

# D'un désir à l'Autre : réflexions sur la sexualité des patientes souffrant de TCA et consultant en PMA

« La frigidity triomphante se condamne à la célébration de son propre néant. »  
Amélie Nothomb, *Métaphysique des tubes*

« Je voudrais qu'on m'aime tellement que le désir physique s'arrête. »  
Patiente

Il y a bien, dans l'anorexie, un choix (plus qu'un refus), et pas seulement inconscient, de devenir femme et mère. Un choix volontaire et actif, une trouvaille propre qui s'avère une solution économique face aux effets psychiques et charnels des métamorphoses/pubertaires, avant que de se perdre dans une assomption du rien (plus que du manque) permettant l'illusion de l'éternel désir. Piège narcissique que vient très rapidement verrouiller le phénomène addictif dans ses effets tant physiques que sociaux. Le symptôme devient un fétiche rassurant en ce qu'il garderait une trace du passé. L'adolescente tente de garder son passé « à fleur de peau », « à portée de main », mais se sépare d'elle-même en contrôlant son devenir. La séparation permet de mesurer que, bien plus que des parents réellement interditeurs quant à une découverte par leur enfant du monde extérieur, il s'agissait d'une auto-interdiction, attribuée aux parents, du fantasme ; elle permet de comprendre que ce passé, bien plus qu'un passé traumatique (il l'est parfois, ce qui accentue le processus), était un passé rassurant, à défaut d'être vivifiant, auquel l'adolescente tient et qu'elle tient *via* le symptôme, pour s'armer et se défendre contre un présent et un avenir pressentis dangereux ou hostiles.

Le féminin, ne peut se réduire, comme le précise Jacqueline Schaeffer, à des comportements ostentatoires de codes sociétaux, de démonstration phallique<sup>1</sup>. Le féminin, c'est l'acceptation de la passivité, se laisser traverser par le désir de l'autre, s'en laisser pénétrer, passivité choisie, décidée, qui n'est en rien une soumission. C'est l'essence même de la rencontre avec l'altérité qui trouve dans la relation amoureuse son paradigme le plus accompli. Être deux, et se co-crée. C'est bien là le véritable phallus de la femme, que de faire de l'autre un être désirant.

Chez les patientes souffrant d'anorexie et de boulimie, cette position les confronte à des angoisses insupportables : confusion entre les angoisses génitales spécifiquement féminines de pénétration et les angoisses pré-génitales de passivité, angoisses d'intrusion orale primitive, et d'effraction nourricière. C'est un refus d'être pénétré par l'excitation et par l'objet qui en est le médiateur. La sexualité génitale n'est donc pas investie. L'hyperactivité marque le refus de cette passivité, qui implique une soumission à l'objet, alors source d'excitation, et qui diffère du sujet. L'autre, cet étranger, sera perçu comme intrusif, menaçant par l'excitation qu'il peut provoquer, raz-de-marée dans ce corps devenu incontrôlable.

# Étude quantitative « TCA et sexualité dans un parcours de procréation médicalement assistée »

Ces réflexions psychanalytiques, fruit des observations cliniques nous ont amenés à faire le parallèle avec les prévalences importantes de patientes souffrant de trouble des conduites alimentaires dans les parcours de procréation médicalement assistée (PMA). En effet, selon les publications, il s'agirait de 8 à 20% des couples consultant en PMA<sup>2</sup> et jusqu'à 44% des couples suivis pour infertilité inexpliquée<sup>3</sup>. Lors de nos échanges avec les professionnels de procréation médicalement assistée, ces derniers ont pu partager leur impression que ces patientes instrumentalisaient la technique pour éviter une sexualité, source d'angoisse.

Nous avons donc décidé de mener une étude exploratoire dans le service de PMA de l'Institut Mutualiste Montsouris pour avoir un aperçu de ce que peut être la sexualité de ces patientes. Actuellement, aucune étiologie à l'infertilité n'est retrouvée chez 30% des couples consultant en PMA<sup>4</sup>. Notre objectif principal était de comparer la sexualité des patientes souffrant ou ayant souffert de TCA à celle des témoins. Nous avons recruté les patientes consultant en PMA pour infertilité inexpliquée ou ovulatoire. Nous leur avons envoyé un auto-questionnaire regroupant notamment l'EDE-Q (*Eating Disorder Examination - Questionnaire*), qui recherche l'existence d'un TCA sur les 28 derniers jours, un questionnaire de recherche de TCA sur la vie entière, l'HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) et le BISF-W (*Brief Index of Sexual Function for Women*). Ce questionnaire comporte vingt-deux questions, regroupées en sept domaines explorant l'ensemble de la sexualité féminine : Pensée/désir, excitation, fréquence de l'activité, réceptivité, plaisir et orgasme, satisfaction relationnelle et problèmes affectant la sexualité.

Nous avons pu analyser soixante-et-un questionnaires de patientes. Après analyse, nous avons retrouvé dans cette cohorte une fréquence de 20% de troubles des conduites alimentaires actuels, et 54% d'antécédents de TCA (clinique et subclinique). Ces patientes ne rapportaient pas de différence significative de leur comportement sexuel par rapport aux témoins, mais présentaient davantage de problèmes liés à la sexualité (douleurs, conflits, trouble de l'excitation et du plaisir), et cela indépendamment de la dépression. En revanche, les patientes ayant un TCA actuel avaient significativement plus de désir et de pensées sexuelles que les témoins. Ce résultat n'a pas manqué de nous interpeller. Ainsi donc, la sexualité décrite comme plus problématique ne l'est pas, comme chez la patiente souffrant de dépression, du fait d'un manque d'envie, d'une libido en berne, elle n'est pas non plus le résultat d'une chute des hormones sexuelles due aux carences ou aux stratégies de contrôle de poids. Non, le corps est bien porteur d'une excitation, d'une excitation débordante. Le problème n'est donc pas à ce niveau, mais pourrait être à celui de la « gestion » de cette excitation, de cet appétit dans la relation amoureuse, objectale. Quelle peut être alors la signification de ce « désir » ? Quel en est son objet ?

## Naissance du désir

Pour bien comprendre en quoi ce résultat intéresse le psychanalyste, revenons sur la psychogenèse des troubles des conduites alimentaires, de l'anorexique ou de la boulimique. Elle se situe aux prémises, au cœur des interrelations précoces entre la mère et l'enfant.

Aux premiers instants de la vie, l'enfant va vivre dans un état de passivité totale. Sa mère le porte, le caresse, l'embrasse, elle prodigue ses soins, son amour le nourrit, le pénètre : sensualité originaire, source des premiers émois, des premiers plaisirs, satisfaction absolue. Le corps s'éveille, zone érogène par zone érogène, l'image du corps se forme, le Moi corporel puis psychique se constitue ainsi. En s'autonomisant, l'enfant va chercher à retrouver cette sensation liée à l'objet perdu. L'auto-

érotisme se développera alors, pour pallier à la frustration du manque de l'objet. L'aptitude à recourir à son propre corps, à utiliser des objets partiels et ainsi initier les premiers mouvements dehors/dedans, va permettre petit à petit, par réunification des pulsions partielles, au sujet d'accéder à la relation d'objet, total et génital. Le souvenir des traits prélevés à l'objet désiré, auquel se rattachent les premières expériences de satisfaction, va permettre au désir d'investir libidinalement de nouvelles représentations, par connexions associatives.

Parfois, ce développement peut se trouver altéré : soit la mère, trop préoccupée par son propre monde interne ne peut être assez disponible pour éviter de dispenser des soins par trop mécaniques, soit au contraire, cette enfant venant en lieu et place de son phallus manquant, sera alors l'objet de sa propre décharge pulsionnelle. Dans ces deux cas, la défaillance voire la détresse de l'objet d'amour par excès ou par défaut, va entraver le développement attendu de genèse du désir, sa perte signe la désorganisation du moi, dans une confusion des corps. En ce sens, la source du trouble se situe quelque part, entre l'auto-sensualisation et l'auto-érotisme mental donc à l'interface affect en quête de représentation.

La première perception ne sera pas la satisfaction, mais la carence, soit l'anesthésie ou le trop plein d'excitation non parexcité qui rebrousse dans le corps. Le désir ne pourra donc pas être issu de cette recherche d'une trace de la satisfaction originare puisqu'elle n'a pas été expérimentée. Le manque ne survient que de ce qui a pu être connu. Le désir se constituera donc de ce qui précède la satisfaction : le besoin le plus primaire, celui de manger, de boire et celui plus subtil, plus profond, d'être aimé. Le désir est évidemment aussi constitué de cela, pour tous, mais en ce cas précis, il s'y réduit : le désir est seulement le besoin, son objet sera le manque, pour qu'enfin, le fantasme puisse émerger : « je n'ai besoin de rien ; j'ai besoin du rien ». Apparaît alors la lutte contre la dépendance et la passivité. Le refus alimentaire signe la volonté d'auto-suffisance, la confrontation au manque et à son contrôle. La nourriture est le nouvel objet, à disposition permanente et qui peut littéralement être incorporé, dans un processus de démétaphorisation. Le sujet se piège de penser pouvoir mieux la contrôler que l'excitation, le désir, l'émotion générée par l'objet. Bientôt ce déplacement d'une dépendance vers une autre accentuera la passivité du sujet.

La transmission au corps à corps ayant plus ou moins échoué, le corps autonome, vivant et érotique ne pourra être institué en ce qu'il constitue l'origine charnelle des émotions<sup>5</sup>. Non suffisamment investi libidinalement, clivé du moi, il sera vécu comme un persécuteur, rappelant à tout instant la dépendance à l'objet. Le ressenti sera alors une menace, une menace sans objet, devant être maîtrisée.

## **La relation amoureuse et le désir de l'autre**

L'adolescence est l'étape cruciale d'ouverture à l'autre, à son étrangeté, dans sa différence et le désir est indissociable du principe d'altérité. Le désir, de Hegel à Lacan, est le désir de l'Autre. Le rapport sexuel permet une identification par génitalisation mutuelle au sein d'une rencontre de deux altérités.

Or si le désir se réduit au besoin, cette relation prend un tout autre visage, celui encore une fois de la dépendance. Elle implique donc pour ces patientes, de se laisser aller à des mouvements d'effraction insupportables pour un Moi fragile aux bases narcissiques incertaines, trop enclin à d'avidés régressions confusionnantes angoissantes.

Chez la patiente anorexique, le corps, décharné, hyperexcitable, androgyne, qui accepte de ne jouir que de la maladie, jouissance endogène par sécrétion de béta endorphines secondaires à la dénutrition et l'hyperactivité<sup>6</sup>, est une incarnation en lieu et place du fantasme et ainsi de la

symbolisation, de l'absence de l'objet (absence à soi en écho à l'absence de l'objet) et de toute la violence pulsionnelle qui en découle. Dans cette confusion des corps, la jouissance sera dépendante de la jouissance de l'Autre-maternel et de l'objet d'amour de celui-ci. Ce corps, rempli d'une excitation non représentable, va pouvoir être tu, par un contrôle alimentaire. La faim, d'abord douloureuse, puis jouissive, va permettre à l'anorexique d'expérimenter un orgasme dont elle a seule le contrôle : l'orgasme de la faim<sup>7</sup>. Une jouissance sans désir, qui flirte avec la mort. C'est l'identification au rien, au *nothing* ; non objet, l'objet non transformateur des projections. Jouir sans contrainte, c'est de fait, exclure l'autre. De plus, l'accumulation de l'excitation, non élaborée, sera alors génératrice d'angoisses.

Ainsi la relation à l'Autre, inévitable, ne pourra se faire sur cette modalité, de va-et-vient du désir et d'élargissement du moi. Elle n'existera qu'au regard du besoin, mouvement unilatéral, et par l'exercice du contrôle du manque de l'Autre avant que de se mécaniser. Or la maîtrise est difficilement compatible avec la relation amoureuse où il faut pouvoir accepter d'être l'objet du désir de l'Autre. La PMA peut alors s'avérer être une réponse satisfaisante à cette problématique relationnelle. L'enfant s'il ne peut être l'enfant des fantasmes, sera celui de l'esprit, conçu avec le corps médical, cet autre incarnant la figure paternelle, ou maternelle, ou les deux confondues, ou autre, suffisamment froide pour ne pas mettre en péril l'intégrité du moi.

## **Le désir d'enfant**

Pour les patientes de notre étude, il est aussi question du désir conscient d'enfant, fruit des idéaux et des fantasmes. Le désir d'enfant répond à un aspect de l'idéal du moi féminin, et implique de se confronter à l'imaginaire maternelle. Cependant, si la maternité peut être représentée comme un moyen d'accéder au féminin, elle ne peut être considérée comme le seul, au risque de répéter chez l'enfant à être les mêmes problématiques de développement psycho-sexuel.

Car l'enfant est un autre, un intrus. Il s'oppose au désir d'intégrité. Se le représenter comme la réponse au manque à être, à l'absence de soi, en comblement des creux de son narcissisme (un creux qui est plus proche du trou que de la niche), expose la mère comme l'enfant à des impasses inextricables, dans la problématique de séparation. Encore une fois, ce n'est plus le désir, mais un besoin d'enfant qui est en jeu comme moyen d'aboutir au processus d'identification. Ainsi, si le désir d'enfant répond au besoin de se « sentir femme », en prolongeant l'identification à la mère tout en s'en séparant, il répond en soi à ce besoin. Je ne suis plus fille de, mais mère de. Je change de famille. Une étude qualitative menée à l'IMM avait pour objet d'interroger les patientes souffrant de TCA, ayant obtenu une grossesse grâce à l'implantation de pompe à gonadotrophines hypophysaires, qui stimulent artificiellement l'ovulation<sup>8</sup>. Les patientes ont alors pu exprimer leur surprise par rapport à cette grossesse, survenue à leur sens presque trop tôt. Le besoin de l'enfant, n'était-il pas alors le seul objet de ce désir ? Ce « désir », pouvait alors avoir aussi pour fonction de paralyser le conflit avec la mère, par un statut quo de la question de la dette, de la transmission et du deuil<sup>9</sup>.

## **Du défaut de construction de l'autre au désir de conformité**

Nous avons également été amenés, lors de notre analyse, à nous questionner sur le désir de conformité aux dictats sociaux d'excellence à tous les niveaux, écho au contrôle de sa vie, de ses affects, de ses désirs. Le Moi conscient ne peut se réduire à la manière dont on se pense, et à ce que l'on ressent. Il est fait des interactions, de l'indicible, des regards. Il est à la frontière entre l'intérieur et l'extérieur, délimité par le corps, et passe forcément par la conscience de l'autre, d'une représentation de l'altérité, comme nous avons pu le développer précédemment.

Le moi de nos patientes, insuffisamment étayé par des imagos parentaux confortant sa propre

individualité, ne peut retrouver une identité propre, différente de l'autre, dans toute l'hétérogénéité de son unité. Le conformisme est la réponse à l'angoisse de la perception de la différence vécue comme menaçante. La masse neutre se meut vers un but commun. Prise dans le mouvement, l'adhérence empêche l'interaction. Ne pas se penser sujet désirant, c'est ne pas accepter en retour de devenir l'objet de l'autre. La distinction entre sujet et objet disparaît, dans un processus extatique, l'identique rassemble.

En psychologie sociale, la conformité par imitation palie à une absence de moyens d'évaluations de ses capacités, opinions ou performances. La comparaison à autrui confronte à la réalité sociale. Cette confrontation peut conduire à une différenciation par affirmation de sa singularité ou à une conformation. La conformation diffère encore du mimétisme, quand l'identification qui précède la différenciation, détermine la représentation que l'on a de soi-même. Sami Ali parle du banal comme absence ou simulacre de pensée, en opposition à la négation de pensée. L'identité n'est plus alors une « exigence à accomplir » puisqu'elle est déjà accomplie<sup>10</sup>. Pour Eugenio Gaddini, l'imitation est alors une tentative d'acquérir une identité substitutive, face à un Moi menacé « par des tensions instinctuelles insatisfaites »<sup>11</sup>.

Après tout, le terme identité ne vient-il pas du latin *idem*, qui signifie le même ?

Aussi le désir de « faire une famille », répondrait à ce besoin de conformité, permettant un ersatz d'identification, pour ces patientes dont la problématique de construction identitaire se prolonge invariablement vers un défaut de construction de l'image corporel.

## Conclusion

Ainsi, notre résultat amène à tout un cheminement de réflexions. Pour essayer d'en saisir la substance, il aura fallu tracer le trajet du défaut d'érotisation au défaut de construction de l'Autre. Le désir se perçoit alors sous trois aspects : le désir de l'Autre, le désir d'enfant, le désir de conformité, et se singularise par sa recherche du manque et non de la satisfaction. Les patientes souffrant de trouble des conduites alimentaires, engagées dans un processus de procréation médicalement assistée pour pallier à un échec de reproduction sexuée, bénéficieraient sans aucun doute d'un accompagnement psychologique suffisamment étayant pour leur permettre d'explorer ces questions. Le développement de l'enfant à venir ne peut se faire suffisamment sereinement sans la résolution de ces conflits chez la mère, et sans que la question de la transmission transcorporelle mère-enfant soit anticipée, afin que sa propre altérité puisse être reconnue et soutenue.

## Notes

1. Jacqueline Schaeffer et René Roussillon, *Le refus du féminin : la Sphinge et son âme en peine* (Paris : Presses universitaires de France, 2013).
2. Melissa Freizinger et al., « The Prevalence of Eating Disorders in Infertile Women », *Fertility and Sterility* 93, n°1 (janvier 2010) : 72-78 ; D. E. Stewart et al., « Infertility and Eating Disorders », *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 163, no 4 Pt 1 (octobre 1990) : 1196-99.
3. M. Resch et al., « Eating Disorders and Depression in Hungarian Women with Menstrual Disorders and Infertility », *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 20, n°3 (septembre 1999) : 152-57.
4. Arpita Ray et al., « Unexplained Infertility : An Update and Review of Practice », *Reproductive BioMedicine Online* 24, n°6 (juin 2012) : 591-602.
5. Maurice Corcos, « Le féminin et le maternel dans l'anorexie mentale, une passivité créatrice : ceci n'est pas une femme », *L'Évolution Psychiatrique* 68, no 2 (avril 2003) : 233-47.

6. *Ibid.*
7. Evelyne Kestemberg et al., *La faim et le corps : une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris, PUF, 1989.
8. Ada Picard, « De l'expérience subjective de la maternité dans les troubles du comportement alimentaire : une étude qualitative », *Toulouse 3*, 2012.
9. Monique Bydlowski, *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, PUF, 2008.
10. Mahmoud Sami-Ali, *Le banal*. Paris, Gallimard, 1991.
11. Eugenio Gaddini, *L'imitation*, 1<sup>ère</sup> éd., Le fil rouge. Paris, PUF, 2001.

## Bibliographie

- Bydlowski, Monique. *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, PUF, 2008.
- Corcos, Maurice. « Le féminin et le maternel dans l'anorexie mentale, une passivité créatrice : ceci n'est pas une femme ». *L'Évolution Psychiatrique* 68, n° 2 (avril 2003) : 233-47.
- Freizinger, Melissa, Debra L. Franko, Marie Dacey, Barbara Okun, et Alice D. Domar. « The Prevalence of Eating Disorders in Infertile Women ». *Fertility and Sterility* 93, n°1 (janvier 2010) : 72-78.
- Gaddini, Eugenio. *L'imitation*. 1<sup>ère</sup> éd. Le fil rouge. Paris, PUF, 2001.
- Kestemberg, Evelyne, Jean Kestemberg, Simone Decobert, et Serge Lebovici. *La faim et le corps : une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris, PUF, 1989.
- Picard, Ada. « De l'expérience subjective de la maternité dans les troubles du comportement alimentaire : une étude qualitative ». *Toulouse 3*, 2012.
- Ray, Arpita, Amit Shah, Anil Gudi, et Roy Homburg. « Unexplained Infertility : An Update and Review of Practice ». *Reproductive BioMedicine Online* 24, no 6 (juin 2012) : 591-602.
- Resch, M., G. Nagy, J. Pintér, G. Szendei, et P. Haász. « Eating Disorders and Depression in Hungarian Women with Menstrual Disorders and Infertility ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 20, n°3 (septembre 1999) : 152-57.
- Sami-Ali, Mahmoud. *Le banal*. Paris, Gallimard, 1991.
- Schaeffer, Jacqueline, et René Roussillon. *Le refus du féminin : la Sphinge et son âme en peine*. Paris, PUF, 2013.
- Stewart, D. E., E. Robinson, D. S. Goldbloom, et C. Wright. « Infertility and Eating Disorders ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 163, n°4 Pt 1 (octobre 1990) : 1196-99.