

ANOREXIE ET ANOREXIQUES....

Signe du temps, témoin d'une évolution des concepts où la minceur est signe de modernisme, à l'exemple des mannequins qui font montre de leur corps souvent presque décharné, l'anorexie obéit à une forme de mode.

Apparue peu à peu et prévalente dans certains pays notamment européens, elle en est arrivée à un tel extrême dans la banalisation des formes ascétiques qu'elle arborait, qu'elle se voit maintenant presque stigmatisée, sinon interdite de « publicité ».

Le risque de danger de mort pour celles qui en épousaient la jouissance morbide, tente ouvertement d'en limiter l'extension. Il en a à tel point illustré les excès, que dans certains pays, le maintien du poids des mannequins dans des normes acceptables, a été imposé.

La « baisse de l'appétence » qui témoigne en premier lieu de l'anorexie, peut être passagère et limitée. Elle touchant bien des adolescentes – mais pas seulement- : la mode et l'appartenance au groupe des ados et post ados a certes ses exigences et ses contraintes éprouvantes, mais bien heureusement, le temps passe et l'appétit revient en même temps que des préoccupations moins obsédantes !

Elle ne prend le nom d' « anorexie maladie » que, lorsque le processus qui atteint le refus d'alimentation totale ou sélective s'installe durablement : il pose alors des problèmes sur le plan des risques de santé, atteignant parfois les processus vitaux et perturbant toujours les liens relationnels. Famille, entourage, médecins sont mobilisés, avec l'angoisse, la remise en cause, la culpabilité et la souffrance, qui peuvent y être associées.

Si chez l'adolescence l'anorexie apparaît problématique, elle ne l'est pas moins chez l'adolescent où elle peut présager une évolution dans le sens d'un retrait du monde, si ce n'est d'une psychose en potentiel.

L'anorexie se définit fondamentalement par « une perte plus ou moins marquée et progressive de l'appétit ». Elle se traduit par un refus actif ou passif de nourriture et s'observe essentiellement dans son aspect « anorexie maladie », chez le nourrisson et la jeune fille,

Lorsque, chez cette dernière, elle s'inscrit dans cette perspective, elle se traduit par une triade caractéristique : Anorexie (oxeris en grec = appétit), Amaigrissement, Aménorrhée.

Si elle témoigne alors de graves perturbations affectives, la question de son assimilation au terme « mental » se pose dans la mesure où le sujet qui en présente les symptômes n'est pas anorexique au sens étymologique du terme, ni l'objet de troubles mentaux majeurs.

Pourtant, le conflit exposé à la vue et exprimé préférentiellement -mais non exclusivement- par ce biais, infiltre la vie au quotidien.

Les rituels autour de la prise de nourriture ou dans les suites d'un repas vécu comme trop copieux, la peur de grossir, le déni de l'image du corps dans son aspect véritable, l'intellectualisation excessive : tout est là pour attirer l'attention et susciter l'angoisse et (ou) la colère...

La famille et les soignants sont l'objet d'une sorte de manipulation plus ou moins consciente et teintée d'ambivalence : si l'aspect extérieur et diverses mises en scène tendent à capter le regard, toute une stratégie est en même temps mise en place, pour détourner l'attention, éviter les remarques contraignantes ou les incitations angoissées.

Si la dénutrition, les troubles circulatoires, la constipation, les perturbations biologiques et celles des fonctions endocriniennes sont évidentes, le rétrécissement des contacts sociaux et l'absence de désir sexuel sont tout aussi importants.

Cette conduite défensive, qui survient surtout au moment de l'adolescence chez les jeunes filles, semble avoir pour but la résolution d'un conflit psychique.

Tout pourrait se résumer en une formule on ne peut plus lapidaire, qui peut se conjuguer en quelques déclinaisons : l'anorexique NE VEUT RIEN... Elle ne veut pas plus manger, que regarder sa pathologie en face ; elle ne veut ni grandir, ni entrer dans la vie adulte, ni se confronter à l'Autre à tous les sens du terme. Elle n'a rien ou plus rien, qui puisse l'inciter à quitter l'enfance pour devenir une femme.

Elle se protège...

Le conflit insurmontable représenté par ce passage difficile que constitue la puberté l'amène à élaborer une stratégie de défense, pour tenter de réprimer ses pulsions et « digérer » en quelque sorte tout ce qui lui a été transmis :

Il lui faut « avaler » les qualités parentales en mettant en place un processus d'identification, se responsabiliser et s'individu(er)aliser en les métabolisant, puis les transformer pour acquérir autonomie, maturité psychique, sociale et sexuelle.

Agressivité et amour sont entremêlés : les qualités se doivent d'être les mêmes, et pourtant « autres ».

Il y a ici un conflit entre assimilation -donc ouverture et acceptation de ce qu'elles vectent, et agressivité - donc digestion de ces dernières.

Les processus d'identification et de « digestion » restent en souffrance : l'anorexique reste fixée à une mère archaïque qu'elle vit comme effrayante mais, à ce point indispensable, qu'elle ne peut ni s'y identifier, ni s'en séparer...

Elle met alors en place un compromis entre deux désirs contradictoires ; à savoir une voracité qui témoigne d'une sensation de « manque » interne et de vide intérieur impossibles à combler – 'un « vide » de mère', et un interdit posé sur cette voracité, par crainte de détruire la personne aimée.

S'en suivent alors la construction de défenses rigides et une sollicitude anxieuse vis-à-vis de l'entourage.

La répression des pulsions peut aller ici jusqu'à la négation de tout besoin. Le fantasme final devient alors une sorte de désir d'être capable de « se passer de tout », de « ne recevoir plus rien », avec, en toile de fond, un désir de toute puissance et une lutte contre toute forme de dépendance.

Tout se passe comme si le corps mettait à la vue un trouble qui témoigne d'une difficulté de passage à l'âge adulte ; mais aussi une problématique plus profonde qui touche au lien premier dans ce qui a pu, en être mal vécu.

Le relationnel entaché de ce que les structures psychiques parentales et le patrimoine héréditaire peuvent conditionner de modalités d'être et de fragilité, est ici éminemment important.

Si l'approche thérapeutique ne peut éviter la prise en compte de l'état physique, elle ne peut s'en tenir là : une psychothérapie personnelle et familiale est indispensable.

Lorsque l'hospitalisation est nécessaire, elle doit être accompagnée d'un contrat visant à régir les relations avec la famille et les soignants : tous les moyens l'autonomisation et la non-dépendance doivent être mis en œuvre. L'entourage doit être encouragé à changer

d'attitude, pour ne plus s'impliquer de la même manière dans un trouble aussi anxiogène que destructeur.

L'abandon de la position anorexique s'accompagne souvent de l'apparition d'une phase dépressive. Elle est de bon augure et ne doit pas être appréhendée : si elle représente une phase difficile, elle constitue aussi un temps essentiel du traitement et permet le remaniement réel de la personnalité.

Psys de tous ordres, médecin et famille jouent ici un rôle essentiel, pour tenter ensemble d'éviter un passage à la chronicité ou une évolution fâcheuse.

Si celle-ci survient dans 1/3 des cas, cette dernière n'en reste pas moins problématique : les risques vitaux et dissociatifs ne sont pas exclus.

Malgré une certaine pauvreté sur le plan affectif et professionnel, les 2/3 restants se partagent entre 1/3 de bon pronostic après traitement, et 1/3 d'amélioration partielle.

Dans ces derniers, l'on peut relever une persistance de troubles névrotiques plus ou moins marqués : ils sont le plus souvent constitués de troubles des conduites alimentaires dans le sens de l'anorexie ou d'une alternance anorexie-boulimie, de rechutes mettant en jeu le pronostic vital, de problèmes sexuels, de craintes hypochondriaques, de bouffées délirantes.

Ils traduisent une fragilité qui poursuivra le sujet durant toute sa vie, ne serait-ce que par les effets qu'il maintiennent sur le corps.

LES PROFILS DE PERSONNALITES ANOREXIQUES.

SEPIA est le profil type de la maladie anorexique...

Dès son plus jeune âge, elle supporte mal le lait.

Intolérance au lait génératrice d'intolérance à sa mère, ou intolérance à la mère, génératrice d'intolérance au lait... : la mère et la nourriture sont ici confondues dans un même désagrément, sinon dans un même rejet, dans lequel la mère, souvent elle-même de type Sepia joue son rôle par son attitude et par les messages qu'elle envoie de manière consciente et inconsciente.

Sepia nourrisson refuse le lait : elle met dès lors en place les éléments constitutifs du conflit à venir qui, dès l'adolescence, surgit comme « un coup de tonnerre dans un ciel apparemment serein » ou se manifeste de manière insidieuse, pour amener le refus progressif des ou d'un certain type d'aliments.

Le contrôle obsessionnel de ce qui est absorbé se met alors en place.

La faim est pourtant présente, les aliments sont préparés avec soin, mais, « pour les autres ».

Une jouissance quasi orgasmique se polarise sur cette retenue et sur le plaisir douloureux que celle-ci génère : perte de poids, nausées, aménorrhée, surinvestissement intellectuel, hyperactivité, piètre camouflage à une tristesse désespérée teintée d'un « À quoi bon ! » issu d'une relation problématique au couple parental, jalonnent dès lors le parcours...

Mère de type Sepia elle-même, peu encline aux démonstrations affectives ou prise dans les rets d'une dépression camouflée ; mère rigide ou obsessionnelle du type Arsenicum album ; mère écrasante et peu chaleureuse de type Platina... : elles sont fréquentes et finalement, dans le fond peu présentes.

Même s'il est plus affectif, le père, pâle dans son rôle ou sa place dans le couple, se voit peu à peu idéalisé et paré de toutes les qualités.

Parfois « inacceptable », il se voit remplacé par une image « mythique », peu en phase avec le réel.

Si la mère est inscrite dans une dimension de « manque », sinon de « vide » et de rigidité peu chaleureuse, le père se voit ici supplanté par un père imaginaire dont les qualités impossibles à être incarnées, vont servir de référence problématique lors de la confrontation avec la vie amoureuse dans le réel : identification au père auquel l'on sacrifie sa féminité, recherche de compagnons mobilisant toute l'énergie oblatrice ou défensive, font alors écran. Ils parent à toute confrontation au « vide » qui habite l'intérieur et à ce qui, révélé par une situation de passivité, pourrait réveiller les terribles angoisses premières...

Gommage des formes, vêtements austères, épurés, presque asexués, souvent noirs ou gris foncé, absence de maquillage, orientent ici le diagnostic ; à moins que, paradoxe signant la composante hystérique du trouble, le camouflage ne se fasse sous le masque d'une tenue outrancière et voyante, comme si l'on se voulait « grimé » pour une sorte de comédie et de parodie de vie.

Pour Sepia une seule devise conjuguée sur deux modes : « Ne rien recevoir, ne pas ressembler à ... ».

Nourriture, sexualité, affectivité sexualité sont marquées du sceau de la privation... Domine alors le désir illusoire de se passer de tout, de se maintenir ainsi dans un état de pureté désincarnée, sinon même d'être une forme de « tube creux ». La nourriture ou ce qui a trait à la sexualité sont marqués de l'estampille de la souillure, donc doivent être écartés, sinon éliminés.

Sepia fuit dans l'action ou l'intellectualisation excessive.

Si elle ne montre pas son affectivité, c'est autant par peur, que par ambivalence.

Prise entre une angoisse d'abandon, donc une peur de souffrir ; et une difficulté à vivre féminité et affectivité, elle se camoufle, comme elle camoufle ce qui reste de ses formes décharnées.

De fait, le refus ou la pauvreté de sa sexualité, des excès mystiques à la recherche de la fusion avec un père portant le label de « l'Absolu », la soumission au désir allégué de ce dernier paré alors de toutes les qualités, vont prendre le devant de la scène. Ils deviennent l'expression d'une personnalité à forts traits hystériques et obsessionnels.

Sauf, lorsque la mise en place d'un cycle artificiel a camouflé les symptômes et sont alors responsables d'une évolution dépressive, la survenue des règles, souvent en retard ou tardives dans leur apparition, du fait de la faible maturation endocrinienne, marque le premier signe de l'amélioration.

De la même manière, les premiers rapports sexuels, témoins d'un début de résolution du conflit œdipien, marquent les prémices du début de l'amélioration ; à moins que ne se mette en place une évolution psychotique, plus fréquente lorsqu'il s'agit d'un adolescent.

NATRUM MUR

Moins asthénique, moins marqué par le « Á quoi bon ! », plus spectaculaire dans sa présentation, il est, lorsqu'il se présente dans sa version féminine, enclin à des tenues strictes, quelque un peu masculines, ou encore provocantes par surcompensation.

« Qui suis-je...A quoi ressembler...? » : le problème de l'identité sexuelle -quand ce n'est pas l'identité- est crucial.

Natrum mur, enclin davantage à un bon appétit qu'à l'anorexie, pose problème dès lors qu'il ne mange pas ou insuffisamment pour des raisons peu rationnelles.

De fait, le corps souvent vécu comme imparfait, devient alors l'objet de préoccupations plus prégnantes. La cellulite, les oreilles décollées ou ressenties comme telles, l'acné, etc. génèrent des comportements peu adaptés...Ils posent problème...

La maigreur ostentatoire qui en découle et la négation de l'image du corps qui y est souvent liée peuvent faire craindre alors une fuite hors du réel avec tous les risques psychotiques qui peuvent y être attachés.

LES REMEDES DE LA PHASE ANOREXIQUE

IGNATIA dans son intériorisation habituelle du conflit, déplace bien souvent son mal-être sur la sphère digestive.

Spasmes générateurs de refus de nourriture, impossibilité à avaler quoique ce soit, mauvaise digestion ou allégation de mauvaise digestion pour certains aliments refusés de manière ostentatoire et avec théâtralisme -comme s'il s'agissait là d'un poison-, perte d'appétit révélatrice, témoignent ici du combat intérieur et de la dimension histrionique du trouble.

ARSENICUM ALBUM exprime ici sa composante obsessionnelle. Il montre alors le côté déjà fixé de cette forme d'anorexie-écran qui camoufle son problème ; à savoir et comme toujours, vouloir tout contrôler, tout maîtriser, tout surveiller.

Il peut se constituer aussi comme le remède du trouble dans sa phase avancée, avec tendance à vomir la moindre gorgée d'eau, douleurs gastriques brûlantes, empêchant toute prise d'aliment.

Il manifeste ainsi, sur le lieu même du problème, l'essentiel de sa problématique ; à savoir : le besoin qui se fait sentir, en même temps que le rejet qui s'y oppose ; le désir de capter en même temps que celui de repousser ; la volonté d'aimer et d'être comblé et la sensation de vivre du « manque » ; le refus, vu le désir d'être parfait et sans faille, de se voir confronté à cette insuffisance insupportable pour le narcissisme...

SILICEA qu'il soit remède premier, ou remède de fin de parcours lorsque la déminéralisation s'allie à faiblesse de la trame, permet de pallier au « manque » ; que celui-ci soit inscrit dans la trame léguée, ou consécutif à une insuffisance de nutrition à tous les sens du terme.

CHINA déshydraté par les pertes liquidiennes, les vomissements, les diarrhées, consécutives ou non aux prises de laxatifs, est souvent d'un appoint appréciable.

Avec VERATRUM ALBUM, il peut être d'une aide précieuse dans cette phase terminale où le collapsus est proche et où le sujet sue, voit sa tension chuter et le malaise arriver dans la froideur glaciale de la perte de conscience et de force...

HYDRASTIS peut pallier bien efficacement ici à l'abus de laxatifs ;

NUX VOMICA, au dysfonctionnement hépatique.

LES MEDICAMENTS DES CONDUITES ANOREXIQUES

Ils mettent en avant un symptôme et sont en général illustrés par des profils de personnalités assez diverses :

Peu matures et abandonniques, telles PULSATILLA hantée par la crainte de la séparation ;

Angoissées et obsessionnelles telle CYCLAMEN gênée par la peur de ne pas être « digne de » - donc en « danger d'être laissée » ;

Fragiles tel SILICEA anxieux et hanté par son impuissance potentielle à se défendre si quelque chose de l'ordre de l'abandon à lui-même arrivait et le laissait livré à ses seules ressources ;

En risque de déstructuration, tels PHOSPHORUS, en perte de repères, SEPIA aux prises avec une phase de repli et de dépression ;

Narcissiques à revendication phallique comme peut l'être, à certains égards PLATINA qui se replie alors dans son coin pour déprimer rageusement, et dont il ne faut pas oublier ici ses liens avec un Natrum mur souvent sous-jacent.

Pour les premiers, la conduite anorexique se constitue le plus souvent comme un signe d'appel névrotique ;

Pour les seconds, PHOSPHORUS notamment, la présence d'une asthénie avec désintérêt, l'absence d'hyperactivité paradoxale, sa sévérité surtout chez le jeune adolescent, sont souvent la marque d'une pathologie plus grave.

Comme pour SEPIA, elle fait craindre une évolution vers une anorexie résistante où remède symptomatique et similimum vont alors concorder.

Si PLATINA ne mange pas plutôt que de manger ce qu'elle qualifie de met « ordinaire », son souci de garder sa ligne et son attrait pour ce qui est rare l'amènent à choisir ce qu'elle absorbe.

C'est cependant au travers d'une répulsion globale pour la nourriture qu'elle met parfois au jour son mal être caché.

Plutôt que du côté de SEPIA dont elle n'épouse pas les excès sacrificiels, celui-ci la situe du côté de NATRUM MUR certes, mais aussi et surtout ici d'IGNATIA dans leurs composantes hystériques communes.

Pour tous ces types de personnalités, dépressives dans le fond par narcissisme exacerbé (et) ou blessé, ou encore par idéalisme, cette atteinte de la sphère alimentaire traduit une difficulté à résoudre un problème de fond.

Celui-ci ne trouve parfois son expression ultime que dans cette sorte de clivage mortifère de la personnalité qu'est l'anorexie mentale, dont l'apparence et parfois la nature, évoquent sur bien des points, une pathologie d'ordre psychotique.

Tuberculisme et Luèse se partagent alors la problématique de fond, l'un dans le sens d'un retrait du réel et d'une fuite ; l'autre dans le désir d'en transgresser les lois les plus fondamentales.

Refus de la Règle et enfermement dans une forme de sclérose obsessionnelle centrée sur une idée fixe, témoignent ici d'une pathologie dans laquelle la psore première a du mal à retrouver ses fonctions d'échange avec soi et avec le monde, et finit par se teinter d'une impossibilité à se maintenir dans ce qui, de la vie constitue à la fois le sens et le sel.

D'autres types de personnalités peuvent par contre se voir injustement assimilées à des personnalités de type anorexique. Elles n'en épousent pas moins certains des aléas et des dangers et méritent d'être repérées.

LES FAUSSES ANOREXIES

Certains maigres « mangeant bien », peuvent être pris pour des anorexiques : NATRUM MUR, IODUM, font partie de cette catégorie là.

Certains, tel CALCAREA PHOS, ont un appétit irrégulier : ils peuvent, de ce fait, faire penser qu'ils ne mangent pas.

Certains métabolisent mal et semblent dénutris : LYCOPODIUM ne peut digérer le pain et les légumes. Sa mauvaise santé apparente peut faire penser qu'il ne se nourrit pas.

Bien des psoriques se protègent en ne mangeant pas, lorsqu'ils se sentent « surchargés » ou en proie à une difficulté à assimiler ce qui leur est proposé : même s'il existe chez elle, surajoutée ou liée à cette difficulté, une problématique d'abandon et de dépression sous-jacente, SEPIA et son dégoût du lait qu'elle ne digère pas ou bien mal, peut en être une forme d'illustration.

D'autres mangent mal ou peu, dans les suites ou dans les prémices d'une maladie : affaiblis, surchargés et en proie à une mauvaise élimination des toxines qui les encombrant et les ralentissent, les TUBERCULINIQUES font souvent partie de ce contingent là. L'anorexie constitue souvent chez eux le premier signe d'une pathologie en voie d'installation.

Pathologie physique, pathologie d'ordre psychique... : tout peut se décliner ici, qui, au-delà du trouble présenté peut prendre le visage de l'anorexie.

Maladie anorexique confinant au délire qui peut alors s'installer peu à peu chez SEPIA ; psychose autistique ou délirante chez PHOSPHORUS... ; problème métabolique caché sous le symptôme anorexique chez d'autres... Les exemples sont multiples...

D'autres sont ambivalents et tiraillés entre leurs pulsions orales de dévoration qui leur tordent l'estomac et endolorissent leur tête : c'est le cas d'ANACARDIUM.

STRAMONIUM se sent « bloqué ». Il présente souvent une dysphagie liée directement à son agressivité furieuse, clastique et teintée de notes épileptoïdes. La peur de laisser la violence prendre le dessus, pour le submerger jusqu'à la crise lui coince la gorge et l'empêche d'avaler... Les pulsions orales de dévoration sont trop fortes... Et l'angoisse trop vive.

Il n'est pourtant pas plus anorexique que ne le sont ceux qui l'ont précédé dans cette description des « faux anorexiques »...

Bien d'autres peuvent être cités. Leur « anorexie » apparente et passagère donne la tonalité de ce qu'ils vivent dans leur corps et dans ce qui dans leur psychisme se voit aux prises avec les difficultés relationnelles et les aléas de la vie au quotidien.

Liste d'ouvrages

Barbancey Jacqueline : Pratique homéopathique en psycho-pathologie. Editions Similia. 1987.

Boericke William. Matière médicale. 9^{ème} édition. Traduction G. Guéniot. Editions Similia. 1996.

Vannier Léon. Poirier. J. Précis de matière médicale homéopathique Doin éditeurs. 1978...

Zissu Roland Matière médicale constitutionnelle. Tome IV. Deuxième édition 1978. Librairie Le François.

