douleur permanente. Les symptômes semblent prendre une valeur autopunitive. Cette femme de cinquante ans, une enfant unique, née dans une famille de paysans semble avoir souffert de l'indifférence et de la négligence de la part de sa mère. Chaque fois qu'elle rentrait du pensionnat, elle avait perdu un peu plus la capacité de parler. Il lui arrive le plus souvent, lors de la rencontre clinique, de parler de la haine du maternel : « Elle me disait souvent tu es bonne à rien. Tu ne feras rien de ta vie. » Elle semble avoir perdu le droit de rire, prendre du plaisir, enfin l'envie de vivre. Après la puberté elle déclenche une horreur de manger : « Pour plaire à maman ou pour attirer son attention vers moi, j'avais la nourriture préparée par elle. Mais souvent j'avais une mauvaise digestion. Quand elle était avec moi, elle me grondait et j'ai souvent trouvé une raison pour ne pas venir à la table installée dans la cuisine. » Contrairement à cette scène haineuse, il convient également de revenir vers une admiration très forte, mais avec une dépendance envahissante, vécue par l'autre patiente ; la mère n'a aucun défaut et elle représente la femme parfaite. C'est l'entêtement de la fille dans son anorexie et la santé fragile en résultant qui ont rendu la mère de plus en plus agressive envers elle. L'une comme l'autre vivent quelque chose d'un trouble de la relation symbolique, un dérèglement dans la dialectique entre « faim et amour » qui assure, comme le note Freud, d'après le philosophe-poète Schiller, la cohésion des rouages du monde (Freud, 1930, 56). L'oralité remonte à cette période où l'ébauche d'un objet (premier) de satisfaction se construit en dehors du corps propre, démarquant la satisfaction autoérotique des pulsions partielles.

En évoquant le développement du moi, Freud souligne que le sein maternel, *Mutterbrust*, fait partie des organes qui se soustraient au nourrisson par moments, et qui ne sera ramené à lui que par des cris d'appel à l'aide (Freud 1930, 8). Lacan ajoute que lorsque l'enfant saisit l'objet réel, le sein, dans sa présence-absence, « là et n'est pas là », il est forcément déçu, mais le désir sur le plan symbolique persiste dans le rêve et le fantasme. La mère, souligne

Lacan, est symbolique dès le début, elle ne pourrait redevenir « mère réelle » qu'en présentant le sein, l'objet *a* chuté, en tant que « Rien ». Il a le soin de préciser que l'oralité, le mode instinctuel de la faim portant la pulsion conservatrice du corps pourrait se substituer à l'amour et au symbolique, pour que cette activité prenne une fonction érotisée sur le plan du désir. Or dans l'anorexie, la femme n'est pas passive d'un « ne pas manger », *nicht essen*, mais active d'un « manger rien » *nichts essen*. C'est ainsi que la fille met « à la merci de son caprice » l'objet premier qui peut « tout donner et tout reprendre » (Lacan, 1960, 817 ; 1956-57, 184-187). Au premier abord, pris par le « Rien » de l'anorexique, la femme orthorexique spiritualiste semble être de nature différente ; bien au contraire, l'élimination catégorique des produits considérés par elle-même « malsains » et la quête d'un impératif catégorique d'une nourriture idéale désignent « la trouvaille impossible », autrement dit, le « Rien ».

DE L'ORALITÉ À L'ANALITÉ : QUELLE GÉNITALITÉ ?

En effet l'anorexique aussi bien qu'orthorexique met en relief l'attachement long et fort à la mère, *Mutterbindung*, par les symptômes d'ordre oral et digestif. L'excitation des organes digestifs provoquerait le plaisir autoérotique. Freud souligne que l'excitation sexuelle somatique, une fois qu'elle a atteint le seuil, se transforme continuellement en excitation psychique. Il montre également l'incapacité de garder au-delà d'une certaine limite, l'investissement libidinal sur la douleur physique ou le déplacement de la névrose sur le somatique. On peut supposer que dans ces deux symptômes, l'excitation déviée vers le tube digestif induit une compulsion de rester affamée. Ce qui explique autrement le manque dans l'élaboration associative et dans la liquidation véritable par une véritable attaque hystérique, chez ces patientes (Freud, 1894). En alternance, les douleurs physiques semblent encore une fois clignoter et l'excitation pulsionnelle constante semble abandonner les fausses routes, le tube digestif, et parvenir à retourner à la représentation sexuelle dont elle a été détachée. Ce processus est propice à l'augmentation de la souffrance psychique par le retour des pulsions refoulées, pour reprendre la régression vers un état antérieur, le stade oral.

Si l'anorexie reste principalement dans les excitations d'ordre oral, les ballonnements du ventre, les douleurs intestinales et la constipation de l'orthorexique impliqueraient plutôt une tendance vers l'analité. Le plaisir gagné par les pulsions partielles agissantes avec la zone orale se déplacerait vers la zone anale, en passant par l'œsophage et l'intestin. Les troubles de transit et les douleurs transmigrent entre le corps autoérotique et le corps d'autoconservation montrent l'effet clinique des pulsions de mort (Freud, 1920). Freud le

souligne, translation d'arrière en avant, la nourriture dont on se défait devient la nourriture qu'on prend ; la nourriture impure serait donc la « matière placée au mauvais endroit » autrement dit le contenu honteux est la matière qui peut devenir le bonheur du monde (Freud, 1908).

En outre, Freud n'exclut pas l'idée que seule une partie seulement de quantités d'excitation envoyées depuis des zones servent à la vie sexuelle, et que l'autre partie se détourne des buts sexuels et se dirige vers d'autres buts par la sublimation. Comme nous l'avons montré ailleurs, dans une recherche sur le bouddhisme en Occident, ces patientes ont trouvé une solution au déploiement de la pulsion de mort, par la sublimation, en s'affiliant aux sectes du bouddhisme tantrique et tibétain (Kaluaratchige, 2008). Chaque patiente en dépit de sa propre singularité ascétique, montre jusqu'à quel point la sublimation change la situation pour transformer la jouissance autoérotique ou le destin d'une partie des pulsions sadique-anales. Au travers de son avarice, rétention et dévalorisation radicales des richesses, elle régresse, malgré la sublimation, vers un stade où elle ne fera pas de cadeaux à l'Autre. À la fin, par son retournement en son contraire, deviendrait-elle le « déchet » de l'Autre, la sacrifiée, au nom d'un « idéal excessif » ? C'est ici qu'il serait utile de rappeler le décalage entre l'investissement fort sur la figure paternelle idéale et la « pauvreté » dans l'investissement œdipien du père. Elle a apparemment développé son idéal du moi pour placer l'idéal culturel extérieur à sa place (Freud, 1921). On sait que l'anorexique qui n'entre pas dans une phase létale, – c'est le cas de nos patientes orthorexiques –, maintient le plus longtemps possible une activité sociale adaptée, et une hyperactivité physique et intellectuelle dépassant le plus souvent les limites. Elle donne ainsi une apparence d'une normalité, mais « trop » conforme à l'idéal culturel, contrairement au symptôme suicidaire d'une mélancolique. L'ascétisme de ces patientes, pauvre en « gras » et pauvre de vêtements festifs, révèle en quelque sorte, la peur de toucher et de convoiter l'or, l'argent (excréments) du « diable » représentant les pulsions refoulées (Freud, 1908).

LE MOI ET LE SURMOI

L'éloignement de la sexualité que cette femme d'une quarantaine d'années a déjà entrepris pendant la période anorexique semble prendre un élan nouveau pendant la période de pré-ménopause. Elle anticipe vraisemblablement la fin du désir sexuel en allant vers la mystique et la jouissance de l'Autre, au sens lacanien du terme. La patiente qui a déjà atteint sa ménopause ajoute : « Parfois j'ai l'impression que tout stagne, comme si l'on marchait dans une étendue monotone et sans fin. Il y a des jours je n'ai même pas envie de dire bonjour à mes voisins. » Un surmoi sadique commande, nous semble-t-il, la

fin du désir, à savoir le désir de vivre. Elle ajoute : « Je ne peux pas sourire, je ne peux même pas écouter la musique, ni regarder la télé, sans mon maître spirituel, je serai perdue. » Elle se « fait tout petit », effacée, ramassée lorsqu'elle est en compagnie des personnes de son entourage. Comme le note Freud, le retournement du sadisme contre la personne lors de la répression culturelle des pulsions est plus souvent conscient, la tendance masochisme (moral) du moi reste en général cachée à la personne et doit être déduite de son comportement. Autrement dit les critères comportementaux peuvent être ressaisis ici depuis la théorie freudienne du masochisme, pour expliquer le retour des pulsions de destruction sous forme de masochisme secondaire qui peut être surajouté au masochisme originaire lié au plaisir de la douleur inhérent à l'autoérotisme. Autrement dit, la primauté de l'angoisse d'être dévorée par l'objet maternel a sa source dans l'organisation orale primitive ainsi que dans le désir d'être battue par le père provenant de la phase suivante, sadique-anale. Au lieu d'avancer vers le stade suivant, l'organisation génitale, la fonction sexuelle d'ordre sadique-anale retournée en son contraire peut se trouver relâchée et rattrapée par le masochisme moral. Néanmoins leurs comportements régis par le sentiment de culpabilité inconscient semblent être remplacés par le besoin de punition sous forme d'un bénéfice de la maladie (Freud, 1924, 291-297).

L'isolement accentué de la patiente de cinquante ans soulève plusieurs questions sur la tendance mélancolique dans la restriction alimentaire des femmes que Freud a déjà notée (Freud, 1887-1902, 93). Les motivations spiritualistes déclarées cachent les enjeux psychiques dans l'investissement libidinal. La souffrance et la déréliction vécues depuis l'infantile semblent abîmer la perception du moi-corps. On peut supposer que le moi-corps devient ici le réceptacle et la source par excellence des effractions et des souffrances psychiques et physiques, à la manière de l'homme préhistorique qui a pris le corps comme mode de connaissance de réel (Freud, 1932). Peut-on reprendre ici l'hypothèse de S. de Mijolla-Mellor, que la personne veut s'abstraire de son propre corps perçu comme une prison ? (Mijolla-Mellor, 2004, 43). Comme nous avons discuté ailleurs, ces patientes, par des pratiques spirituelles et corporelles telles que la méditation, tentent de transformer « quelque chose » de leur moi qu'elles ne veulent pas assumer (Kaluaratchige, 2008, 908-1000). Son fantasme est de repousser le moi vers l'état du moi-primitif sans contraintes extérieures et intérieures. Le moi étant en partie inconscient, leur effort de « geler » les traces mnésiques et les souvenirs porteurs de souffrance ne donne des résultats que pour un temps très limité. C'est ainsi qu'on observe les rechutes dans la dépression pendant les périodes d'arrêt de ces pratiques. La dépression est ce moment d'angoisse où la patiente rencontre cet *Unheimlich* venant de ses « tripes », de l'inconnu, comme le montre Lacan tel que le chien de Faust (Lacan 1962-1963, 187). Au bout de la dialectique entre le corps en souffrance, l'extrême spiritualité et l'ascèse en acte, ces femmes

nous parlent de la pente « excessive » vers un au-delà du principe de plaisir, vers le principe de *Nirvāna*, régisseur de la pulsion de mort.

Le surmoi semble pousser à l'excès ; il sonne le signal d'alarme pour éviter les nourritures « normales ». Une voix intérieure avertit déjà le risque qu'elle encourt ; elle aura des crampes d'estomac ou des troubles gastriques aigus, ce qui la fera languir davantage de la nourriture saine. Cette puissance surmoïque de nos patientes devenues « spiritualistes » nous incite à nous interroger sur l'histoire des figures anorexiques religieuses en Occident. Depuis les mystiques fortement attachées à la religiosité comme Catherine de Sienne, la modernité a vu naître une catégorie d'ascètes nutritionnelles poussées à l'extrême. R. Bell et C. Bynum comparent l'anorexie au jeûne des saintes, sans établir une relation avec la psychosexualité (Bell, 1985 ; Bynum, 1987). Or, il importe, nous semble-t-il de reprendre la relation entre l'anorexie et la religiosité pour requestionner la spiritualité de nos patientes du monde moderne. B. Brusset compare le jeûne et l'anorexie, pour éclairer le normal par la pathologie, comme l'a fait Freud pour le deuil et la mélancolie ou le rêve et le délire. En abordant ces deux aspects, il veut mettre en évidence les thèmes du contrôle du soi et de la purification qui leur est commun. Pour Brusset, cliniquement l'anorexie est le jeûne impossible. Il met en évidence entre ces deux comportements, l'aspect social de l'un, et l'aspect pathologique de l'autre (Brusset, 1998, 85). Nous reprenons ces réflexions pour ressaisir, le rapport entre l'anorexique et la religiosité transformée en une spiritualité plutôt laïcissante chez nos patientes. Cette femme de cinquante ans a une histoire fortement attachée à la religion. Elle a été confiée à un prêtre à l'âge de 6 ans qui l'a fait interner dans une école des congréganistes. La famille était non croyante ou plutôt anti-religieuse, tandis qu'elle remercie « cet homme sage » d'avoir sauvé l'« enfant pauvre » qu'elle était. C'est dans l'école des congréganistes qu'elle a trouvé le chemin vers le spiritualisme. Au lieu de rester mystique chrétienne, elle devient bouddhiste en s'affiliant à une secte du bouddhisme tibétain. La patiente d'une quarantaine d'année, sans aucun attachement véritable à une religion, donne cependant l'impression d'une fille soumise à un surmoi exigeant, une fille « sage », « morale » et « obéissante » qui respecte avec ardeur les règles et les techniques corporelles et spirituelles proposées par le bouddhisme tibétain.

Veulent-elles défier le « père » associé à la culture occidentale ? Peut-on dire qu'il s'agit d'un refus de reproduire l'économie dans le corps de l'anorexique ou d'un véritable antidote contre la société de consommation, un comportement négatif de *femina economica*, une résistance contre l'idéologie domestique, à l'instar de l'hystérie et l'agoraphobie (G. Brown, 1989, 149) ? Ces femmes devenues adultes donnent en effet l'impression d'avoir fini la lutte contre la mère et le père de famille. Mais, sa sérénité n'est qu'un masque pour cacher la lutte chronique contre toutes sortes d'institutions principale-

ment l'institution familiale. Cela implique un questionnaire sur une éventuelle dérobade culturelle. Cette femme de cinquante ans ajoute : « L'Occident n'a rien de bon, enfin presque, il faut chercher la pureté « ailleurs ». » Elle essaye de montrer jusqu'à quel point le bouddhisme lui est venu en aide pour quitter le repas occidental et pour trouver la nourriture saine : « Quand on m'a enseigné le spirituel, j'étais comme un poisson dans l'eau. À cette époque j'ai vécu une vie totalement assoiffée tandis qu'aujourd'hui ce n'est plus du tout la même chose. Je m'alimente moi-même. Je continue ma route. Indépendante. Le plan spirituel m'emmène. »

LE SACRIFICE AU NOM DE L'IDÉAL

Il y a bien, il faut le préciser, une identification forte à un idéal « spiritua- liste » « écologique » « diététique » de la modernité, contre l'idéal post indus- triel occidental « consumériste ». En dépit de son acte isolé et silencieux, elle est « fière » d'être une rebelle contre la société moderne qui est, à ses yeux, « suralimentée » par des produits artificiels de qualité médiocre, disposés sur les étalages des supermarchés. Le discours de la haine contre la culture indus- trielle et technologique, lui donne du fil à retordre. Dans une intensité extrême elle rêve d'un endroit intact, sans pollution ni produits artificiels, révélant la haine sur la scène sociale. Elle avalera autrement dit « l'idéal du moi » pour « engrosser » son moi-idéal, mais le moi semble perdre ses capacités de raison- nement et son désir de vivre. Freud repère ce risque, la régression par l'idéal.

L'aspect nocif de la formation des foules explique que chez certaines per- sonnes, le moi propre et l'idéal installé sur l'idéal du moi coïncident, alors le moi conserve son autosatisfaction narcissique antérieure. L'idéal extérieur cul- turel posséderait facilement les propriétés typiques du moi donnant l'impres- sion d'une force extraordinaire (Freud, 1921, 222). Or, on peut entrevoir dans cette expérience clinique orthorexique une euphorie de type maniaque ; l'idéal est renforcé par le surmoi tyrannique, devenu le surmoi social. Cette instance pousse à fond le moi pour qu'il perde ses qualités afin que l'idéal reste bril- lant en lui. Il s'agit d'une revendication d'une nature maternisée par une « épu- ration » qui nous renvoie vers l'aspiration océanique promue par Romain Rolland, que Freud associe au fantasme archaïque du bonheur dans le giron maternel, *Mutterliebphantasie* (É. Kaluaratchige, 2010). La mère océanique fantasmée se situe au-delà de la mère de famille. En allant vers l'idéal asia- tique, l'orthorexique de notre clinique semble chercher un élément ou une plante plutôt originaire, *Urpflanze*, dans le même ordre que la pensée goe- thienne, une plante qui pousse dans la terre des Mères (Assoun, 1992, 124). Veut-elle en finir ainsi avec la mère symbolique devenue « réelle » ? Cette stra- tégie a une affinité avec ces convictions radicales sur la spiritualité, l'hygiène

et l'assainissement (Baudrillard, 1970, 222-223), « une idéologie, comme le note G. Pommier, de la pureté et non telle ou telle mesure destinée à améliorer l'environnement » (Pommier, 2000, 34). Cette femme ex-mannequin veut garder sa « ligne » tout en luttant contre la culture-mode et s'accroche au signifiant, « zen » de la paix universelle. Elle reste éloignée d'une stratégie de la séduction des hommes, en incarnant autrement dit, la fille « filiforme », le fétiche (du père). Elle représente, nous semble-t-il, la figure d'une « revenant(e) » d'une époque révolue où le christianisme avait promu le traitement humoral par certains aliments représentant l'anti-désir.

Nous savons que l'Église a imposé l'interdit de la consommation de viande pour éviter les plaisirs et pour renforcer l'ascèse et la pauvreté, ce qui disparaît plutôt vers la fin du Moyen Âge. Mais les mystiques chrétiennes ont vécu avec leur anorexie, malgré les contrôles menés par les instances de l'Église. Comme le note J. Maître, elles avaient un rapport avec des êtres surnaturels. Selon lui, ce phénomène n'apparaît pas dans les signes que donnent les anorexies modernes (Maître, 2004). Pourtant on pourrait entrevoir les tendances mystiques et le rapport avec « le surnaturel » qui sont bel et bien présents dans le cas de l'orthorexique spiritualiste affiliée aux sectes bouddhiques. Elles sacrifient leur corps féminin et gardent la passion de l'Autre fortement liée au sentiment océanique. La restriction alimentaire d'ordre *laïcus* prend un tournant ainsi à partir de la spiritualité. Déjà depuis les années soixante, manger sain fait partie du mouvement New Âge, d'une aspiration culturelle spirituelle, plutôt individuelle. La patiente orthorexique montre en effet jusqu'à quel point elle réussit à remanier son économie pulsionnelle avec la sollicitude de l'Autre social. Par sa démarche d'un régime « trop correct » et son spiritualisme impliqué dans les techniques corporelles et spirituelles, elle semble rétablir « autrement » son chemin de la « réorganisation de l'existence » dans la culture.

Elizabeth KALUARATCHIGE

25, rue de Beauregard

77140 Nemours

kaluara@voila.fr

BIBLIOGRAPHIE

- P.-L., ASSOUN « Voyage au pays des mères », De Goethe à Freud : maternité et savoir faustien », in *Les Mères, Nouvelle Revue de psychanalyse*, XLV, 1992, p. 109-130.
- R., M., BELL, *Holy anorexia*, Chicago, 1985.
- G., BROWN, « The empire of Agoraphobia », in *Mysogyny, Misandry and Misanthropy*, ed.R.W. Bloch et F. Ferguson, University of California Press, 1989.
- C., W., BYNUM, *Holy feast and holy fast : The religious significance of food to Medieval Women*, Berkeley, 1987.

- B., BRUSSET, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris, Dunod, 1998, p. 85.
- S., FREUD, *La naissance de la psychanalyse (1887-1902)*, Paris, PUF, 2002.
- « La psychonévrose de défense », (1894).
- « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse » (1895).
- « Caractère et érotisme anal » (1908).
- « Le problème économique du masochisme » (1924), in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Seuil, 1999.
- Introduction à la psychanalyse, (1916) Paris, Payot, 1970.*
- « Au-delà du principe de plaisir » (1920).
- « La psychologie collective et analyse du moi » (1921), in *Essais de Psychanalyse*, Paris, BPP, 2001.
- Le malaise dans la culture (1930)*, Paris, PUF, 1995.
- « Sur la prise de position du feu » (1932), in *Résultat, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1998
- E., KALUARATCHIGE, *Le principe de Nirvāna et la jouissance dans la clinique du sentiment océanique. Les formes de la jouissance dans « l'auto thérapie corporelle et spirituelle » du sujet bouddhiste occidental moderne*, Thèse de Doctorat, Université Paris 7, 2008.
- « Protection d'un père exalté ou refuge dans le sentiment océanique. Source et origine des besoins religieux à travers le débat Freud et Romain Rolland sur les religions indiennes », in *Psychologie Clinique*, N° 26, 2009, p.55-71
- J., LACAN, « Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien » (1960), in *écrits*, Paris, Seuil, 1966.
- Le Séminaire, La relation d'objet (1956-1957)*, Paris, Seuil, 1994.
- Le Séminaire, L'angoisse (1962-1963)*, Paris, Seuil, 2004
- J., MAÎTRE, « Les avatars de l'anorexie », in *Logiques du symptôme. Logique pluridisciplinaire*, sous la dir. P.-L., Assoun, M., Zafiroopoulos, Anthropos, 2004.
- S., MIJOLLA-MELLOR DE., « Les Ivresses sacrées », in *Topique, Revue Freudienne*, N°85, L'Esprit du temps, 2004, p. 35-52.
- G., POMMIER, *Les corps angéliques de la postmodernité*, Paris, Calmann-Lévy, 2000
- G., RINGSTRÖM, « Development of an educational intervention for patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS) », in Scan J, BMC, *Gastroenterology*, 2009, 9-10.
- M., SIMRÈN et coll. « Treatment With Hypnotherapy Reduces the Sensory and Motor Component of the Gastrocolonic Response in Irritable Bowel Syndrome » in *Psychosomatic Medicine*, 2004, 66 : p. 233-238.

Elizabeth Kaluaratchige – « Orthorexie » : un questionnement psychopathologique

Résumé : Cet article propose des pistes de réflexions psychopathologiques sur la pathologie dite orthorexie fortement liée aux troubles digestifs et aux antécédents anorexiques. Nos arguments sont fondés sur une observation et une analyse de l'articulation entre symptômes psychiques et somatiques, critères et indices comportementaux, par une approche transdisciplinaire et anthropologico- psychanalytique

Mots-clés : Orthorexie – Anorexie – Sublimation – Troubles digestifs – Oralité

Elizabeth Kaluaratchige – ‘Orthorexia’ – Psychopathological Questionings.

Abstract : This article sets forward psychopathological avenues of reflection on the pathology referred to as orthorexia, closely connected with digestive disorders and individuals with anorexic antecedents. The author bases her arguments on the observation and analysis of the articulation between psychic and somatic symptoms, behavioural criteria and clues, and this from the standpoint of a trans-disciplinary approach rooted in anthropology and psychoanalysis.

Key-words : Orthorexia – Anorexia – Sublimation – Digestive Disorders – Orality.