

Manger beaucoup, à la folie pas du tout.

Nardone—Verbitz—Milanese

## ---I\*) L'anorexie

### **L'anorexie sacrificielle**

La candidate commence par faire l'expérience de situations familiales particulières. Un membre de la famille porte à lui seul le poids de l'ensemble des problèmes en développant un trouble psychologique.

En outre ces personnes tirent de leur symptôme des avantages secondaires. Elles deviennent le personnage le plus important au sein de la famille, autant sinon plus que des frères et sœurs plus doués. Ou bien par son trouble elle fait en sorte que ses parents qui sont en conflit permanent restent ensemble. Costin parle dans ce cas d'anorexie « bouc émissaire ».

Lorsque le système familial chaotique n'offre aucune figure forte pouvant servir de référence, l'anorexique devient le « héros de la famille ». Elle devient précocement indépendante et développe une maîtrise de soi et une assurance proches de la perfection.

### **L'anorexie abstinente**

Les anorexiques abstinentes sont très intelligentes et très sensibles et donc psychologiquement fragiles avec de grandes difficultés à contrôler leurs émotions. Tout est magnifié à l'extrême, tous les problèmes deviennent énormes, difficiles, et inquiétants à l'excès. Il s'en suit des sentiments d'insatisfaction, d'insécurité, de peur de l'échec, alors même qu'elles réussissent en général assez bien.

Elles apprennent par hasard, qu'elles peuvent se libérer de leurs émotions en fixant leur attention sur quelque chose d'autre comme la faculté de ne pas manger. Par l'abstinence, le jeûne et la perte de poids, ces jeunes femmes arrivent à anesthésier leurs émotions et leurs sensations. L'abstinence devient la tentative de solution à laquelle il est impossible de renoncer parce que cela reviendrait à se retrouver confronté à des émotions incontrôlables. Cette abnégation ne se limite pas à la nourriture, elle s'étend à toute expérience susceptible d'être perturbante, surtout si elle est accompagnée de stimuli agréables.

Elles n'ont pas peur de travailler beaucoup, de faire des sacrifices, et font preuve d'une endurance incroyable, mais elles sont terrifiées à l'idée de toute expérience émotionnelle réelle, car elles ont peur de perdre le contrôle.

En outre, en dessous d'une certaine perte de poids une émission de certaines neurotoxines produit un effet similaire aux effets de la cocaïne et des amphétamines. Cela se traduit par des formes d'agitation et une énergie inépuisable accompagnés d'une impassibilité qui sont similaires à des comportements rencontrés chez certains toxicomanes.

L'anesthésie des sentiments et des émotions reste l'aspect le plus important de l'anorexie abstinente. Elle a aussi l'impression d'être au dessus des autres, puisqu'elle réussit à ne pas manger, là où les autres échouent, et sans le moindre effort.

L'attention et l'affection de la famille sont aussi des avantages secondaires. Les membres de la famille élaborent des tentatives de solutions en insistant pour qu'elle mange, en la surveillant tout le temps, en lui tenant compagnie.

## **Le traitement de l'anorexie**

L'attention doit porter sur la personne anorexique et sur la famille. Il nous faut nous assurer le concours des membres de la famille comme co-thérapeutes pour qu'ils arrêtent leurs tentatives de solution usuelles. On peut même se contenter de ça si l'anorexique refuse toute idée de prise en charge. Un refus de la famille signifie aussi un souhait de saboter la thérapie

### **Protocole de traitement de l'anorexie sacrificielle.**

Ca commence par une thérapie systémique axée sur la réorganisation des relations dans la famille

#### **\*) Premier stade**

Donner une connotation positive au sacrifice afin de provoquer une réaction chez la patiente. L'affirmation qui lui est faite qu'elle se sacrifie pour la famille est forcément provocatrice. La recommandation qui lui est faite de ne rien changer et de continuer à se priver de nourriture est une technique paradoxale, « une prescription du symptôme ».

#### **\*) Deuxième et troisième stades**

Si on s'aperçoit que se cache dessus une anorexique abstinente, si elles ont construit une structure d'abstinence, elles se sont progressivement isolées du monde, des autres mais elles diffèrent des abstinentes pures parce qu'elles ont conscience de porter une armure médiévale qui les protège mais qui les emprisonne. Elles ne savent pas comment s'en libérer. Après avoir débloquent les symptômes il faudra établir une relation émotionnelle intense avec la jeune femme et poursuivre avec des interventions qui vont provoquer des réactions émotionnelles : "La lettre sur l'oreiller", "le carnet de soin esthétique", "le massage avec lotion" etc.

#### **\*) Quatrième stade**

La consolidation de l'autonomie de la patiente en lui expliquant le processus thérapeutique et les stratégies. Nous montrons que le changement a été obtenu par une intervention systémique scientifique mais que tout le bénéfice en revient aux compétences personnelles de la patiente, et qu'elle a donc acquis la faculté de surmonter tout problème qui pourrait survenir dans le futur.

### **Protocole de traitement des anorexiques abstinentes**

Sa spécificité est l'anesthésie engendrée par les longues périodes d'abstinence, qui leur permet de contrôler leur émotivité et leur sensibilité extrêmes. L'objectif d'emblée est de mettre fin à cette anesthésie pour que la patiente retrouve la capacité à éprouver des sensations agréables sans en être accablée. Autre objectif, les tentatives des solutions de la famille.

### **\*) Premier stade**

La phase initiale requiert que l'on "capture" la patiente. Il faut établir une alliance construisant une relation teintée d'exclusivité. Il faut apprendre à utiliser la logique particulière de la patiente avec le langage qui lui est propre, et en reproduisant les modes de perceptions et de réaction qui lui sont propres. Elle se plaint d'être laide, inintéressant ; « C'est vrai vous êtes une rature qui a besoin d'être effacée. Il faut tout reprendre à zéro ».

Nous évitons d'essayer de la persuader de manger et donc que nous respectons son choix, et nous valorisons ses compétences. Ensuite il faut ébranler leur anesthésie émotionnelle.

--1) *La lettre sur l'oreiller.* « Tous les soirs au moment du coucher, la dernière chose que vous ferez avant de vous endormir sera de m'écrire une lettre sur un joli papier à lettres, beau si possible. Il n'y a qu'une seule condition, elle doit commencer par "Cher Docteur". Après vous mettez ce que vous voulez. Vous la mettez dans une enveloppe que vous cachez ». La lettre est présentée comme faisant partie de la recherche diagnostique. En fait elle apporte à la relation patiente-thérapeute une connotation émotionnelle. Elle évoque un échange de lettres d'amour, cependant cette connotation est vidée de sa substance par les mots "Cher Docteur". Il y a donc un certain degré d'intimité tout en maintenant une certaine marge de sécurité. C'est une forme de double contrainte thérapeutique. De plus elle se sent libre d'écrire des choses qu'elle aurait eues du mal à dire, à personne. Lors de la séance suivante nous demandons si elle a écrit, puis si elle peut parler maintenant de ce qu'elle a écrit.

--2) *Le fantasme miraculeux.* « Chaque matin, quand vous vous lavez, vous évoquez un fantasme : imaginez que quand vous quitterez cette pièce votre problème aura disparu. Que changeriez-vous dans votre vie ? Quels seraient les autres problèmes que vous auriez à résoudre ? ». Cela produit une auto-illusion orientée vers la solution en introduisant une suggestion positive qui met à profit "la logique de la croyance". En suggérant que le miracle peut se produire, et elle détourne l'attention du symptôme présent vers un futur libéré de celui-ci.

--3) *Recadrages et interruptions des tentatives de solutions engagées par la famille.* « Jusqu'ici vous avez tellement bien aidé votre fille en étant présents, en la conseillant, en effectuant un magnifique travail pour que sa situation ne s'aggrave pas. Je vais vous demander un effort encore plus grand. Je veux que la famille entretienne une conspiration du silence autour du problème de votre fille. Pensez qu'à chaque fois que vous en parlez vous aggravez le problème ».

### **\*) Deuxième stade**

Deux objectifs, stimuler les émotions de la patiente et mener à bien les prescriptions faites à la famille.

--1) *Réconcilier la patiente avec sa féminité.* Nous portons notre attention sur sa capacité à se rendre séduisante, sa tenue vestimentaire etc. La lettre sur l'oreiller. Il faut qu'elle sente qu'elle est entraînée "de travailler à résoudre son problème". Puis :

--*L'évaluation esthétique* « Chaque jour après un bain relaxant mettez-vous nue devant votre miroir, avec un carnet. Je veux que vous donniez une note esthétique de 0 à 10 à chaque partie de votre corps de la tête aux pieds, devant derrière, avec vos motivations pour chaque note »

--A la séance suivante on y ajoute un *massage avec une lotion* sur l'ensemble du corps à la sortie du bain face au miroir. Dans le but là aussi de provoquer des expériences

émotionnelles avec des émotions et des sentiments qui relèvent moins du contact avec son propre corps que de l'interaction avec un "autre", puisqu'elle le fait pour le thérapeute. Si elle dépose son armure elle verra renaître ses désirs relationnels. La séduction joue ici un rôle très important, non pas au sens érotique mais au niveau relationnel.

--2) *la prescription "comme si"* « Chaque matin lorsque vous ferez votre toilette je veux que vous vous posiez la question suivante : Qu'est-ce que je ferais de différent si je pensais que les autres le trouvent séduisant ? Choisissez une de ces choses que pensez pouvoir faire, une seule par jour, la plus minime, et faites-la. Comme avec le fantasme miraculeux on espère un effet papillon. Sorte d'auto illusion qui change le cours de "la prédiction qui se réalise", elle amène la patiente construire elle-même sa propre solution. Puis deux, trois etc., actions par jour.

--3) *Prescriptions à la famille* Continuer à observer sans intervenir, mais on amplifie. On ne met pas son couvert à table « De toute façon tu ne va pas manger », On lui rappelle de ne pas trop manger parce qu'elle risque de prendre du poids et ça peut être mauvais pour elle/ « Si tu prends du poids tu risque de paniquer. Tu va perdre le contrôle ».

### **\*) Troisième stade**

On aide la patiente à acquérir un nouvel éventail de perceptions et de réactions pour construire un nouvel équilibre psychologique plus flexible. On peut l'aider à retrouver des plaisirs gustatifs. Souvent elle est à ce stade dans la situation d'avoir envie de prendre du poids sans en être capable. Elles ont une perception trompeuse de ce qu'elles mangent. Il faut leur apprendre à peser "avec les yeux" puis avec une balance. Elles ont un comportement rigide vis-à-vis de leur régime ne s'accordant aucune transgression. Elles sont toujours à la recherche de perfection et de contrôle absolu. Nous leur enseignons "le petit déséquilibre qui maintient l'équilibre". « Derrière chaque limite se cache une transgression. Plus vos limites seront rigides, plus vous serez tentée de les transgresser. Un morceau de chocolat tout les jours, ce petit déséquilibre, vous mettra à l'abri d'un déséquilibre bien plus grand. Pour éviter de perdre le contrôle nous avons besoin d'un petit déséquilibre.

--\*) **Le quatrième stade** est identique à celui de l'anorexie sacrificielle.

## --II\*) La boulimie

Ce sont des personnes fragiles sur le plan émotionnel. Mais alors que les anorexiques sont extrêmement sensibles, subtiles intellectuellement et d'une grande maîtrise de soi, les femmes boulimiques, moins complexes éprouvent de grandes difficultés à contrôler leurs réactions.

Leur système de perception et de réaction est marqué par une tendance aux crises de boulimie, qui s'accompagne d'une satisfaction intense. Elles vivent donc dans la peur de perdre le contrôle. La tentative de solution la plus courante n'est pas l'abstinence, mais les efforts pour résister à leur désir insatiable de nourriture. Mais plus elles essaient de se contrôler, plus leur désir s'amplifie, plus les crises s'intensifient.

L'hyperphagie compulsive commence avec le fait qu'il est agréable de manger. Puis la nourriture devient un refuge lorsque certains problèmes arrivent, en particulier la crainte de n'être pas capable de contrôler ses propres réactions. Le poids joue un rôle de protection.

### La boulimique Botero

#### **Premier type :**

80 à 90 kilos. De caractère placide, calme, séraphique. Consciente souvent d'être un artichaut, d'avoir construit une carapace après avoir l'expérience, réelle ou imaginaire, traumatisante d'une perte de contrôle

#### **Deuxième type :**

Plus rarement elles n'ont pas conscience de l'aspect protecteur de leur trouble, et elles reçoivent l'alimentation comme un démon. L'image rigide qu'elles ont d'elles-mêmes vient d'un sens aigu de la moralité, à cause de duquel elles se sentent coupable de leurs excès et qui les conduit à refuser toute expérience agréable

Certains auteurs imputent le déni des pulsions à un déni de la sexualité engendré par un traumatisme, un abus sexuel, dans l'enfance. Ce n'est pas souvent vérifié. Elles ont même vécu des expériences érotiques qualifiées de normales. Mais elles les ont considéré de manière extrêmement coupable sous l'effet d'une moralité qui tient plus de la bigoterie que de l'éthique. Ce type de boulimique est rare et elles ont des difficultés dans leurs relations en particulier avec le sexe opposé.

#### **Troisième type :**

Le symptôme boulimique est devenu une source de plaisir irremplaçable. 45 à 50 ans, excès important, les enfants ont quitté le cocon familial les privant de leur rôle de mère dans lequel elles avaient investi une grande partie de leur énergie et de leur identité. Le plus souvent le mari a une vie en dehors de la maison, et elle se retrouve seule, souvent dépressive dans un nid vide. La nourriture est une façon de meubler le temps et d'agrémenter leur vie par un plaisir de substitution.

## La boulimique Yo-Yo

Très répandue, 5 à 6 kilos de trop. Alternance constante entre contrôle et perte de contrôle. Bataille perpétuelle à grand renfort de régimes. Il nous faudra intervenir au niveau des tentatives de contrôle dysfonctionnelles. Elles sont aussi des artichauts et sont prise de panique dès qu'elles commencent à ressentir les effets dangereux de la séduction dès qu'elles ont perdu du poids. Seul un petit nombre est incapable de se contrôler à la fois dans le domaine de la nourriture et dans celui des relations interpersonnelles, donc nos interventions se focalisent sur la relation à la nourriture.

### **Traitement de la boulimie.**

#### **--\*) Premier stade.**

Capter l'attention de la patiente ; même langage, adopter la même logique et le système de représentation. Par exemple : « Vous êtes vraiment une boule de graisse répugnante ! Qu'est-ce qui peut bien vous passer dans la tête quand vous vous regardez dans un miroir, ou lorsque vous marchez et que vous sentez toute cette graisse gigoter ? » Etonnamment, elles ont toutes l'impression d'avoir enfin trouver quelqu'un qui voit les choses selon leur point de vue et qui a le courage de le dire. « Vous savez votre désir irréprensible de manger me fit penser à une rivière qui sort de son lit. Plus rien ne peut l'arrêter. Donc si elle ne peut plus être maîtrisée il n'y a plus qu'à la laisser s'écouler lentement. A partir de maintenant et jusqu'à la prochaine séance, je vous demanderai de manger autant qu'il vous plaira. Voyons combien il vous faudra prendre de kilos avant de commencer à en perdre. Tous vos efforts sont inutiles, il est impossible d'empêcher une rivière de déborder ». Après cette intervention provocatrice, on met en place les premières interventions qui sont les mêmes pour tous les types de boulimie.

--1) *Le fantasme miraculeux.* Le même que pour les anorexiques ou les patientes souffrant du syndrome du vomissement

--2) *La fonction utilitaire du problème.* Comme vous le savez déjà si un élément existe et persiste dans un système complexe dans la nature c'est qu'il doit jouer un rôle important au sein de ce système, un rôle positif ou une fonction. Comme nous sommes des êtres naturels et que notre esprit est de toute évidence un système écologique complexe, tout ce qui se surgit et persiste à l'intérieur de notre esprit doit avoir une fonction positive, une fonction indépendante. Je me demande quel est le rôle positif, quelle est la fonction indépendante de votre trouble au sein du système complexe que constitue votre organisme, par delà la souffrance qu'il cause. Pensez-y une fois par jour et apportez moi la réponse la prochaine fois ». C'est une version de la technique de connotation positive du symptôme. Elle indique au thérapeute les aspects qu'il faudra travailler pour éliminer les avantages secondaires, et lorsque la patiente prends conscience des côtés positifs et protecteurs de son problème, elle aura moins tendance à lutter contre lui le laissant progressivement s'effacer

--3) *Prescriptions à la famille.* Lorsque la famille joue un rôle significatif dans l'entretien du trouble et que l'on peut compter sur sa participation, (en général la mère), nous découvrons des tentatives de solutions. Par exemple le fait de cacher la nourriture, ou en n'achetant que le strict nécessaire et parfois c'est la patiente qui le demande. Cela ne fait qu'accroître le désir compulsif de manger. Le thérapeute demande à la famille de décourager ouvertement toutes les tentatives de régime, en insistant pour qu'elle mange, en oubliant de

dissimuler la nourriture etc. Nous demandons à la patiente de tenir un journal alimentaire pour noter tout ce qu'elle mange et à quel moment

### **-\*) Deuxième stade**

La tentative de solution qui entretient le problème se résume à essayer de contrôler la compulsion à manger en mettant en place des restrictions, suivre un régime, mettre la nourriture sous clé, éviter les situations présentant des tentations... Tout cela renforce la compulsion. « Bien entendu je ne vais pas vous prescrire un régime. En matière de régime vous en connaissez plus que moi et nous savons vous et moi que vous seriez incapable de le suivre. Vous pouvez choisir le régime qui vous convient. Je ne poserez qu'une condition : ne soyez pas trop restrictive. Mangez ce qui vous fait plaisir lors de repas. Mais Si vous mangez quoi que ce soit en dehors du régime que vous avez déterminé, vous devez en manger cinq fois plus. Un carré de chocolat, vous mangez cinq carrés de chocolat. Soit vous évitez le chocolat soit vous en mangez cinq ». Si la personne ne s'écarte jamais du régime choisi, elle acquiert immédiatement la capacité à gérer et à contrôler. Après avoir manger cinq fois de la même chose elle arrête, parce que lorsque la crise de boulimie est prescrite par le thérapeute elle n'est pas aussi agréable. Quel que soit le résultat au cours des séances suivantes on augmente les quantités des aliments mangés en dehors des repas par 7, 9, 11 etc.... Il s'agit de l'intervention la plus rapide, simple et efficace.

Lorsque nous avons à faire à des patientes boulimiques qui ont un sens moral très rigide, notre première intervention emploie des techniques très provocatrices basées sur l'analogie entre nourriture et sexualité. « Je veux que vous commenciez à réfléchir que lorsque vous commencez à manger c'est en fait comme si vous étiez en train de faire autre chose... autre chose de la façon la plus transgressive et perverse possible. Essayer d'imaginer que lorsque vous mangez, en réalité vous faites quelque chose d'autre—mais je ne vous dirai pas de quoi il s'agit, je vous laisse deviner par vous-même... » Une fois que la patiente a pris conscience parfois avec stupeur de ce à quoi le thérapeute fait allusion, celui-ci recadre avec

*-Le fantasme de la porte cochère* A partir de maintenant et jusqu'à la prochaine séance je veux que vous évitiez de vous priver de manger. Vous n'y parviendriez pas de toute façons. Mais chaque fois que vous le ferez, pensez-y comme s'il s'agissait d'un matin où vous vous réveillez en proie à un désir sexuel irrésistible. Vous sortez de chez vous, et dans la rue vous vous jetez sur le premier homme venu, peu importe qu'il soit beau ou laid, le sexe est tout ce qui vous intéresse. Donc vous vous jetez sur lui, vous le poussez sous une porte cochère, et là vous vivez l'expérience sexuelle la plus perverse et transgressive qui soit, mais aussi la plus agréable... Dès que vous avez atteint l'acmé du plaisir ; le charme s'évanouit et vous prenez la fuite en vous sentant coupable et sale ».

Parfois la seule idée de faire une telle chose bloque la compulsion à succomber aux crises de boulimie. Chaque peur s'arrête là où une plus grande commence. Le sens moral cite le symptôme. Si ça ne suffit pas : « si vous en mangez un mangez en cinq ».

Pour les Botero, c'est différent puisque manger est devenu un plaisir indispensable en raison de la situation familiale. « Si vous en mangez un mangez en cinq » est inefficace. Elles peuvent manger quinze fois plus ou refusent de suivre la prescription. Le système de perception réaction est caractérisé par un sentiment de conflit entre devoir et plaisir, dans lequel la moindre imposition ouvre la porte à une transgression source de plaisir.

Le plus souvent elles tentent de se contrôler en ne mangeant que des “bons aliments” ce qui les conduit à céder et leurs crises boulimiques sont composées de “mauvais aliments”. Il faut abolir les habitudes fondées sur la distinction entre les bons et les mauvais aliments, ou

toute sensation de restriction, et par dessus tout nous devons faire en sorte qu'elles s'autorisent une relation à la nourriture fondée, sur le plaisir en mangeant ce qui leur plait.  
« A partir de maintenant je veux que vous évitiez de vous imposer la moindre restriction. Mangez pour votre seul plaisir. Si j'ai le droit de manger seulement ce qui me plait je ne suis plus assailli par la tentation, par la transgression. Si je m'accorde la permission, je peux m'en passer. Si je me la refuse, cela devient irrésistible... » Lorsqu'un trouble est fondé sur un plaisir irrésistible le changement n'est possible qu'en faveur d'un plaisir encore plus grand. Les limites d'un plaisir intense se trouvent dans un plaisir encore plus intense. La recherche d'un plaisir d'une plus grande qualité réduit le nombre de crises de boulimie.

Dans 90% des cas la situation se débloque avec « Si vous en mangez un mangez en cinq ». Les 10 % restants sont traités par le fantasme de la porte cochère ou la concession au plaisir.

### **-\*) Troisième stade.**

Deux directions : La relation à la nourriture et les relations interpersonnelles, indispensable dans le cas des "artichauts"

---Il nous faut aider la patiente à suivre un régime équilibré. Nous enseignons les vertus du "petit déséquilibre qui maintient l'équilibre" ; une petite transgression par jour. Céder à une petite transgression n'équivaut pas à une perte de contrôle

---Après le déblocage des symptômes, on s'attaque à la reconstruction des relations sociales et surtout avec le sexe opposé. « Pensez que jusqu'à présent vous avez été un splendide artichaut, protégée par votre graisse. Lorsque vous voyez u artichaut dans un champ pouvez vous imaginer que le cœur soit si tendre ? Non c'est en l'épluchant qu'on découvre son cœur si tendre. Nous sommes en train de vous éplucher pour extraire votre cœur si délicat. Mais pour l'accepter il va falloir apprendre à ne pas s'effrayer. Les armures protègent mais elles emprisonnent aussi »

« Chaque matin en vous habillant je voudrai que vous vous demandiez ce que vous feriez de différent si vous vous sentiez sûre de vous dans vos rapports avec les autres. Choisissez la plus petite et la plus facile de ces choses que vous pourriez faire et faites la. Chaque jour une seule chose petite mais concrète, comme si vous étiez sûre de vous. »

## **--III\*) Les Vomissements.**

### **Formation et persistance**

Tôt ou tard les jeunes femmes boulimiques ou anorexiques découvrent que le fait de vomir leur permet de contrôler leur poids. Et comme elles restent juste en dessous du poids idéal, elles n'inquiètent pas la famille. Et donc elles n'ont pas de pressions. Voilà pourquoi leur nombre est bien supérieur à celui des autres troubles alimentaires. CE n'est pas une variante ni de l'anorexie, ni de la boulimie. Il y a dessous une structure, un mode de perception de la réalité totalement différent. Bien que anorexie et boulimie soient les éléments fondateurs du vomissement, une fois installé, ce dernier perd toute relation avec le trouble originel. Il s'agit plutôt d'une perversion fondée sur la nourriture que d'un trouble alimentaire. Bien qu'elles aient aussi des compulsions alimentaires, comme les boulimiques, seules quelques patientes

souffrant de vomissements ont tendance à prendre du poids. Le plus souvent elles sont anorexiques, parvenant à rester quelques kilos en dessous du poids idéal, ce qui leur permet aussi de continuer à apprécier les plaisirs liés à la nourriture. Celles qui ont tendance à prendre du poids sont plus faciles à traiter parce qu'elles ne s'évertuent pas à contrôler leurs émotions comme le font les anorexiques. Chez les personnes qui ont des compulsions alimentaires, le vomissement représente ici une tentative de solution pour éviter de prendre du poids ou pour en perdre tout en continuant à manger. Ce n'est que plus tard quand le cycle se répète qu'il devient un rituel de plus en plus agréable, le plus grand plaisir de la femme. Laborit dit qu'un comportement qui se répète un certain nombre de fois s'associe progressivement à des sensations intenses de plaisir. Le rituel manger-vomir se transforme en un "amant secret". Le problème devient donc, non plus de contrôler son poids, mais de maîtriser cette compulsion nouvelle. Ces personnes se rapprochent de celles que Zuckerman appelle "les chercheuses de sensations" sensations fortes comme celles qui abusent des drogues

Au fil du temps les symptômes de ce syndrome deviennent tellement importants qu'ils entraînent une inhibition du désir sexuel. Cette compulsion fondée sur le plaisir du vomissement prend tellement de place dans la vie du sujet qu'elle finit par remplacer tous les autres plaisirs. L'inhibition sexuelle n'est pas la cause mais l'un des effets secondaires du vomissement. A l'inverse des boulimiques, elles sont à la recherche d'un plaisir sexuel de nature transgressive, mais elles ne sont pas en mesure de l'éprouver, leur rituel, manger-vomir leur procure déjà une forme de plaisir extrême et exclusive, et en plus il est plus facile à obtenir parce que ne nécessitant pas une tierce personne et donc les risques d'une relation. En outre la séquence manger-vomir et celle de l'activité sexuelle sont isomorphes. Une phase de désir fantasmatique (la jeune femme anticipe la crise de boulimie), une phase de consommation (elle mange), et une phase de libération (elle vomit). Dans la description que qu'elles font de leur relation au rituel, le fantasme "érotique" et le moment qui correspond à la libération sont souvent présentés comme les éléments d'un acte érotique satisfaisant. On peut donc considérer les symptômes comme un substitut de l'acte érotique.

Le trouble le plus proche du syndrome du vomissement est le trouble obsessionnel compulsif, Mais il y a une différence essentielle, il est fondé sur des phobies alors que le vomissement est structuré comme une compulsion basée sur le plaisir. Et c'est ça qui le rend plus difficile à traiter que s'il était basé sur la souffrance.

--I) *Les transgresseurs inconscients.* Elles ont peu d'expérience et n'ont pas pris conscience que le fait de manger était une perversion. (20 %). 14 à 19 ans et jamais eu d'expérience sexuelle ni de relations sentimentales. Très inhibées et paralysées par un sens moral très développé.

--II) *Les transgresseurs conscients mais repentants.* (50 %). Elles savent que leur symptôme correspond à une perversion fondée sur le plaisir et ne supporte pas cette situation, submergées "par le démon"

--III) *Les transgresseurs conscients et complaisants.* (30 %). Tout à fait lucides sur la nature de leurs symptômes fondés sur le plaisir, elles reconnaissent l'analogie entre crise manger-vomir et l'acte sexuel, mais elles ont avec leur rituel une relation sensuelle et ne veulent pas renoncer à leur "amant secret". Ce sont les cas les plus difficiles. Elles ont une position séductrice, provocatrice et sont d'excellentes manipulatrices avec le goût de la transgression. Si le thérapeute est un homme leurs provocations sont érotiques. Si c'est une femme, leur séduction consiste à bien se comporter lui laissant croire qu'elle est leur meilleure amie, la mère parfaite, le modèle de perfection. En général elles sont conduites en thérapie par leur famille. Les séjours en hôpital amènent une amélioration momentanée du fait des sédatifs. Cette compulsion fondée sur un plaisir intense est tellement liée à la vie quotidienne de la jeune femme et à la relation qu'elle entretient avec elle-même et avec autrui.

Enfin elles trouvent très amusant de dévorer leur thérapeute (patientes barracuda de Bergman), elles feignent de collaborer et interrompent la thérapie dès que les premiers résultats apparaissent.

## **Le traitement du syndrome de vomissement**

Séances individuelles et séances familiales.

### **--\*) Premier stade**

Il faut d'abord capturer l'attention de la patiente qui n'est pas en général prête à collaborer voire refuse. Reproduire son langage, sa vision de la réalité, anticiper ses émotions et présenter la séquence manger-vomir comme une rencontre métaphorique avec un amant secret. Si le thérapeute arrive à se mettre au diapason, elle va décrire précisément et sans honte de quelle façon son rituel représente la chose la plus agréable de sa vie. Un démon charmant. Si elle est "transgresseur inconscient" et refuse l'idée se l'amant secret, on le ressortira au stade suivant de la thérapie.

Si les parents sont présents il faut leur faire appréhender la situation de cette manière et leur expliquer que le trouble est fondé sur le plaisir et non la souffrance.

On prescrit alors :

--1) *Le fantasme miraculeux* voir traitement anorexie.

--2) *La conspiration du silence*. « J'ai besoin que vous compreniez que votre fille joue un jeu où seul le plaisir compte. En outre plus vous essayez de la restreindre, plus vous encouragez son comportement. A partir de maintenant silence radio nous n'en parlerons plus du tout pour ne pas alimenter le trouble ».

--3) *La liste des courses* pour la mère. Chaque matin je veux que vous réveillez votre fille pour lui demander : « Qu'aimerais-tu manger et vomir aujourd'hui ? » Ensuite vous la forcez à vous donner le menu puis vous allez acheter tous les aliments de la liste. C'est totalement indépendant des menus familiaux. Vous placez la nourriture bien en vue sur la table de la salle à manger avec une note : « Aliments destinés à être mangés et vomis par ... (le nom de la fille). Personne d'autre n'a le droit d'y toucher. Si elle refuse de donner la liste vous achetez celle de la veille ou vous choisissez vous-même puisque vous connaissez ses goûts. S'il y a des restes vous les laissez sur la table et vous ajouterez ceux du lendemain ». On arrête ainsi la tentative qui consiste à cacher la nourriture, à empêcher la patiente de trop manger pour vomir, et nous privons le rituel de sa principale caractéristique, sa valeur transgressive. En général la patiente se met en colère et soit, elle jette la nourriture, soit elle mange et finit par s'arrêter ; l'expérience émotionnelle n'étant plus aussi agréable qu'auparavant. Le fait que la nourriture soit exposée à la vue de tous avec la mention « destinée à être mangée et vomie par ... (le nom) » a un effet inhibant

### **--\*) Deuxième stade**

--1) *Les transgresseurs inconscients*. Avec ces patientes moralisatrices et inhibées, notre intervention provocatrice vise à jouer leur sens moral contre leur symptôme. La seule suggestion de réfléchir au fait que leur comportement est au fond une forme de perversion sexuelle suffit à ce qu'elles arrêtent parce que contraire à leurs valeurs morales. On commence : « Qu'elle est la fonction utilitaire de votre symptôme ? Lorsque vous êtes confrontée à cette pulsion, que ressentez-vous exactement ? »... puis « Cela commence comme un fantasme, vous êtes assaillie d'images de nourriture, vous éprouvez un désir presque physique, un élément déclencheur qui vous indique qu'il est impératif que vous mangiez, n'est-ce pas ? Puis vous mangez jusqu'à saturation, alors il vous faut vomir, et,

seulement après vous vous sentez bien, libérée, détendue. Mais en y réfléchissant à quoi ça vous fait penser ? Quelle est l'autre activité où les humains se comportent avec la même séquence ; fantasme, élément déclencheur, consommation, libération brutale ? Quelle est l'autre activité des êtres humains et des animaux, qui commence par un facteur déclenchant, un désir irrésistible, se poursuit par une phase de consommation, une phase de libération, et se termine dans un état de relaxation ? » Dès que l'analogie est faite, on enchaîne ensuite avec le fantasme du désir sexuel irrésistible comme chez les boulimiques. La seule idée ici d'accomplir un acte aussi pervers rend le cycle honteux et répugnant.

--2) *Les transgresseurs conscients mais repentants.* Conscientes d'un rituel fondé sur le plaisir ces patientes ne supportent pas d'être "possédées par le démon". Les solutions dysfonctionne les visent à réduire ou à contrôler les crises de boulimies et les vomissements qui vont avec ce qui augmente la fréquence du rituel. Nous allons, chercher non pas le contrôle ou la répression, mais à altérer la perception de plaisir qui rend la compulsion et le vomissement tellement irrésistibles. « Jusqu'à la prochaine fois, à chaque crise de boulimie vous allez manger sans compter, comme vous aimez le faire. Puis au moment où vous sentez le besoin de vomir, vous marquez une pause, vous prenez un réveil, et vous le programmez pour qu'il sonne dans demi-heure. Vous attendez ensuite sans rien faire, sans manger et sans boire, et quand il sonne vous pouvez vous précipiter pour aller vomir à cet instant, ni une minute plus tôt, ni une minute plus tard. » L'intervalle de temps entre manger et vomir prive le rituel de ses qualités intrinsèques. Les séances suivantes la durée est augmentée si la personne accepte la tâche. La spontanéité du cycle altérée, le plaisir lié à l'acte libérateur que représente le fait de vomir disparaît ; Il devient même de plus en plus difficile et désagréable. De plus en arrêtant de vomir, les relations à la nourriture se normalisent, puisqu'elles ont peur de prendre trop de poids. En parallèle les relations interpersonnelles et la vie sociale investissent peu à peu l'espace.

---3) *Les transgresseurs conscients et complaisants.* Ces patientes n'ont aucune envie de mettre fin à leur rituel. Elles ont tendance à saboter la thérapie si notre intervention risque d'interférer avec le plaisir comme l'intervalle de temps. Nous utilisons des stratégies indirectes. Pendant la première séance nous utilisons le langage de la patiente mais en l'exagérant. « Vous avez raison, le plaisir est la chose la plus importante qui soit. C'est une des rares choses qui vous appartienne vraiment et la plus précieuse de toutes...J'ai vraiment envie d'entendre comment vous ressentez ce plaisir, quels sont les mets les plus délicieux et comment vous vous y prenez. Préférez-vous accomplir votre rituel la nuit,, seule, accompagnée ? Vous mangez vite, lentement ? Vous préférez le sentiment d'avoir la bouche pleine ou l'estomac bien rempli ?... Je voudrai vous apprendre à faire encore mieux. Jusqu'ici vous mangez ce qui vous tombe sous la main. Ne pensez vous pas que comme pour une "performance" érotique, la qualité est plus importante que la quantité ?...Pourquoi auriez vous besoin de manger et vomir quatre à cinq fois par jour ? Seuls quelques instants sont réellement satisfaisants. Pourquoi ne choisirions-nous pas ensemble la meilleure façon de procéder, les aliments les plus succulents, le lieu où vous préférez les déguster...Je vous propose de ne le faire qu'une fois par jour, mais vraiment dans les règles de l'art. Donc jusqu'à la prochaine fois pensez aux aliments que vous préférez, dans quel ordre, dans quel lieu, et faites l'expérience suivante. Chaque soir après minuit, à l'heure du sabbat chez les sorcières, lorsque toute la famille est couchée, vous irez à la cuisine sur la pointe de pieds, et vous accomplirez votre rituel de la façon la plus délicieuse et la plus transgressive qui soit, ensuite vous retournez vous coucher. »

A la recherche de la boulimie "parfaite" la patiente se concentre sur sa recherche du plaisir. En lui apprenant à être sélective vis à vis de son plaisir, on réduit la fréquence des crises. Après quelques mois elle ne le fait qu'une fois par semaine. En même temps on travaille sur ses relations interpersonnelles et sur la recherche d'autres types de

plaisirs. « Vous qui êtes experte dès qu'il s'agit de distiller du plaisir, pensez vous vraiment que la seule chose agréable au monde est de manger puis de vomir ? Essayez de trouver autre chose qui puisse vous apporter de plaisir.... »

**--\*) Troisième stade.**

Le petit déséquilibre qui maintient l'équilibre, une petite transgression par jour.

Pour les transgresseurs conscients et complaisants c'est plus difficile ; il faut les suivre pas à pas, et continuer à planifier le rituel une fois par semaine. « Si vous vous l'autorisez, vous pourrez vous en passer. Si vous vous l'interdisez il deviendra irrésistible. » Une fois sur deux elles ne peuvent pas éliminer totalement le rituel et elles restent à une à deux crises par semaine. Si la crise a lieu deux fois par semaine on peut déterminer les jours, par exemple mardi et vendredi. Puis on garde le mardi mais on lui demande de décaler celle du vendredi au lendemain. Lorsqu'on retrouve le mardi on continue à prescrire deux crises le même jour, mais on les décale au jour d'après ; le mercredi puis le jeudi etc.... En augmentant l'intervalle et en diminuant le nombre de crises (en général elle ne le font pas deux fois le même jour) nous mettons progressivement fin à la crise hebdomadaire sans jamais le demander ouvertement. Dans cet espace temps libéré la patiente s'ouvre à d'autres expériences sans le lui demander non plus. C'est intéressant chez ces jeunes filles qui cherchent un contrôle total de la situation et qui ne suivrait pas des prescriptions directes. On peut aussi en plus prescrire l'intervalle entre manger et vomir même si cela a déjà été tenté et refusé.

**--\*) Quatrième stade.** Nous ajoutons un cadre final à la thérapie comme pour les anorexiques et les boulimiques.

Dans les cas polyvalents, alternances de boulimie et d'anorexie il faut évaluer le système de perception et de réaction qui prédomine, c'est-à-dire qu'elles sont les tentatives de solution principales. Perdre du poids (fondé sur l'anorexie) ou ne pas succombé aux crises (fondé sur la boulimie). Quels symptômes sont les effets et non la cause ?

La situation la plus fréquente est l'anorexie qui évolue vers le syndrome du vomissement (50 %). On interviendra d'abord sur le vomissement et une fois celui-ci résolu on traite la structure anorexique. Deux thérapies distinctes sont donc planifiées.