

Université de Montréal

Les implications normatives de la conceptualisation de l'*anorexia nervosa*

par Maude Sills-Néron

Département de philosophie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en philosophie

Août 2017

© Maude Sills-Néron, 2017

Résumé

L'*anorexia nervosa* est définie comme une maladie mentale en soi, selon le DSM-5, mais cette définition implique un traitement tardif du trouble alimentaire. Comme l'*anorexia nervosa* est une maladie mentale ayant un taux de mortalité élevé, il est nécessaire de revoir la conceptualisation de ce trouble mental.

Mon hypothèse est que le concept d'anorexie mentale est normatif et néfaste pour les personnes atteintes de ce trouble et qu'il faut le redéfinir. Pour explorer cette hypothèse, je ferai un état des lieux concernant les questionnements épistémologiques sur le concept d'espèce en philosophie de la psychiatrie. Nous explorerons le concept d'espèce naturelle et d'espèce humaine, telle qu'exposée par Ian Hacking, en relation avec l'anorexie.

Par la suite, je considérerai l'idée que l'*anorexia nervosa* est, non seulement une espèce humaine, mais aussi un trouble mental en transition. Si ce trouble est un trouble mental « transitoire », alors à quoi peut-il se rapporter? Grâce à ce que nous connaissons des comportements généraux de l'*anorexia nervosa*, il est possible d'établir des pistes ontologiques pour redéfinir le trouble. Je m'interrogerai sur le contrôle de soi et l'autonomie chez la personne atteinte de ce trouble en me basant sur les théories de George Ainslie et d'Alfred Mele.

Puisque nous ne pouvons pas considérer les personnes atteintes d'anorexie comme autonomes, nous nous devons de les aider par un soutien psychologique. Je proposerai une conceptualisation élargie de l'*anorexia nervosa* et discuterai des avantages pragmatiques et conceptuels à considérer l'*anorexia nervosa* comme un trouble de personnalité obsessionnelle compulsive.

Mots-clés : Anorexie, espèce, contrôle de soi, normativité, philosophie de la psychiatrie

Abstract

Anorexia nervosa is defined as a mental illness per se, according to DSM-5, but this definition may involve late treatment of the eating disorder. Since *anorexia nervosa* is a mental illness with a high mortality rate, it is necessary to review the conceptualization of this mental disorder.

My hypothesis is that the concept of *anorexia nervosa* is normative and harmful for people with this disorder. To explore this hypothesis, we have to review the epistemological questions about the concept of species in philosophy of psychiatry. It will be a question of defining whether *anorexia nervosa* is a natural species or a human specie, a concept as presented by Ian Hacking.

I will explore the idea that *anorexia nervosa* is not only a human species, but also a transient mental disorder. If this disorder is a transient mental disorder, then what can it relate to? With what we know of the general behaviors of *anorexia nervosa*, it is possible to establish ontological tracks for a redefinition of the disorder. I will question self-control and autonomy in the person with this disorder based on the theories of George Ainslie and Alfred Mele.

Since we can not consider people with *anorexia nervosa* to be autonomous, we must help them with psychological support. I will propose an expanded conceptualization of *anorexia nervosa* and discuss pragmatic and conceptual advantages in considering *anorexia nervosa* as an obsessive-compulsive disorder.

Key words: Anorexia, species, self-control, normativity, philosophy of psychiatry

Table des matières

Introduction.....	1
Les questionnements épistémologiques : les approches et les espèces.....	3
Les questionnements ontologiques : la nature de l'anorexie.....	6
1. Qu'en est-il des espèces?.....	11
1.1 Exploration des différentes approches de la psychopathologie.....	12
1.2 Qu'est-ce qu'une espèce naturelle ?.....	18
1.3 Les gradations de l'espèce naturelle.....	21
1.4 L'anorexie, un ensemble de propriétés homéostatiques?.....	28
1.5 La stigmatisation des espèces naturelles.....	29
1.6 L'espèce humaine et l'effet de boucle.....	34
2. Anorexie et questionnements ontologiques.....	44
2.1 La niche écologique.....	44
2.2 La niche écologique de l' <i>anorexia nervosa</i>	55
2.3 Le contrôle de soi.....	58
2.4 L'autonomie de l'agent.....	69
Conclusion.....	74
Bibliographie.....	84
Annexe I DSM-IV Diagnostic Criteria for Eating Disorders.....	87
Annexe II DSM-V Diagnostic Criteria for Eating Disorders.....	88
Annexe III DSM-V Diagnostic Criteria for Obsessive-Compulsive Disorder.....	89

Liste de tableaux

La gradation des cinq espèces naturelles développées par Nick Haslam.....	23
La courbe hyperbolique en picoéconomie par George Ainslie.....	62

Liste des sigles et abréviations

DSM : Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders

HPC : Homeostatic property cluster

IMC : Indice de masse corporel

TOC : Trouble obsessionnel compulsif

Remerciements

L'écriture de ce mémoire a été, pour moi, une longue tâche comprenant des difficultés inattendues. J'ai eu la chance d'avoir le soutien nécessaire pour compléter ce projet et je veux remercier toutes les personnes et les institutions qui m'ont permis de réaliser ce travail, en commençant par ma directrice de mémoire Christine Tappolet. Elle a su me donner les indications et les moyens pour porter le tout à terme.

Je remercie l'Université de Montréal pour la qualité de son enseignement, le Groupe de recherche interuniversitaire sur la normativité pour son assistance et le Laboratoire étudiant interuniversitaire en philosophie des sciences pour son entraide.

Je suis reconnaissante pour ma famille et mes amis qui ont dû accepter mon isolement. Merci à Guy-A. St-Cyr de m'avoir lu et d'avoir facilité la correction. Merci à ma mère Ginette Sills de m'avoir accueillie dans les montagnes pour favoriser mon écriture.

En espérant que le résultat final serve de démonstration de ma gratitude.

Introduction

There is a tendency to say: I have an addictive personality, I am terribly sensitive,
I'm touched with fire, I have Scars.
There is a self-perpetuation belief that one simply cannot help it, and this is very dangerous.
It becomes an identity in and of itself. It becomes its own religion, and you wait for salvation,
and you wait, and wait, and do not save yourself.
Marya Hornbacher, dans *Wasted: A Memoir of Anorexia and Bulimia*¹

Dans la psychologie populaire et la psychiatrie clinique, l'*anorexia nervosa* est définie comme un trouble mental. Elle est une catégorie en soi dans les manuels diagnostics de psychiatrie, sous la grande classe des troubles alimentaires, dans laquelle nous retrouvons la boulimie, le pica, les troubles restrictifs ou d'évitement, le trouble rumination, le syndrome d'hyperphagie et les troubles alimentaires non spécifiés. L'anorexie nerveuse est spécifique par ses symptômes, notamment par le maintien d'un indice de masse corporelle sous la normale, pendant plus de trois mois, mais aussi par la peur continuelle de prendre du poids et par des perturbations dans la représentation de soi.²

Cette définition est normative, en ce qu'elle désigne une condition *sine qua non* pour obtenir un traitement pour l'*anorexia nervosa*, c'est-à-dire un indice de masse corporelle. L'IMC, c'est-à-dire un indice de proportionnalité entre la grandeur et le poids, est l'indicateur premier de ce trouble mental, et non pas l'état mental des patients et patientes. Cette catégorisation, en plus de présenter une norme d'indice de masse corporelle à des personnes qui ont déjà une obsession quant à leur IMC, peut impliquer un traitement tardif du trouble alimentaire, car elle ajoute une temporalité à cette période de sous poids. Le problème avec cette définition est qu'elle est symptomatique. Elle ne décrit que les symptômes de l'*anorexia nervosa* et non les causes profondes du trouble. Peut-être est-ce pour faciliter la tâche aux cliniciens et cliniciennes, afin qu'ils puissent mesurer la gravité de la situation. Soit, mais cette définition est utilisée en psychiatrie, comme dans la psychologie populaire, comme la description d'une espèce naturelle, comme si cette définition, un tant soit peu arbitraire, représentait l'essence de l'*anorexia nervosa* est dangereuse car cette définition affirme qu'une personne ne peut être anorexique cliniquement tant et aussi longtemps qu'elle n'a pas dépassé le stade des trois mois en sous poids. En d'autres mots, cette personne est encore dans la zone de « normalité ». Pourtant, une personne peut

¹ Hornbacher, Marya. *Wasted: A Memoir of Anorexia and Bulimia*. New York, NY: Harper Perennial, 2006, p.131.

² Benoît-Lamy, S, P Boyer, Marc-Antoine Crocq, Julien Daniel Guelfi, Pierre Pichot, Norman Sartorius, and American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Masson, 2005, p.329.

développer les comportements anorexiques tout en ayant de la difficulté à atteindre ce poids pendant plus de trois mois.

Puisque l'*anorexia nervosa* est la maladie mentale ayant l'un des plus hauts taux de mortalité³, il semble utile de se questionner sur la conceptualisation de ce trouble. Une meilleure compréhension de ce trouble et des individus qui en sont atteints permettrait d'établir le traitement le plus adéquat ou du moins un traitement plus approprié en fonction d'une définition moins normative. Dans les manuels diagnostiques, les espèces psychiatriques sont basées sur des catégories psychologiques ayant une signature causale distinctive, qui peut être connue ou présumée par les conséquences connues de cette signature causale, c'est-à-dire les symptômes de la maladie. Autrement dit, nous n'avons pas besoin de connaître la cause effective des symptômes, puisque nous pouvons présumer la cause effective. Selon Richard Boyd, défenseur de l'espèce naturelle en psychiatrie, les symptômes sont un amas de propriétés qui peut être considéré comme une espèce naturelle, puisque cet amas produit des effets similaires sur différentes personnes.⁴ Ainsi, l'espèce naturelle boydienne est plus libérale que l'espèce naturelle en tant qu'essence, mais est-ce une approche effective pour traiter la maladie mentale ou l'anorexie plus particulièrement ? Le présent mémoire cherche à défricher les pistes d'une conceptualisation adéquate de cette maladie. Il importe de se questionner quant à la nécessité d'une définition d'un trouble mental pour la rendre adéquate. En d'autres mots, quelles fonctions doit remplir la définition d'un trouble ou d'une maladie mentale?

Diverses considérations pratiques doivent être prises en compte dans la réalité clinique ou, à plus grande échelle, dans la réalité sociopolitique. Le temps, l'efficacité, les moyens financiers contraignent le traitement des patientes. Cependant, la considération qui me semble la plus importante, d'un point de vue éthique, est le bien-être des personnes. Traiter le trouble anorexique chez les individus à une valeur morale qui, selon moi, passe avant la connaissance de la « vérité » et bien avant la « facilité » clinique. Bien que les considérations pratiques doivent être prises en compte, il est nécessaire que ces dites considérations n'éclipsent pas le but premier : tendre vers le bien-être des individus. Je tenterai de démontrer que nos connaissances

³ Arcelus, Jon. "Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-Analysis of 36 Studies." *Archives of General Psychiatry* 68, no. 7 (July 1, 2011): 724. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.

⁴ Murphy, Dominic. *Natural kinds in psychiatry and folk psychology*, dans « Classifying psychopathology ». MIT Press, Massachusetts, 2014. p.105.

sont limitées sur l'anorexie et que nous devons ainsi adopter une approche instrumentale visant le bien-être des individus dans le cadre de ce que nous connaissons sur ce trouble.

Les questionnements épistémologiques : les approches et les espèces

Pourquoi le concept d'espèce psychiatrique est-il important ? Considérant que, dans le cadre présent, l'objectif d'une catégorisation psychiatrique est le bien-être de l'individu, il est légitime de se demander si les domaines de la philosophie et de la psychiatrie communiquent ensemble ou s'ils agissent en vase clos. Si ce dernier cas se s'avère, on doit alors se demander si cela est une bonne chose, si la philosophie peut apporter une valeur ajoutée à la psychiatrie. Je crois que les types de traitement sont jugés adéquats en fonction du type d'espèce psychiatrique auquel ils doivent répondre. Les traitements découlent donc, de manière consciente ou inconsciente, d'un présupposé philosophique, c'est-à-dire le concept d'espèce.

Par exemple, certains cliniciens en psychiatrie ont une approche neuropsychologique. Cette dernière naturalise la maladie mentale car elle cherche les causes biologiques de celle-ci. Les traitements choisis par les cliniciens seront déterminés en fonction de cette vision de la maladie mentale qui se trouve à être une espèce naturelle, dans son sens classique, c'est-à-dire qu'elle trouve une source causale naturelle et particulière. C'est le cas de la schizophrénie, par exemple.⁵ La cause de la schizophrénie est un dérèglement chimique dans le cerveau. La cause est donc physique. Cependant, ce ne sont pas toutes les maladies mentales qui découlent d'une dysfonction biologique. Également, certaines maladies et troubles ont une cause biologique, mais cette cause peut se développer de plusieurs manières en fonction de l'environnement de l'agent. Ainsi, certaines maladies mentales et troubles mentaux nécessitent une autre approche thérapeutique qui ne découle pas d'une vision naturaliste des troubles mentaux puisque la cause n'est pas que biologique. Il existe d'autres approches comme l'approche thérapeutique psychosociale qui prend en compte l'environnement social de l'agent. Ce sont deux exemples d'approches thérapeutiques existantes. Il en a plusieurs autres qui ont toutes une compréhension parfois similaire, parfois très différente, de la nature des troubles mentaux et, par le fait même, du concept d'espèce. Le premier chapitre de ce mémoire débute par un tour d'horizon des différentes

⁵ Giordano, Simona. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Issue in Biomedical Ethics. Oxford: Clarendon Press, 2007, p. 63 À 70.

approches les plus utilisées en psychiatrie. Ce qui nous permettra d'établir un lien entre l'approche thérapeutique en clinique et le concept d'espèce en philosophie.

Ainsi, il est utile de faire un état des lieux épistémologiques. À partir de là, il sera possible de concevoir si, réellement, l'*anorexia nervosa* forme une espèce naturelle ou un autre type d'espèce de trouble mental. Une exploration des systèmes de classification des troubles mentaux et de leurs implications est un passage obligé. Dans les dernières années, plusieurs catégories d'espèce furent éployées en philosophie de la psychiatrie. La catégorie d'espèce naturelle, à elle seule, trouve plusieurs définitions. Effectivement, la définition de l'espèce naturelle de Boyd (1999) est très libérale comparativement à la définition classique de l'espèce naturelle. Connue sous le nom d'*Homeostatic Property Cluster* (HPC), cette définition de l'espèce naturelle s'entend comme des grappes de propriétés ayant des mécanismes similaires, ce qui explique la formation de la maladie au sein de la personne. Selon cette définition, les mécanismes peuvent être, ou non, sous-jacents à la maladie. Cette conception de l'espèce naturelle est moins stricte que la vue essentialiste traditionnelle, mais aussi plus large que l'espèce discrète décrite par Nick Haslam qui a besoin que les mécanismes soient sous-jacents. Effectivement, Haslam a introduit une nouvelle classification des espèces naturelles qui comporte cinq catégories: espèce dimensionnelle, espèce pratique, espèce floue, espèce discrète et espèce naturelle.⁶ Haslam défend l'idée qu'il faut distinguer les types de maladies mentales et de troubles mentaux pour deux raisons. D'abord, l'essentialisme seul crée de la stigmatisation des personnes atteintes de maladies mentales et de troubles mentaux, puisque cela implique que leur nature est anormale. Selon le philosophe, nous nous devons de faire une distinction entre les causes biologiques et les causes sociales, afin que la psychologie populaire, ainsi que la psychiatrie cessent de créer de la stigmatisation. Puis, un autre effet néfaste important de l'essentialisation de tous les troubles prend forme dans l'interaction de l'individu avec son diagnostic.

Ian Hacking est le premier à avoir développé une théorie de l'espèce impliquant un effet rétroactif. La théorie de l'effet de boucle, qu'il nomme *looping effect*, se décrit comme une dynamique entre l'agent et la catégorisation dans laquelle les cliniciens en psychiatrie le placent. Cette théorie soutient que la personne est consciente de la catégorisation qu'on lui applique et elle ajuste son comportement en fonction du diagnostic. Son expérience d'elle-même, c'est-à-dire

⁶ Haslam, Nick. *Natural kinds in psychiatry: Conceptually implausible, empirically questionable, and stigmatizing*, dans « *Classifying psychopathology* ». MIT Press, Massachusetts, 2014, p.110.

de sa trame narrative, s'en trouve également modifiée. Le *looping effect* change ainsi les propriétés caractéristiques de l'individu. Lorsque plusieurs individus diagnostiqués par un même trouble modifient leurs comportements, il s'ensuit une modification des propriétés caractéristiques de la maladie, nécessitant ainsi une révision du système de classification. Il serait donc nécessaire de ne pas se limiter à l'espèce naturelle en psychiatrie.

D'ailleurs Ian Hacking défend l'idée que les espèces catégorisant les troubles mentaux sont sous le sigle d'une espèce particulière, qu'il nomme espèce humaine. Il décrit cette dernière comme une catégorisation des comportements, des actions et des tempéraments, qui servent à décrire des espèces de personnes. Cette espèce est définie par les notions de normalité et de déviance en fonction d'un paramètre social.⁷ Cet effleurement des différentes conceptualisations des espèces en philosophie de la psychiatrie permet de dénoter une problématique au débat du concept d'espèce. En ce qui concerne les troubles alimentaires, ce sont des troubles épidémiologiques plutôt que génétique, c'est-à-dire que leur développement individuel est largement influencé par l'environnement social et physique. D'ailleurs, les troubles alimentaires tels que nous les connaissons aujourd'hui se sont formés dans une époque temporelle délimitée. Ainsi, il faut impérativement prendre en considération les causes socioculturelles dans la formation des troubles alimentaires. Les troubles épidémiologiques soulèvent une autre problématique: la temporalité de l'existence d'une maladie mentale au sein d'une société. Est-ce qu'un trouble qui trouve sa source dans la société dans laquelle il évolue perdure dans le temps ? Ian Hacking explique qu'il existe des maladies mentales « transitoires ».⁸ Selon le philosophe, certaines maladies sont « transitoires » en ce qu'elles s'inscrivent dans une temporalité limitée et une niche écologique particulière. Grâce à nos connaissances des comportements généraux de l'*anorexia nervosa*, il est possible d'établir des pistes pour une redéfinition du trouble, à savoir s'il est « transitoire » et ce qui le constitue, autant pour les cliniciens que pour les personnes qui en sont atteintes. Ce sont les questions principales qui composent mon deuxième chapitre. Les questionnements épistémologiques nous auront d'abord permis de désigner, de manière éclairée, une espèce adéquate pour l'*anorexia nervosa*. En complément avec des informations sur la nature ontologique de l'anorexie, nous aurons une meilleure idée de la manière dont une

⁷ Hacking, Ian. *The looping effects of human kind*, Dans « Causal cognition : a multi-disciplinary debate », Edité par Dan Sperber, David Premack and Ann James Premack. Harvard Université, 1995, pp.351-383.

⁸ Hacking, Ian. (1998). *Mad travelers*. Harvard University Press. Cambridge, Massachussettes.

définition de ce trouble peut être moins normative et néfaste pour les individus atteints d'anorexie.

Les questionnements ontologiques : la nature de l'anorexie

Comme les causes connues de l'anorexie sont majoritairement psychosociales et s'inscrivent dans une temporalité historique bien définie, l'anorexie semble adhérer à la définition d'un trouble mental « transitoire » qui se retrouve dans *Mad Travelers*. En me basant sur les recherches du philosophe Ian Hacking, j'estime qu'il faut développer cette piste de réflexion, c'est-à-dire que l'*anorexia nervosa* serait un trouble mental transitoire et qu'il est possible de l'inscrire sous la catégorie d'un trouble plus général, comme Hacking le fait avec le trouble de fugue dissociative.

Plus précisément, je postule que les quatre vecteurs nécessaires décrits par Hacking pour établir qu'une maladie mentale est « transitoire » s'appliquent à l'*anorexia nervosa*. Hacking croit que ces quatre vecteurs doivent être présents dans la niche écologique pour qu'il y ait émergence d'une maladie transitoire : la présence préalable d'une taxonomie médicale, la présence d'une polarité culturelle, l'observabilité de spécificité chez les agents atteints du trouble (classe socioéconomique, genre, ethnicité) et la possibilité d'évasion de l'individu par le biais de la maladie.⁹ La niche écologique de l'*anorexia nervosa* semble être constituée de tous les vecteurs décrits par Ian Hacking. La définition symptomatique de la maladie démontre qu'elle s'observe. Les perspectives féministes sur l'*anorexia nervosa* dévoilent les multiples facettes de la polarité culturelle influençant le développement de cette maladie mentale. La philosophe Susan Bordo, entre autres, appuie cette thèse en affirmant que, comme l'hystérie, les troubles alimentaires sont culturellement et historiquement situés. Si ce trouble mental est « transitoire », alors il faut définir à quoi il se rapporte.

Les questionnements ontologiques servent à reconnaître quelles causes sont sous-jacentes à l'anorexie mentale, afin de déterminer quelle part du trouble requiert l'intentionnalité de l'agent et afin de savoir dans quelle mesure les personnes atteintes de ce trouble réagissent aux normes établies. Seulement dans ces conditions, il est possible de déterminer le rôle de la thérapie. Pour mieux traiter la personne, il faut connaître le niveau d'intentionnalité de l'agent, le niveau de

⁹ *Ibid.* 81-83.

responsabilité de l'individu et de son entourage, ainsi que le niveau de contrôle de soi qui est impliqué. Si l'*anorexia nervosa* est bel et bien « transitoire », il est nécessaire de se questionner sur la proportion d'autonomie et de rationalité chez les personnes anorexiques, afin d'établir les différents facteurs causaux de cette maladie et, ainsi, élaborer les traitements appropriés. Une caractéristique récurrente chez les personnes atteintes d'anorexie est leur capacité à maintenir un contrôle sur leurs actions. Elles exercent un puissant contrôle sur eux-mêmes, mais ce contrôle représente-t-il une forme d'autonomie ?

George Ainslie démontre que le contrôle de soi comporte des effets négatifs tout aussi néfastes que l'*akrasie*. Le neuropsychologue sous-tend qu'une trop grande maîtrise de soi mène à des troubles de perception par la description de quatre effets négatifs. Le contrôle de soi peut être la meilleure méthode que l'on connaît, en tant qu'agent, pour stabiliser nos choix quant à nos préférences à long terme, mais le trop grand contrôle de soi comporte des effets négatifs observés par les cliniciens. De manière générale, on a tendance à percevoir la volonté et le contrôle de soi comme des bénédictions qui éloignent l'individu de symptômes anormaux tels que l'abandon du contrôle, la cécité envers ses propres motivations et la perte de l'immédiateté émotionnelle. Cependant, un contrôle de soi trop ferme formalise le conflit interne en cessant les négociations intertemporelles, ce qui peut régler certains problèmes, ou empirer certains autres. Un trop grand contrôle de soi ne permet pas à l'agent de choisir ce qui est le mieux pour lui à chaque instant comme le fait une réelle courbe exponentielle dans le système de récompense. La description que fait Ainslie des quatre effets négatifs de la volonté correspond aux cas cliniques d'*anorexia nervosa*, que ce soit les normes qui prennent les dessus sur le bien de l'agent, les normes qui en viennent à diaboliser chaque écart de conduite, les normes qui motivent la perception erronée ou les normes qui engendrent une compulsion. Effectivement, la notion de contrôle est paradoxale chez la personne anorexique. Cette dernière perd le contrôle de soi dans le contrôle de soi. Il est établi que les personnes anorexiques ont la capacité de maîtriser leurs actions selon des normes et valeurs morales, qu'elles internalisent dans notre société actuelle.

Selon Alfred Mele, il y a une grande différence entre le contrôle et l'autonomie de l'agent. Le fait que les anorexiques exercent un grand contrôle de soi n'en fait pas des personnes autonomes pour autant. Mele affirme que le contrôle de soi peut s'exercer sur la base de valeurs ou sur la base de croyances externes. Il affirme également que les désirs, les préférences et les valeurs qui poussent l'agent à agir doivent être authentiques pour que l'agent soit autonome.

Selon lui, la principale caractéristique de l'authenticité est l'information « correcte ». Deux champs sont problématiques chez l'anorexique pour que le traitement d'information se fasse correctement : la perception de soi et la nourriture.¹⁰

Il n'est pas certain que les personnes anorexiques fassent de la dysmorphie, mais si elles se perçoivent comme elles sont en réalité, elles jugent leur perception comme erronée. De même pour la faim et la satiété : la personne perçoit les contractions gastriques, mais les juge anormales. Également, les personnes anorexiques sont très bien informées au sujet de la nourriture, mais elles utilisent l'information autrement que ce qui leur est présenté. Elles formulent des croyances sur la base du fait qu'elles ne font pas confiance à leur perception ni aux données objectives. Il est normal que l'on agisse sur la base de croyances, mais dans le cas des personnes anorexiques, elles considèrent leur croyance comme étant vraie. Il en résulte plusieurs problèmes cognitifs dans le traitement d'information : abstraction sélective, raisonnement dichotomique, surgénéralisation, magnification de certains faits et pensées superstitieuses.¹¹

Ces connaissances sur le fonctionnement de l'individu atteint de ce trouble soulèvent plusieurs questions éthiques sur les normes qu'impliquent la définition clinique de ce trouble mental. Comme il a été mentionné plus tôt, et qu'il est nécessaire de réitérer face à ces questionnements : il faut se demander si l'*anorexia nervosa* ne se rapporte pas plutôt à un trouble plus général. Par exemple, l'anorexie ressemble conceptuellement au trouble de personnalité obsessionnelle compulsive. L'anorexique souffre d'une peur irrationnelle ou d'une obsession, qui est celle de grossir, et elle pose des actions compulsives pour contrôler son poids. Les études en neuropsychologie démontrent que l'anorexique remplit les critères du TOC (perfectionnisme, anxiété, dépression, alexithymie, système de récompense altéré, etc.)^{12 13 14} Le fait de considérer l'anorexique comme ayant un trouble obsessionnel compulsif permettrait d'éliminer le critère de poids dans la définition clinique de l'anorexie mentale. Cette définition serait moins néfaste, car elle ne

¹⁰ Giordano, Simona. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Issue in Biomedical Ethics. Oxford: Clarendon Press, 2007, p. 217.

¹¹ *Ibid.* 223-225.

¹² Site web officiel OCD-UK. 2004-2013. En ligne : <http://www.oeduk.org/ocd-clinical-classification>

¹³ D. Roh, Kim WJ & Kim CH. 2011. *Alexithymia in obsessive-compulsive disorder : clinical corrélates and symptom dimensions*. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21878784>

¹⁴ Figeo, Martijn, Matthis Vink, Femke de Geus, Nienke Vulink, Dick J. Veltman, Herman Westenberg & Damiann Denys. 2011. « Dysfunctional Reward Circuitry in Obsessive-Compulsive Disorder. *Biological Psychiatry*, Volume 69, 9, P. 867-874.

fournirait pas d'idéal à atteindre et elle permettrait de traiter le trouble obsessionnel avant qu'il soit dans un état critique.

Nous verrons que plusieurs caractéristiques de l'anorexie mentale sont à prendre en compte. Je les regroupe en deux catégories : les limites épistémologiques en psychiatrie et les notions ontologiques de l'*anorexia nervosa*. Mon hypothèse est que le concept d'anorexie mentale devrait être élargi, car sa conceptualisation sous-tend plusieurs problématiques épistémologiques. Je tenterai de délimiter l'espèce psychiatrique qui convient à ce trouble alimentaire. Il ressortira de mon analyse que l'anorexie ne répond pas au critère d'espèces naturelles, dans le sens fort de l'utilisation de ce terme, c'est-à-dire en tant qu'essence atemporelle. Bien que les manuels diagnostiques ne décrivent pas cette maladie mentale comme dotée d'une essence ou d'une cause biologique, il se trouve que la psychologie populaire et la psychiatrie essentialisent ce trouble.

Ainsi, ce mémoire va comme suit : le premier chapitre fait un état des lieux épistémologiques concernant les questionnements sur les approches en psychopathologie et sur les concepts d'espèces en philosophie de la psychologie. Il sera question de définir si réellement l'*anorexia nervosa* est une espèce naturelle ou une autre espèce de maladie. L'idée est de faire une exploration des systèmes de classification et de leurs implications, de l'approche de la neuropsychologie, qui naturalise la classification de la maladie mentale, à la l'approche psychosociale, qui conçoit les troubles mentaux au sein d'un environnement social. En me basant sur les recherches du philosophe Ian Hacking, j'explorerai l'idée que l'*anorexia nervosa* soit inscrite dans une niche écologique qui influence le développement de ce trouble mental. J'évaluerai la possibilité que l'*anorexia nervosa* soit un trouble mental « transitoire » et qu'il soit possible de l'inscrire dans des troubles plus généraux. J'utiliserai les études féministes et ferai une mise en relation avec les théories de Ian Hacking pour appuyer ma théorie selon laquelle l'anorexie s'inscrit dans une temporalité historique bien définie et que les causes connues de l'anorexie sont majoritairement psychosociales. Les quatre vecteurs développés dans *Mad Travelers* (1998) seront utilisés pour illustrer l'hypothèse que les maladies transitoires sont en fait des maladies faisant partie de troubles plus généraux. Si l'anorexie est un trouble mental « transitoire », et que sa définition actuelle est dommageable pour l'individu qui en est atteint, alors il faut revoir la définition de l'anorexie et pour ce faire, nous devons nous questionner sur ce que nous connaissons de ce trouble. Je poserai quelques questionnements sur le contrôle et

l'autonomie. Le contrôle est une caractéristique important de l'anorexie, mais paradoxale. Effectivement, la personne anorexique exerce un trop grand contrôle de soi. Ce dernier est déterminé par des principes moraux et des normes qu'elle s'impose. À la lumière des travaux réalisés par le neuropsychologue George Ainslie, je soutiendrai que ce contrôle a quatre effets négatifs notoires sur la relation de l'anorexique avec son «soi» et sur son niveau d'intentionnalité. Pour conclure, je proposerai une conceptualisation élargie de l'anorexie mentale et je discuterai des particularités éthiques qu'impliquent la conceptualisation du trouble d'anorexie nerveuse. Le but de ce mémoire est d'explorer les possibilités qui permettraient d'améliorer le traitement des personnes atteintes d'anorexie par sa conceptualisation même.

Chapitre 1 : Qu'en est-il des espèces?

Considérant les avancées dans le domaine, faire un état des lieux épistémologiques concernant les questionnements sur les « natural kinds » en philosophie de la psychologie est une lourde tâche. Bien que la psychiatrie, sans aucun doute, ait fait des progrès considérables dans le diagnostic et le traitement des maladies mentales, le rôle de la philosophie reste de premier ordre dans la remise en question de ce que l'on tient pour acquis. Le rôle de ce mémoire est d'abord de faire un inventaire des différents points de vue sur nos connaissances quant à l'*anorexia nervosa*, considérant que cette maladie est encore loin de trouver un traitement adéquat. Il est facile de présumer qu'un trouble mental prend racine dans une société ou une famille affligée par une carence matérielle et/ou émotive, pourtant l'*anorexia nervosa* prend racine au sein de sociétés occidentales et au sein de familles généralement aisées.

Ce constat soulève la question suivante, à quel type de trouble appartient l'*anorexia nervosa*? Au sein des disciplines scientifiques, les parties étudiées sont divisées en espèces. Une espèce dite naturelle est une espèce observée telle quelle dans la nature. En somme, elle s'avère indépendante des théories humaines. S'il n'y avait personne pour la définir, elle se présenterait tout de même comme elle se présente dans sa définition. Les espèces naturelles servent à découper la nature à ses articulations et à en faire des catégories afin de mieux comprendre cette dernière. Si l'anorexie n'est générée que dans un certain contexte social, s'agira-t-il bel et bien d'une espèce naturelle comme elle est dépeinte dans la philosophie, mais aussi dans la psychologie populaire? Plusieurs questions sont sous-jacentes à cette dernière, à savoir si les espèces naturelles englobent les troubles mentaux qui n'évoluent que dans un certain contexte social ou si c'est le rôle d'autres types d'espèces, comme les catégories sociales? Est-ce que les définitions que l'on trouve dans la cinquième et dernière édition du *Diagnostic and statistical manual* sont des espèces naturelles? Y a-t-il un décalage entre les définitions et l'image projetée dans la société? Est-ce que cela pose des problèmes éthiques? Bref, les questionnements sont nombreux.

Ce chapitre sera consacré à la classification des maladies et des troubles mentaux et à la question du concept d'espèce, notamment celles dites naturelles. En premier lieu, il sera question d'explorer les différentes approches cliniques face aux troubles mentaux et l'implication de ces approches dans la conceptualisation de ces dernières. Nous verrons comment ces approches

cliniques sont influencées plus largement par la catégorisation des troubles mentaux. Ce procédé d'analyse, qui part du particulier vers le général, c'est-à-dire qu'il part du traitement vers la conceptualisation, permettra d'identifier les aboutissants normatifs et l'influence épistémique de la catégorisation. Les approches cliniques sous-tendent une conception particulière du concept d'espèce quant aux maladies mentales. Suite à cette démarche, il sera question des considérations épistémiques entourant *l'anorexia nervosa*, à savoir s'il s'agit d'une espèce naturelle ou une autre espèce de trouble. J'établirai que *l'anorexia nervosa* s'inscrit dans une niche écologique distincte, qui influence la nomenclature de l'espèce de ce trouble mental. Le concept de niche écologique, tiré de l'écologie, représente la place que tient un organisme, autant par rapport aux milieux dans lesquels il évolue que dans les relations qu'il tient avec les autres. Le philosophe Ian Hacking a développé cette théorie dans le cadre des maladies et troubles mentaux. Nous verrons en quoi le fait que *l'anorexia nervosa* puisse être considérée comme une espèce humaine et comme existant dans une niche écologique particulière nous amène à penser que ce trouble alimentaire est « transitoire ». Selon Hacking, certains troubles mentaux sont « transitoires » en ce qu'ils évoluent dans une niche écologique particulière et historiquement éphémère. Il ne s'agit pas de dire que ces troubles sont inexistantes, mais bien qu'il se transforme selon le lieu et l'époque dans lesquels il prend forme. Sur la base des recherches du philosophe Ian Hacking, j'établirai, plus précisément dans le deuxième chapitre, que *l'anorexia nervosa* est une maladie « transitoire » selon la description qu'il fait de ce genre de maladie et qu'ainsi, il est nécessaire de revoir le concept d'*anorexia nervosa*.

1.1 Exploration des différentes approches de la psychopathologie

Il est important de distinguer les approches cliniques, puisqu'elles déterminent le traitement qui sera offert aux patients. Nous verrons que ces approches découlent d'une certaine conception des maladies et troubles mentaux. Je m'attarderai à présenter les différentes approches cliniques de manière sommaire puisque je considère primordial de démontrer en quoi le concept d'espèce peut influencer le traitement offert aux patientes. Comme il a été souligné dans l'introduction, je crois que la fonction des définitions de manuels sert au bien-être des personnes atteintes de maladie mentale et, par conséquent, il est nécessaire de comprendre en quoi certains concepts philosophiques jouent un rôle dans la pratique.

Par exemple, Simona Giordano soutient que l'approche de la neuropsychologie naturalise la classification de la maladie mentale, alors que la classification par symptôme décrit des conditions fonctionnelles, par contraste avec des conditions organiques et étiologiques de la neuropsychologie. Elle s'en trouve tautologique, puisque la définition clinique n'offre pas d'explication causale au trouble, mais plutôt une description des manifestations du trouble. La tautologie s'explique par le fait que nous utilisons le trouble mental comme une explication aux comportements d'un individu, alors que la définition du trouble mental est, souvent, simplement descriptive et athéorique. Un exemple flagrant qu'utilise Simona Giordano est l'exemple de la personne souffrant d'alcoolisme. Selon le DSM-5¹⁵, pour que l'abus d'alcool soit considéré comme pathologique, il faut que l'individu maintienne le comportement de boire, même si cela handicape gravement les autres sphères de sa vie. En d'autres termes, il ne se contrôle pas quand à l'envie de boire. Elle représente la description de la dépendance à l'alcool, elle n'en est pas une explication. Si un individu dit « je ne me contrôle pas devant l'envie de boire de l'alcool, puisque je suis alcoolique », c'est comme s'il disait « je ne me contrôle pas devant l'envie de boire, puisque je ne me contrôle pas devant l'envie de boire. » Simona Giordano critique également une autre approche clinique : le modèle psychosocial qui, selon elle, ne s'applique pas à toutes les maladies et les troubles mentaux, comme la schizophrénie, mais s'applique aux maladies épidémiologiques comme l'*anorexia nervosa*.¹⁶ Ce ne sont que quelques exemples parmi une panoplie de perspectives épistémologiques qui ont une incidence sur la manière de traiter les patients et, également, sur la conception des espèces naturelles de maladie mentale, d'espèce naturelle à espèce dimensionnelle, dont nous traiterons un plus loin dans ce chapitre. D'abord, voyons les approches cliniques les plus adoptées en psychopathologie et leurs incidences.

Pour ce mémoire, une des approches les plus importantes est la **psychopathologie athéorique**, car l'athéorisme domine dans les dernières versions du DSM. L'athéorisme se définit en ce « [...] qu'il se manifeste par le fait que la plupart des catégories du DSM-III sont définies par des constellations de symptômes, donc par des syndromes [...] »¹⁷, c'est-à-dire que l'étiologie démontrée est absente. La classification ne tient pas compte des causes biologiques. D'ailleurs, depuis le DSM-III, les maladies mentales sont nommées des « troubles mentaux » au

¹⁵ American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013, p. 483.

¹⁶ Giordano, Simona. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Issue in Biomedical Ethics. Oxford: Clarendon Press, 2007, p.63-70.

¹⁷ Ionescu, Serban. *14 approches de la psychopathologie*. Paris: Armand Colin, 2005, p. 11.

sein de ce manuel. Pour qu'une déviance puisse être considérée comme une maladie, on doit en connaître son origine biologique, contrairement à un trouble. Le concept de maladie implique une étiologie et pathogénie spécifique.¹⁸ Effectivement, le terme « maladie mentale » est contesté par certains parce qu'il fait référence à la médicalisation et aux médecins.¹⁹ Le terme « trouble mental », quant à lui, rassemble autant les maladies mentales d'ordre biologique que les « pathologies non démontrées ». Ce dernier terme a été banni à partir du DSM-III. L'approche athéorique est qualifiée de descriptive, et même de tautologique selon Simona Giordano.²⁰ Il revient au même de dire « Je suis anorexique, car j'ai une alimentation restreinte » que « J'ai une alimentation restreinte, parce que j'ai une alimentation restreinte ». Cette approche est favorisée parce qu'elle permet l'inclusion de tous les cliniciens ayant des approches théoriques différentes. En revanche, elle reçoit des critiques de plusieurs psychiatres puisqu'elle diminue la légitimité des diagnostics et des catégories. Selon les opposants de l'approche athéorique, le DSM ne s'intéresserait qu'aux symptômes en surface, sans prendre en compte la structure sous-jacente au trouble décrit « [...] dont le champ se rétrécira au fur et à mesure que nos connaissances sur l'étiologie des troubles mentaux progresseront. »²¹ Nous voyons bien qu'avec cette approche, les troubles mentaux ne sont pas des espèces naturelles au sens strict du terme, puisqu'ils ne tirent pas leur essence d'une cause biologique. Je consacrerai un segment de ce chapitre sur ce que sont les espèces naturelles, mais de prime abord, je développerai les fondements philosophiques de différentes approches, autre que celle adoptée dans le DSM, afin d'explicitier les incidences pratiques des fondements philosophiques de la psychopathologie.

L'approche de la **psychopathologie biologique** et de l'approche de la **psychopathologie éthologique** sont deux modèles qui naturalisent la maladie mentale et, par le fait même, tendent à avoir une perspective essentialiste de la maladie mentale. L'espèce de la maladie mentale ne peut être qu'une espèce naturelle, parce qu'elle existe indépendamment de l'environnement externe de l'agent. La première approche considère la maladie mentale comme des modifications

¹⁸ *Ibid*, p.13.

¹⁹ Batis, Najoua. "Santé Mentale, Maladie Mentale, Trouble Mental : Mais de Quoi Parle-T-on ?" Association Socialiste de la Personne Handicapée, juillet 2014. <http://www.asph.be/Documents/analyses-etudes-2014/Analyse-2014-11-Sante-mentale-maladie-mentale-trouble-mental-de-quoi-parle-t-on.pdf>.

²⁰ Utilisation d'un symptôme d'anorexia nervosa, que l'on retrouve dans le DSM V. American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013, p. 338.

²¹ Ionescu, Serban. *14 approches de la psychopathologie*. Paris: Armand Colin, 2005, p.23.

morphologiques ou fonctionnelles du système nerveux.²² La deuxième a une valeur heuristique en ce qu'elle utilise des méthodes d'observatoire de prime abord utilisée pour les animaux, puisque l'éthologie est l'étude biologique du comportement.²³ Pour l'éthologie, l'humain fait partie du règne animal.

La **psychopathologie écosystémique** fait le pont entre les approches essentialistes et les approches qui considèrent la maladie mentale comme un fait social. Son unité d'analyse de base est l'écosystème humain qui fonctionne comme un système ouvert. Stachowiak et Briggs proposent six niveaux d'analyse : physiologique, psychologique individuel, environnement physique, dyadique (couple), familial, famille élargie et réseau social.²⁴ Dans cette perspective, les maladies mentales sont autant causées par des causes internes à l'individu, qu'externes à ce dernier. Ainsi, les maladies mentales ne sont pas des espèces naturelles, du moins, pas en totalité.

La psychopathologie développementale, la psychopathologie sociale et l'ethnopsychopathologie sont trois approches qui, à différents degrés, pensent les maladies et troubles mentaux comme étant causés par une source externe, c'est-à-dire environnementale et non biologique. **La psychopathologie développementale** considère que le développement pathologique est en fonction d'un manque d'intégration des compétences sociale, émotionnelle et cognitive. Zigler et Philipps ont défini un ensemble de variables pour définir un indice global de la tendance à la pathologie d'un individu (1960). Ces six variables sont l'âge, le niveau intellectuel, le niveau éducationnel, l'état matrimonial, le statut occupationnel et l'histoire professionnelle. La psychopathologie développementale est une manière de regarder les problèmes plutôt qu'une solution.²⁵ Elle sert l'analyse, il s'agit d'un instrument heuristique. **La psychopathologie sociale** traite deux principaux objets d'étude. Le premier est le rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie des troubles mentaux. Le deuxième objet d'étude est les répercussions de la maladie mentale sur les relations du patient avec son environnement social.²⁶ De manière semblable, **l'ethnopsychopathologie** étudie les rapports entre les troubles psychopathologiques et la culture d'origine du patient et tente de déceler les syndromes culturellement spécifiques. Par exemple, Devereux affirme que la schizophrénie constitue la psychose ethnique typique des sociétés civilisées complexes. Selon lui, le milieu culturel fournit

²² *Ibid.* 49.

²³ *Ibid.* 119.

²⁴ *Ibid.* 81-82.

²⁵ *Ibid.* 67-68.

²⁶ *Ibid.* 182.

des modèles d'inconduites « acceptables » pour les gens en psychose, comme s'il s'agissait de symptômes prêt-à-porter pour les personnes atteintes d'un trouble. L'individu schizophrénique reste déviant de la normale, mais sa déviance se manifeste dans un éventail de symptômes déjà présents, dans une moindre mesure, dans la société dans laquelle il se trouve.²⁷ La psychopathologie sociale et l'ethnopsychopathologie ont en commun qu'elles considèrent que les facteurs sociaux ont un rôle dans la genèse de la maladie mentale chez les individus et, de même, l'existence du trouble mental chez des individus influence leur environnement social proche et éloigné. Ce pourquoi certaines maladies ne prennent forme qu'au sein de certaines sociétés et changent d'aspect selon les différentes époques socioculturelles ou disparaissent simplement. Selon ces approches, il n'y a pas nécessairement de causalité naturelle.

La psychopathologie behavioriste rejette toute cause interne de troubles mentaux. Elle lie l'apparition des comportements anormaux à l'environnement. Elle fait une analyse fonctionnelle des comportements anormaux, afin de déceler les variables environnementales en cause. Dans l'avant-propos de Jacques Leveau et de ses collaborateurs (1989) sur la thérapie comportementale, ils expliquent que leur « [...] tâche de clinicien exige des traitements efficaces et le résultat thérapeutique importe plus qu'une recherche étiologique des troubles. En thérapie comportementale, l'attitude est souvent plus thérapeutique qu'heuristique. »²⁸ Ainsi, la psychopathologie behavioriste est un instrument servant au bien-être des patients. Elle est instrumentale et n'est donc pas essentialiste, en ce que son but premier n'est pas de trouver les maladies « réelles », mais bien de trouver les définitions et les techniques les plus adéquates pour guérir les patients.

Certaines approches tirent leurs fondements de concepts philosophiques, plutôt que des causes internes et externes quantitatives des troubles mentaux. La **psychopathologie existentialiste** base sa théorie sur trois concepts fondamentaux : la volonté, l'angoisse et la mort. Selon cette approche, ces concepts forment la personnalité de tout un chacun et sont les critères d'analyse de base pour déterminer comment le patient est en tant qu'*être dans le monde*, tel que le conçoit Heidegger : « L'approche existentialiste remet en question la frontière entre « normalité » et « pathologie » en nous faisant découvrir une psychopathologie de la moyenne, largement partagée par les membres de notre société qui vivent l'angoisse de l'isolement et

²⁷ *Ibid.* 102.

²⁸ *Ibid.* 37.

l'aliénation. »²⁹ Cette approche porte sur la manière dont l'individu réagit devant ces trois notions. La volonté est ce qui lui permet un pouvoir décisionnel, lorsqu'elle est combinée avec le désir. Le processus décisionnel introduit l'élément de « soi successif », capable de prendre des décisions à chaque instant, selon des incitatifs différents, propre à chaque « soi » qui se succède. Une autre approche de nature philosophique, dont la focale est l'expérience du patient, est la **psychopathologie phénoménologique**. Tout comme l'approche existentialiste, elle ne cherche pas l'étiologie biologique ou sociétale de la maladie mentale. L'approche phénoménologique tente plutôt de connaître l'expérience vécue selon la perspective du patient.³⁰ Il s'agit d'une approche holistique, sans contrainte sur le nombre d'aspects à évaluer. La **psychopathologie cognitiviste** a pour champs d'analyse : l'émotion, la cognition en tant qu'exercice de la pensée consciente et rationnelle et la conation en tant que motivation, volonté et action. Ces différentes notions permettent aux cliniciens de s'attarder aux troubles ou aux distorsions de la structure cognitive. Ces problématiques peuvent prendre la forme d'erreur à l'entrée informationnelle ou d'erreurs logiques.³¹

La **psychopathologie psychanalytique** conçoit la maladie mentale dans une perspective fonctionnelle. En somme, le trouble mental constitue une « tentative d'ajustement » et de « résolution de problèmes » de ce que l'individu n'arrive pas à gérer suffisamment autrement.³² La **psychopathologie structuraliste** analyse la structure du patient selon trois caractéristiques : la totalité, la transformation et l'autorégulation. Les structuralistes étudient les processus psychologiques à travers les éléments de structure tel que les perceptions, l'attention, la mémoire, les affects, etc.³³ La dernière approche décrite par Serban Ionescu est la **psychopathologie expérimentale**, une approche pratique et instrumentaliste qui consiste à garder toutes les conditions, à l'exception d'une seule. Cette technique permet de vérifier les causes à effets.³⁴ Ces trois dernières approches utilisent des cadres heuristiques sans considérer les maladies et les troubles mentaux comme étant « réels ».

Cette recension succincte des approches de la psychopathologie sert de démonstration. Elle permet de mettre en relief les conceptualisations sous-jacentes aux traitements des troubles

²⁹ *Ibid.* 139.

³⁰ *Ibid.* 162.

³¹ *Ibid.* 52-56.

³² *Ibid.* 170.

³³ *Ibid.* 194.

³⁴ *Ibid.* 141.

mentaux. En résumé, chaque approche nécessite une certaine idée de ce qu'est la maladie mentale de la part du clinicien ou du chercheur. Cela démontre qu'une conception différente de la maladie mentale influencera le traitement porté à l'individu. Nous reviendrons à quelques reprises sur la question des approches en psychopathologie, notamment au début du deuxième chapitre où il est question des questionnements ontologiques par rapport à l'*anorexia nervosa*.

Comme la conceptualisation de la maladie mentale doit viser le meilleur traitement possible, il est nécessaire, voire primordial, de se questionner sur le concept d'espèce pour les maladies et les troubles mentaux. Cela ne veut pas dire que toutes les maladies et les troubles mentaux sont de la même espèce, mais bien que, si une conceptualisation est dangereuse dans ses implications normatives quant aux traitements des personnes atteintes d'une maladie mentale particulière ou d'un trouble mental particulier, il est nécessaire de revoir cette dite conceptualisation. Le but ici cherche à expliciter l'importance de la perception de ce qu'est un trouble mental. Nous avons établi que le but de la psychopathologie est d'aider les patients à retrouver un état de bien-être. L'approche psychopathologique découle de la conception de l'espèce. Donc, l'espèce doit servir le bien-être des patients. Il a été démontré par plusieurs études que l'anorexie est le trouble mental ayant le plus haut taux de mortalité au sein des maladies et troubles mentaux. Il devient primordial de définir l'espèce de l'anorexie afin de choisir l'approche psychopathologique adéquate pour le bien-être des patientes. Dans les prochains paragraphes, nous ferons un état des lieux des différentes espèces de maladies et de troubles mentaux décrits en philosophie.

1.2 Qu'est-ce qu'une espèce naturelle ?

La définition de l'espèce naturelle la plus acceptée et reprise est celle proposée par Richard Boyd (1999), qu'il nomme *Homeostatic Property Cluster*. Une espèce naturelle de type HPC est un ensemble d'entités partageant des similarités induites par les processus homéostatiques sous-jacents à l'espèce. Les processus homéostatiques permettent à un organisme ou à un écosystème de se réguler afin de conserver un équilibre et de se maintenir entre les valeurs normales lui permettant de survivre. Généralement, ce terme est utilisé en sciences naturelles comme la biologie et l'écologie. D'ailleurs, Boyd lui-même a d'abord développé sa théorie pour les sciences naturelles et elle fut calquée aux sciences humaines par la suite.

Ian Hacking identifie les racines des espèces naturelles dans le nominalisme. Ce dernier est une inclination métaphysique à rejeter les universaux. Par exemple, pour les défenseurs du nominalisme, la propriété « blanc » n'existe pas. Il n'y a que les particuliers qui existent et qui ont leurs propriétés n'existe pas en dehors du particulier. Plus précisément, la tradition de l'espèce naturelle est nominaliste dans son inclination à nommer les espèces distinctes, mais elle est réaliste dans son acceptation du fait qu'elle considère les espèces comme existantes réellement dans la nature.³⁵ Son but principal est la caractérisation des espèces pour faciliter la compréhension de notre monde. Selon Boyd, la définition de l'espèce est faite *a posteriori*, plutôt que par convention sociale. C'est-à-dire que nous percevons l'espèce dans la nature et qu'elle existe *a priori* avec ses caractéristiques propres. Nous ne faisons que reconnaître ses caractéristiques. Il pense l'espèce comme étant réelle en ce qu'elle est utilisée comme référent pour une explication inductive. Elle doit être définie par un ensemble de propriétés dont l'adhésion est déterminée par leur structure causale dans le monde. Nos conventions et théories n'ont aucune incidence sur la dite structure causale. L'établissement d'une relation dépend de l'existence d'un modèle épistémique pertinent expliquant la relation causale entre les différentes propriétés et non pas seulement d'une communauté linguistique.³⁶

À la définition de Richard Boyd, Ian Hacking en rajoute par l'identifiant des conditions pour considérer qu'une espèce est naturelle. Plusieurs types d'espèces naturelles existent et sont des espèces naturelles à part entières puisqu'elles sont toutes définies par un ensemble de propriétés nécessaires et suffisantes, de manière telle que la possession de ces propriétés observables indiquent un nombre d'autres propriétés méthodologiques. En d'autres termes, la possession de certaines propriétés suggère la coexistence d'autres propriétés. Par exemple, si l'on observe qu'une personne est en sous-poids et restreint son alimentation, elle peut souffrir d'anorexie mentale et présumer une comorbidité avec d'autres troubles. Quand ces propriétés satisfont les conditions explicitées ci-bas, alors l'espèce en question existe de manière objective et on peut s'y référer pour faire une généralisation causale.

Hacking fait la recension des quatre principales conditions qui, selon lui, relient tous les types de réalisme. La première est l'indépendance. La nature est indépendante des facteurs psychologiques ou des faits sociaux de l'être humain. Les différences entre les choses sont faites

³⁵ Hacking, Ian. "A Tradition of Natural Kinds." *Philosophical Studies* 61, numéro 1, 1991, p.110.

³⁶ Boyd, Richard. "Realism, Anti-Foundationalism and the Enthusiasm for Natural Kinds." *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition*, volume 61, numéro 1/2, 1991, pp. 127–148.

par la nature. La reconnaissance de ces différences compose la base de la classification. L'acte humain n'est que cette reconnaissance. La deuxième condition est la clarté de la définition de l'espèce. Même si le concept d'espèce naturelle n'est pas un concept arrêté ni n'ayant une définition précise, il est possible de s'accorder sur ce qu'est une espèce naturelle dans la nature avec une caractérisation donnée. La troisième caractéristique est l'utilité de la définition de l'espèce. La reconnaissance et l'utilisation des concepts d'espèces naturelles ont joué un rôle significatif dans l'avancée des connaissances humaines et des civilisations. L'utilité des concepts des espèces varie avec l'époque temporelle, l'endroit et l'intérêt. La dernière propriété à travers la tradition des espèces naturelles est plus implicite qu'explicite. Il s'agit de l'unicité de l'espèce. La classification objective ne peut être que vraie ou fausse. Il n'y a qu'une seule manière de dépeindre réellement la structure causale d'une partie de l'univers.

Ian Hacking dit rejeter l'espèce naturelle en psychiatrie, notamment à cause de cette quatrième caractéristique. Une taxonomie exhaustive est impossible, même en tant qu'idéal vers lequel on tend.³⁷ D'ailleurs, bien que le réalisme de Richard Boyd soit libéral, il reste que, dans le domaine psychiatrique, les cadres épistémologiques varient énormément et que les causes, connues ou non, du trouble mental peuvent être multiples et variées dans le temps. Ainsi, le réalisme comme entendu par Richard Boyd et Ian Hacking n'a pas d'autre choix que d'accepter des définitions multiples de certaines maladies et certains troubles mentaux pour autant que l'approche épistémologique identifie une relation causale pertinente à cette dernière. Par la suite, l'approche du traitement découle de l'approche épistémologique du clinicien, suivant que cette dernière identifie une relation causale pertinente à cette même approche.

Il semble illusoire de croire qu'il est possible de recenser toutes les causes probables qu'apportent les 14 approches épistémologiques décrivent au préalable dans une définition d'une maladie ou d'un trouble mental. Ce pourquoi le DSM a adopté une approche athéorique dans sa caractérisation, c'est-à-dire dans le but d'être exhaustif dans la description des observations et d'inclusion des différentes approches en psychopathologie. Cela dit, comme mentionné au préalable, l'athéorisme présuppose l'absence d'étiologie démontrée. Le DSM-5 classe les troubles mentaux par agrégat de symptômes. Ainsi, pour que les maladies et les troubles mentaux soient considérés en tant qu'espèce naturelle, il faut que le réalisme permette une pluralité de causes probables ou l'agrégat de symptômes comme une espèce.

³⁷ Hacking, Ian. "A Tradition of Natural Kinds." *Philosophical Studies* 61, numéro 1, 1991, p.110-111.

Pour être applicable à la psychopathologie, le réalisme de Richard Boyd doit permettre d'accepter plusieurs espèces naturelles qui catégorisent les troubles mentaux comme étant « réels », sans considérer les implications normatives du cadre heuristique utilisé. En ce qui concerne la multiplication des espèces naturelles, nous verrons qu'effectivement, des chercheurs ont distingué différents degrés d'espèces naturelles compatibles avec la théorie de Richard Boyd, ainsi qu'avec la définition de l'*anorexia nervosa*. Cela dit, il me semble qu'il devienne souhaitable, voire nécessaire, de considérer les effets de l'utilisation d'une approche épistémologique particulière dans le cadre de la maladie mentale et du trouble mental, puisque le but est d'abord de guérir le patient.

Pour ma part, je soutiendrai que la conceptualisation la plus adéquate ne sera pas définie par la taxinomie qui est le plus près de la réalité changeante, mais par les conséquences de l'approche utilisée sur l'humain. La particularité de la psychiatrie, contrairement à la physique ou à la chimie, par exemple, est qu'elle traite des humains et de faits sociaux. Plusieurs développements se sont faits en psychologie de la psychiatrie dans les dernières années sur les espèces d'espèces. Peut-être peut-on sauver l'idée d'espèce naturelle et l'appliquer à l'anorexie mentale. Dans les prochains chapitres, et à la lumière de travaux récents sur l'espèce naturelle, nous verrons quelles sont les implications normatives de considérer ce trouble comme une espèce naturelle et nous aborderons les différents types d'espèces naturelles.

1.3 Les gradations de l'espèce naturelle

Dans son texte « Natural kinds in psychiatry: Conceptually implausible, empirically questionable, and stigmatizing », ³⁸ Nick Haslam soutient que les troubles mentaux n'ont rien d'une espèce naturelle au sens strict du terme, c'est-à-dire comme ayant une cause biologique connue. Selon lui, leur situation taxonomique témoigne de cette affirmation. Les troubles mentaux ne sont pas coupés au couteau autant que le sont les espèces biologiques. Nous sommes assujettis à ces dernières de manière exclusive. Nous sommes soit une roche, soit un humain, mais nous ne sommes pas les deux. Les espèces biologiques définissent les individus, leurs capacités ainsi que leurs limites. Un poisson survit sous l'eau et meurt à l'extérieur de l'eau, alors

³⁸ Haslam, Nick. *Natural kinds in psychiatry: Conceptually implausible, empirically questionable, and stigmatizing* dans « *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds* », édité par Kincaid, Harold, and Jacqueline A. Sullivan. *Philosophical Psychopathology*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2014.

qu'un humain ne peut pas survivre bien longtemps dans l'eau, à moins d'être muni d'un équipement adapté. Une espèce biologique définit l'ensemble des aptitudes et caractéristiques d'un individu tandis que les troubles mentaux sont des caractéristiques qui peuvent changer à travers le temps et coexister avec d'autres caractéristiques au sein de l'individu.

Bien sûr, les scientifiques et experts ne s'entendent pas sur une définition claire, précise et arrêtée de ce qu'est l'espèce biologique. Il semble alors un peu grossier d'affirmer qu'elle soit si évidente dans la nature, comparativement aux espèces de maladies mentales et de troubles mentaux, mais il faut retenir ici que l'espèce biologique est la condition par laquelle découle toutes les autres conditions physiques d'un individu, tous ses possibles. Si l'espèce biologique d'un individu change, ce sont toutes ses capacités qui changent par la même occasion. Par exemple, une chenille n'a pas les mêmes capacités lorsqu'elle devient papillon. Elle ne peut pas voler en tant que chenille, mais elle le peut en tant que papillon. Le rapport au monde de la chenille change drastiquement.

En ce qui concerne la maladie mentale, ce n'est pas si évident. Certaines maladies mentales d'ordre biologique définissent effectivement les capacités de l'individu, alors que les troubles mentaux d'ordre épidémiologique ne limitent pas nécessairement les capacités physiques de l'individu. Ces dernières peuvent transiter d'une forme à une autre, avec le temps et le contexte. Elles peuvent même varier selon les réactions des individus face au diagnostique, comme l'explique Ian Hacking, dont nous verrons la théorie en détail plus loin. Les espèces biologiques sont des espèces indifférentes à l'étiquette que l'humain leur appose mais, au contraire, des espèces psychiatriques. De plus, selon Nick Haslam, la structure hiérarchique des maladies mentales reflète des catégories de ressemblances phénotypiques, c'est-à-dire des ressemblances dans l'expression du trouble mental, et non des divergences génotypiques. Autrement dit, des ressemblances dans les gènes qui provoquent la maladie mentale. Par exemple, les désordres d'anxiété sont caractérisés par la peur et l'anxiété, et non parce que l'espèce *anxiété* serait l'évolution d'une même origine. Une sorte d'angoisse originaire, dans ce cas-ci.³⁹

En résumé, les différences entre les espèces biologiques et les espèces psychiatriques sont autant d'ordres structurelles que causales, ce pourquoi certains argumentent que de classer les maladies mentales et les troubles mentaux comme des catégories distinctes est une erreur. La

³⁹ *Ibid.* p.12.

classification psychiatrique ne peut alors qu’être développée en fonction des buts pragmatiques cliniques. D’autant plus, soutient Nick Haslam, que la population générale continue de concevoir les maladies mentales comme des espèces naturelles et de perpétuer des croyances essentialistes. Cette forte tendance cause de la stigmatisation et cette conséquence constitue un argument rarement considéré, mais un argument tout de même, contre l’utilisation du concept d’espèce naturelle en maladie mentale. Cela dit, il serait précipité de rejeter la théorie des espèces naturelles entièrement.

Pour remédier à cette problématique, Nick Haslam propose une classification pluraliste composée de cinq sortes d’espèces naturelles, suivant une gradation du degré de restriction de la structure du concept. En d’autres termes, les cinq sortes d’espèces vont du moins « naturel » au plus « naturel ». Nick Haslam nomme les différentes sortes d’espèces comme suit: *dimension*, *practical kind*, *fuzzy kind* et *discrete kind* avant d’en arriver au *natural kind*, que nous traduirons, dans l’ordre, par «dimension», «espèce pratique», «espèce floue», «espèce discrète» et «espèce naturelle».

Voici un tableau qui exprime la gradation des cinq espèces développées par Haslam⁴⁰ :

Type d’espèce	Propriétés regroupées	Point de rupture non arbitraire	Discontinuité	Limites claires	Essence
Dimension	oui	non	non	non	non
Pratique	oui	oui	non	non	non
Floue	oui	oui	oui	non	non
Discrète	oui	oui	oui	oui	non
Naturelle	oui	oui	oui	oui	oui

Regardons ces sortes d’espèces de plus près.

⁴⁰ *Ibid.* p.13.

La dimension : des critères arbitraires externes (symptomatiques)⁴¹

La dimension est un ensemble de propriétés corrélées, c'est-à-dire de symptômes. Les individus se trouvant dans la même dimension psychiatrique ont cet ensemble de symptômes, qui se produisent à divers degrés. La rupture entre une dimension et une autre n'est pas clairement définie. Pour faciliter les diagnostics, une coupure doit être faite, suite à l'analyse de variation quantitative, mais cette coupure est toujours plus ou moins arbitraire. Les dimensions sont plutôt un continuum dans le domaine de la psychopathologie. En guise d'exemple, Nick Haslam pointe l'idée de grandeur. Nous considérons une personne comme étant «grande» lorsqu'elle mesure plus de six pieds, alors que cette mesure reste assez arbitraire.

L'espèce pratique : des critères de santé stricts et externes (symptomatiques)

Cette espèce est définie par des critères externes et pragmatiques, qui sont importants dans le contexte clinique. Les symptômes définissent l'espèce en ce qu'ils deviennent une source de dysfonctionnement. Par exemple, un haut niveau de tension artérielle représente un symptôme dangereux et consiste donc en un critère pour diagnostiquer l'obésité.

L'espèce floue: des critères qualitatifs internes et gradients

Contrairement aux dimensions et aux espèces pratiques, les espèces floues ne s'inscrivent pas sur un continuum. Ces espèces sont séparées par discontinuité qualitative interne. Cette rupture n'est pas nécessairement stricte et précise. Cette espèce opère plutôt sur un spectre gradient. L'exemple d'Haslam est le spectre de la manie. Entre l'hypomanie et une manie extrême, il existe plusieurs degrés d'états mentaux.

L'espèce discrète: des critères qualitatifs internes distincts

Le point de rupture de cette espèce est précis, plutôt que gradué. Un individu peut faire partie de cette espèce, ou non. Il n'est pas « quelque part sur le spectre de X ». L'état qualitatif change abruptement. Les maladies et troubles mentaux sont généralement perçus, dans la psychologie populaire, comme des espèces discrètes, c'est-à-dire que les individus en sont atteints ou non.

⁴¹ *Ibid.* p.13-16.

Espèce naturelle : une causalité physique, c'est-à-dire neurobiologique et non étiologique

L'espèce naturelle se différencie de l'espèce discrète uniquement par la connaissance d'une cause neurobiologique commune aux symptômes. Comme le tableau précédent le démontrait, plus une espèce est « naturelle », plus elle est structurellement contingente.

Chaque espèce inclut les critères des espèces précédentes. Nick Haslam soutient que la plupart des maladies mentales sont traitées comme des espèces discrètes. Selon les critères établis par Nick Haslam, l'anorexie devrait être considérée comme une espèce discrète : nous ne sommes pas atteints ou non de ce trouble mental. Il s'agit d'un continuum avec un critère qualitatif externe, telle une espèce pratique ou floue :

Pour la majorité [des auteurs sur la question des troubles alimentaire] semble exister un spectre continu allant des formes d'anorexies restrictives pures jusqu'à la boulimie. Cette évolution est intéressante, car elle montre les limites d'une volonté d'individualisation d'entités bien délimitées s'opposant à d'autres par des critères qui les font s'exclure mutuellement.⁴²

Un exemple flagrant de l'anorexie, en tant qu'espèce pratique ou floue, est l'approche sociologique de Muriel Darmon. Cette approche pratique se base sur le point de vue des individus qui s'engagent dans l'anorexie, et non sur une mise en relation entre le contexte socioculturel et la pathologie. La deuxième partie de l'ouvrage de la sociologue, *Devenir anorexique*, se concentre sur ce qu'elle considère être l'engagement premier des personnes souffrantes d'anorexie. Darmon choisit la notion interactionniste de « carrière » pour observer le cheminement des personnes anorexiques. L'auteur a ressorti quatre étapes à ce qu'elle nomme la « carrière anorexique » : « l'engagement dans une « prise en main », le maintien de l'engagement, le maintien de l'engagement malgré les alertes et la surveillance, et la phase de « prise en charge » par l'institution médicale.»⁴³ L'auteure tente de mettre en lumière que l'individu opère une transformation du soi et soutient que, lorsque l'on s'intéresse au « comment » plutôt qu'au « pourquoi », nous nous réalisons que l'anorexie est trop souvent réduite à une condition préexistante. L'approche sociologique de l'anorexie mentale que propose Muriel Darmon ne fait pas abstraction de la dimension pathologique. Elle tente plutôt d'expliquer cette dimension sans entrer dans une dichotomie essentialiste entre le normal et le pathologique. Elle essaie de comprendre les différentes étapes de ce trouble afin d'apporter un nouvel éclairage au processus

⁴² Agman, Corcos, and Jeammet, "Troubles des conduites alimentaires." dans *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37-350-A-10, Éditions techniques, Paris, 1994, p.4.

⁴³ Darmon, Muriel. "Devenir anorexique: une approche sociologique." la Découverte, 2007, p.14.

de l'engagement au désengagement du trouble d'anorexie. Selon elle, la carrière anorexique doit être prise comme objet en tant que question d'assignation et d'imputation : « Au croisement de différentes postures épistémologiques. Une sociologie de l'anorexie est donc possible si elle ne prétend pas livrer la vérité sur une prétendue « anorexie en soi » qui aurait été longtemps occultée par les autres approches. »⁴⁴

Effectivement, la définition de la déviance est une définition inachevée et un processus continu. Voilà pourquoi l'auteure croit que l'anorexie mentale représente un trouble changeant, donc son étiquette doit aussi être malléable. Selon Muriel Darmon, la carrière de l'anorexie débute par l'application à une norme et que le caractère déviant du trouble se manifeste à un moment flou. C'est-à-dire quand l'individu est trop mince. Pourtant, un poids « normal », ou devrais-je dire « santé », diffère d'un individu à un autre. Évidemment, il y a l'indice de masse corporelle qui est un indicatif du poids santé des individus, mais ce critère semble plutôt aléatoire. Selon le DSM-5, la sévérité de l'anorexie se calcule selon l'IMC. Un indice de masse corporelle de 17 est considéré comme une anorexie « faible », un IMC de 16 est une anorexie « modérée », un IMC de 15 est une anorexie sévère et un IMC de 15 est considéré comme une anorexie critique.⁴⁵ Évidemment, ces critères ne doivent pas être les seuls pour décrire le degré d'anorexie mentale, mais ce sont les seuls présents dans la définition du DSM-5 concernant la sévérité du trouble. À lui seul, le critère d'IMC est normatif. Il ajoute à la conception du poids « normal » présent en société auquel la personne atteinte d'anorexie a, au préalable, adhéré, mais en plus il est un critère symptomatique et non étiologique. Bien que le sous-poids puisse effectivement être un déterminant de santé, il n'est pas sans faille.

Voici deux cas hypothétiques qui corroborent cela. Dans le premier cas, une personne commence un régime alors qu'elle a un léger surpoids avec un IMC de 25. Suite à son régime et aux compliments obtenus, elle continue ses efforts pour maigrir. Elle adopte de plus en plus de comportements obsessifs compulsifs de peur de reprendre le poids qu'elle a perdu et de perdre sa crédibilité ainsi que la reconnaissance auprès de ses pairs. De plus en plus, elle restreint son alimentation. Après six mois à manger 500 calories par jour, elle atteint un IMC de 18. Pour le second cas, une personne qui a toujours vécu dans un environnement où la restriction de

⁴⁴ *Ibid.* 9.

⁴⁵ American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013, p.339.

nourriture est favorisée et reconnu des pairs. Toute sa vie fut une bataille contre la faim et contre la prise de poids. Dès le plus jeune âge, cette personne a adopté certains comportements tels que le jeûne intermittent, le rationnement des portions, la sélection des aliments de certains groupes, la peur des aliments gras, etc. Suite à un événement tragique au sein de sa famille, cette personne devient anxieuse et se met à contrôler son alimentation par ce mécanisme de défense acquis dès l'enfance. De ce fait, son IMC passe de 19 à 17.5 après un mois.

En comparaison, ces deux exemples démontrent que l'indice de masse corporelle est un critère externe pouvant certes indiquer un paramètre de l'état de santé, mais qui ne dénote pas tout. La première personne, bien qu'ayant un IMC plus élevé que la deuxième, est en restriction significative depuis plus longtemps. Il se peut également que son niveau de fer soit significativement plus bas que celui de la deuxième personne. Cela dit, la peur de grossir indique un autre critère de l'anorexie. Ainsi, la deuxième personne a intégré cette peur depuis longtemps, elle est donc plus à même de chercher un réconfort dans l'anorexie. Il est possible que le trouble alimentaire chez la deuxième personne soit apparu comme un symptôme d'un traumatisme et qu'il réapparaisse ainsi au cours de sa vie.

Bref, on voit bien que le critère d'IMC qui définit la sévérité du trouble n'est pas suffisant et ne définit pas l'état mental de la personne. Il est donc externe à l'agent et pragmatique dans la mesure où il se calcule par les cliniciens et ne dépend pas de la perception et/ou du récit de l'agent atteint d'anorexie mentale. Du seul critère d'IMC, nous pourrions dire que l'anorexie consiste en une espèce pratique, mais nous pourrions aussi dire qu'elle est une espèce floue, puisque les autres critères qui se retrouvent dans le Manuel statistique et diagnostique 5 sont des critères symptomatiques qui ne sont pas des critères stricts et précis, mais plutôt des critères internes se trouvant sur un continuum qualitatif. Outre l'IMC, qui établit la sévérité du trouble alimentaire, les trois critères diagnostiques primordiaux cités par le DSM-5 sont : la restriction de la consommation de calories causant une maigreur significative, la peur excessive de prendre du poids et des perturbations dans la perception de l'agent de son poids. Ces trois critères sont composés d'un large spectre de possibilités.

1.4 L'anorexie, un ensemble de propriétés homéostatiques?

Ainsi, l'anorexie mentale ne semble pas être une espèce naturelle au sens strict du terme établi par Nick Haslam, mais remplit les critères de l'espèce floue. Peut-elle être une espèce naturelle selon la définition qu'en fait Richard Boyd? Est-ce que l'anorexie mentale représente un groupe de propriétés homéostatiques ? Selon Nick Haslam, la conception des espèces naturelles de Boyd se veut plus libérale que la vue essentialiste du concept d'espèce naturelle, car les causes nécessaires d'un HPC ne sont pas nécessairement biologiques. L'auteur croit aussi qu'il y a moins de conditions nécessaires pour qu'une espèce soit HPC, comparativement à une espèce discrète car, bien que les grappes de propriétés qui le composent ont des mécanismes similaires expliquant la génération de la maladie, ces mécanismes peuvent être ou ne pas être sous-jacents à la maladie. Donc, selon Haslam, le HPC est une espèce floue. L'anorexie mentale, telle que décrite dans le DSM-5, est une espèce floue. Elle est aussi un ensemble de propriétés homéostatiques, dans la mesure où les symptômes décrits dans le DSM-5 ont une forte tendance à apparaître ensemble. Donc, nous pourrions penser que l'*anorexia nervosa* est une espèce naturelle comme l'entend Richard Boyd. Cela dit, il a aussi été établi plus tôt qu'un trouble mental correspondant à l'HPC doit être défini par un ensemble de propriétés dont l'adhésion est déterminée par leur structure causale dans le monde et que, selon Boyd, nos conventions et théories n'ont aucune incidence sur l'existence de ce trouble. Donc, est-ce que l'anorexie mentale est un HPC ?

Prenons le premier point nécessaire à l'HPC : la structure causale. Pour l'instant, les recherches sur l'anorexie mentale ne démontrent aucune structure causale dans le monde qui puisse expliquer l'émergence de ce trouble mental. Selon Simona Giordano, les classifications faites par le DSM sont souvent des classifications descriptives des symptômes que la maladie mentale cause et non des descriptions des causes. Le diagnostic a une valeur prescriptive et non explicative, et c'est le cas de l'anorexie mentale. Elle démontre l'impossibilité de conclure de façon directe que l'anorexie est causée par une dysfonction physique, mais la personne essaie de réduire sa souffrance par la maladie mentale.⁴⁶ Les études sur les causes génétiques de l'anorexie mentale se contredisent. Certains chercheurs affirment qu'il existe une forte corrélation entre la

⁴⁶ Giordano, Simona. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Issue in Biomedical Ethics. Oxford: Clarendon Press, 2007, p.89.

famille et la prévalence de l'anorexie mentale, alors que d'autres affirment que cela ne pourrait indiquer qu'un même environnement.⁴⁷ La proportion de la génétique au sein des facteurs n'est pas définie. Il y a tellement de causes et d'influences possibles qu'il devient inenvisageable d'établir des relations causales. Outre la génétique et l'environnement, l'articulation individuelle des comportements est un autre facteur dans l'occurrence du trouble. Somme toute, est-ce suffisant pour ne pas considérer l'anorexie comme une espèce naturelle? Dans la définition du HPC de Richard Boyd, il n'est pas nécessaire que les causes du trouble mental soient connues. Il est nécessaire d'avoir un ensemble de propriétés homéostatiques qui se produisent ensemble de manière récurrente. Ce qui sous-tend une signature causale. Bien que l'étiologie exacte de l'anorexie mentale ne soit pas connue, il semble que le trouble remplisse cette définition.

Prenons le deuxième point nécessaire à l'HPC : que nos conventions et nos théories n'aient aucune incidence sur le trouble. Nick Haslam soutient que le problème réel avec l'espèce naturelle est la perception sociale de cette espèce : la population essentialise le trouble mental. Ce qui divise, stigmatise et représente les « malades » comme anormaux et affligés.⁴⁸ Pourquoi faut-il distinguer le type d'espèce de l'anorexie et celui des troubles mentaux? L'essentialisme apporte de la stigmatisation des maladies mentales et crée un effet de boucle. La définition de l'anorexie est sensible à la manière dont elle est catégorisée. Nous verrons en détail, dans les prochaines pages, comment l'effet de boucle s'opère, mais d'abord, il sera question de la stigmatisation encourue par le concept d'espèce naturelle.

1.5 La stigmatisation des espèces naturelles

Dominic Murphy argumente que la perception commune des espèces psychiatriques soit catégorisée en psychopathologies découpées par une signature causale distinctive, connues ou non et qui produisent des effets similaires sur différentes personnes. Ainsi, la psychologie populaire et la psychiatrie considèrent les troubles mentaux comme des espèces naturelles, telles que décrites par Richard Boyd. Selon Murphy, les classifications des maladies et troubles mentaux, dans les manuels diagnostiques, devraient plutôt être considérées comme des

⁴⁷ *Ibid.* 74.

⁴⁸ Haslam, Nick. *Natural kinds in psychiatry: Conceptually implausible, empirically questionable, and stigmatizing* dans « *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds* », édité par Kincaid, Harold, and Jacqueline A. Sullivan. *Philosophical Psychopathology*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2014, p.23-25.

idéalisations, des exemples ou des idéaux types puisque, en réalité, ces désordres ne se produisent jamais tels quels. Les catégories sont le regroupement de symptômes observés qui tendent à se manifester ensemble et à évoluer d'une certaine manière, de sorte que la catégorisation nous permette de prédire certains comportements chez les individus par l'attribution de catégories. Armé d'un exemple, nous construisons un modèle pour informer notre compréhension de la condition individuelle. En ce sens, les explications sont indirectes.⁴⁹ Nous présupposons alors, comme il y a récurrence de ces symptômes ensemble chez différents individus, qu'il y a un même lien causal à ces déploiements de symptômes. Cela dit, il arrive que nous ne soyons pas capables d'identifier les liens causaux qui unissent des ensembles de symptômes. Il est d'autant plus difficile de le faire, puisque les symptômes n'apparaissent pas uniformément chez les différents individus. Certains ne les auront pas tous. D'autres personnes sont atteintes de plus d'un désordre à la fois, ce qui interfère avec le diagnostic.

Si un individu remplit suffisamment de critères diagnostiques d'une maladie et qu'il soit ainsi considéré comme atteint de cette même maladie, nous assumons que les mêmes processus sous-jacents opèrent chez cet individu que chez les autres atteints de la même maladie.

One way to express this idea is to argue that a mental disorder is a natural kind. Because we assume that membership in a natural kind depends on a common basis that holds the kind together, we have a ready solution to the problem of why patients who meet the diagnosis share a set of symptoms, viz. that they are all undergoing the same processes and the symptoms are effects of those processes.⁵⁰

Pour résumer la citation, lorsque nous appliquons l'étiquette d'un certain trouble mental à un individu, nous supputons des comportements à ce dernier.

Selon Kendler et ses collaborateurs, dans le DSM, les maladies et troubles mentaux ne sont pas des espèces naturelles, mais plutôt des espèces pratiques, telles que décrites par Nick Haslam. La classification du DSM vise à regrouper les patients à des fins pratiques de diagnostiques. Elle sert à prédire les futurs agissements, les risques génétiques ou à choisir un traitement. D'ailleurs, nous avons vu au début de ce présent chapitre que le DSM sert une approche psychopathologique dite athéorique, au sens où il n'y a pas de signature causale démontrée. La classification est faite par agrégat de symptômes observés ensemble à plusieurs

⁵⁰ Murphy, Dominic. *Natural Kinds in Folk Psychology and in Psychiatry* dans « Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds », édité par Kincaid, Harold, and Jacqueline A. Sullivan. *Philosophical Psychopathology*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2014, p.106.

reprises. Cette définition ressemble à celle proposée par Boyd, le HPC, soit un ensemble de propriétés homéostatique. D'autant plus qu'avec cette définition, le nombre de symptômes présents chez des individus atteints d'un même trouble peut varier de l'un à l'autre. Sabbarton-Leary (2010), Kendler (2010) et Samuels (2009) défendent l'idée que le HPC de Boyd est la définition de l'espèce naturelle qui est la plus représentative des troubles mentaux. Cette espèce est tout de même une espèce naturelle et découle de l'idée qu'une signature causale est sous-jacente à toutes les occurrences d'un même trouble. Selon Kendler, la définition de Boyd est la bonne définition pour représenter les troubles mentaux et en ce sens seulement, l'on peut considérer que les définitions de manuel sont des espèces naturelles.

Dominic Murphy défend l'idée que l'espèce naturelle, telle que définie par Boyd, présente des attraits considérables pour les troubles en psychopathologie. D'abord parce que cette définition est libérale et laisse de la place pour un large éventail de mécanismes causaux complexes. Nous savons également que les troubles mentaux sont influencés par différentes sphères. Deuxièmement, parce que la définition proposée par Boyd reconnaît que chaque cas particulier peut varier de l'idéal type. La théorie de Richard Boyd semble adéquate pour les troubles mentaux, puisqu'elle ne s'arrête pas aux variations entre toutes les manifestations d'une même espèce. Cette théorie considère plutôt que ces différentes manifestations partagent un ensemble de mécanismes causaux complexe. Effectivement, les troubles mentaux sont affectés par différentes variables, que ce soit de la biologie à l'environnement immédiat de l'agent à l'environnement socioculturel:

Mental disorders seem to casually depend on diverse phenomena and to differ in their manifestation across patients (and within patients over times) and across cultures. Both of these properties are consistent with features of the homeostatic-property-cluster account. Thus, that account that has obvious merit as the metaphysical basis for a theory of psychiatric classification.⁵¹

Ainsi, Murphy défend d'abord la théorie de Boyd en établissant les points forts métaphysiques et épistémologiques d'une telle théorie. Les maladies mentales diffèrent dans leurs manifestations chez les divers patients et les diverses cultures, mais ces deux propriétés sont compatibles avec les éléments de l'HPC. Cela dit, il justifie également l'idée que cette théorie ne s'applique pas à tous les troubles mentaux.

⁵¹ Murphy, Dominic. *Natural Kinds in Folk Psychology and in Psychiatry* dans « Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds », édité par Kincaid, Harold, and Jacqueline A. Sullivan. *Philosophical Psychopathology*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2014, p.110.

Selon l'auteur, l'espèce naturelle telle que Boyd l'entend, est un « artéfact de la psychologie populaire » et, pour expliciter son point, il prend l'exemple du délire.⁵² Murphy affirme que le trouble délirant n'est pas une espèce naturelle au sens strict du terme, ni au sens de l'ensemble de propriétés homéostatiques, et même si le trouble délirant remplit les conditions du HPC, nous ne devrions pas le considérer comme tel. Son argument est que l'idée de la catégorisation en psychologie est influencée par l'idée générale et partagée des individus sur ce qui est normal et ce qui est déviant. Boyer (2010) affirme que notre détection intuitive de la maladie mentale implique le jugement qu'un comportement est tellement différent de ce que la culture exprime qu'il est évident que le système de la personne qui adopte un tel comportement est nécessairement dysfonctionnel. Parce qu'un comportement est jugé comme hors norme, alors les individus chercheront une explication, souvent sous un modèle causal déjà existant.

Nous retrouvons deux composantes dans cette description de Murphy : des attentes intuitives du comportement normal et des modèles sous-jacents. Ainsi, Murphy croit qu'il faut distinguer une pathologie comme une dysfonction sous-jacente universelle d'une maladie en tant qu'expression de la culture d'une telle dysfonction. Pour exemplifier les implications normatives mentionnées induites par l'HPC, Murphy utilise l'exemple du trouble délirant. La définition du trouble délirant dans le Manuel statistique et diagnostique des désordres mentaux est la suivante:

False belief based on incorrect inference about external reality that is firmly sustained despite what almost everyone else believes and despite what constitute incontrovertible or obvious proof to the contrary. The belief is not ordinarily accepted by other members of a person's culture or subculture (article of religious faith).⁵³

Donc, deux choses sont exigées pour qu'une croyance soit en fait un trouble délirant: la croyance doit être fausse et basée sur une mauvaise inférence à propos de la réalité ordinaire. Dominic Murphy entend la réalité ordinaire en tant que la réalité admise par l'ensemble de la population culturellement appropriée. Cela dit, il est courant que de fausses et incorrectes croyances inférées ne soient pas considérées comme délirantes, car elles sont acceptées par la société. Pourquoi?

La formation de nos attentes, par rapport aux comportements humains, inclut des attentes par rapport au genre de croyances susceptibles d'être acquises au cours du développement de l'être humain. Une meilleure façon de comprendre les troubles délirants est de le penser plus largement à propos du raisonnement. C'est étrange de supposer que, parce que la croyance

⁵² *Ibid.*110.

⁵³ *Ibid.*113.

n'entre pas dans les croyances populaires, les mécanismes de raisonnements soient déviants. La définition du trouble délirant se veut donc normative car elle se base sur l'épistémologie populaire qui définit ce qui est normal et ce qui est déviant. Nous expliquons plusieurs croyances en termes généraux par rapport aux tendances qu'ont les gens à croire ce qui leur convient. Murphy utilise également l'exemple de Nozick d'une mère qui s'entête à croire que son enfant est coupable d'un crime haineux malgré des évidences flagrantes de la culpabilité de son fils. Tout le monde peut comprendre que cette mère n'est pas déviante, ni même irrationnelle, car le coût d'accepter la culpabilité de son fils serait trop grand pour elle. Voilà ce qu'entend Dominic Murphy lorsqu'il affirme que nous justifions plusieurs fausses croyances et que nous les estimions alors comme « normales. » Par exemple, nous considérons les rituels religieux comme normaux et faisant partie de la culture et de l'humanité, et même en tant qu'agnostique, il est facile de comprendre comment un autre individu en est venu à se forger une croyance, qui n'est pas basée sur des faits empiriques, mais sur un acte de foi.

La définition psychiatrique du trouble délirant prend la croyance, aboutissement du raisonnement, comme concept primaire. Pourtant, ce qui est conceptuellement primaire avec le délire est le processus par lequel il est construit. Dans le délire, la corruption des croyances se fait dans les mécanismes d'acquisition des croyances. Selon Murphy, l'épistémologie populaire contient trois groupes de formation de croyances. D'abord, il y a la famille de l'expérience personnelle et de la mémoire. Les individus pensent que, dans leur vie, les autres agissent de la même manière qu'ils l'ont toujours fait auparavant. Deuxièmement, il y a la famille des besoins psychologiques formatés par la classe et les intérêts personnels dont est issu l'agent. La mère hypothétique décrite par Nozick en est un exemple. Elle refuse de croire que son fils est coupable dans le but de se préserver elle-même. La troisième famille de formation de croyance est la culture dont est issu l'agent. Ce pour quoi certains troubles mentaux prennent forme dans des cultures particulières. Les psychiatres et les psychologues doivent trouver ce que sont les bons mécanismes pour la formation de croyances, méthodologiquement, afin de déterminer ce qui fait réellement partie d'un trouble délirant ou non. Présentement, les troubles délirants s'attribuent en fonction d'une psychologie populaire, à savoir ce que l'épistémologie intuitive comprend comme la formation de croyance normale ou déviante. Des évidences empiriques des sciences cognitives supportent le fait que la cognition humaine est complexe.

Cela offre de la perspective sur la manière dont l'agent interagit avec le monde social, comment les concepts personnels sont développés, quels facteurs motivent le comportement, comment l'individu expérimente la maladie mentale et comment la maladie mentale forme le comportement et l'entendement de soi. Le « soi » est multiple. Il est dynamique, complexe, relationnel et aspectuel. Il est composé des processus, des états et des traits qui supportent le degré d'agentivité sujet aux psychopathologies. Le concept de soi d'un sujet est informé par la pathologie à laquelle il est diagnostiqué dans le sens qu'il y a un changement dans le soi écologique, intersubjectif, prolongé et privé, par la classification et par la trame narrative que se fait l'agent.⁵⁴ Les notions de normalités et de déviations présentent dans la psychologie populaire ne sont pas les seules considérations à prendre. La formation des croyances et de l'identité est multiple.

L'espèce naturelle stigmatise l'individu en ce que la psychologie populaire définit la normalité et la déviance. Nous verrons que l'espèce naturelle, non seulement stigmatise l'individu, mais cette stigmatisation a une incidence sur la définition du trouble mental, ainsi que sur la définition que se fait l'individu de lui-même. Ian Hacking soutient que les troubles psychiatriques nécessitent une catégorisation d'espèce différente en ce que nous classifions des êtres humains. Dominic Murphy met en lumière comment la psychologie populaire définit la normalité et la déviance, et stigmatise les individus diagnostiqués avec un trouble mental. Si un individu est diagnostiqué avec un trouble mental, cela veut dire qu'on le considérera déviant aux yeux de la société. Mais qu'est-ce que cela veut dire pour l'individu ? Nous verrons, à l'aide des théories de Ian Hacking, comment s'articulent ces définitions au sein même des individus.

1.6 L'espèce humaine et l'effet de boucle

Ian Hacking, dans son chapitre « The looping effects of human kind »⁵⁵, définit en quoi le fait que la psychiatrie traitant des humains oblige une classification particulière, car la classification attribuée à l'être humain a des conséquences particulières sur ce dernier. Ce qu'Hacking nomme

⁵⁴ Tekin, Serife. "The Missing Self in Hacking's Looping Effects." In *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds. Philosophical Psychopathology*, 38. Philosophical Psychopathology. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2014, p. 245-246.

⁵⁵ Ian Hacking, « The looping effects of human kind », dans *Causal cognition : a multi-disciplinary debate*, édité by Dan Sperber, David Premack & Ann James Premack, Harvard University, Cambridge, 1995, chapitre 12, pp. 351-383.

le *looping effect*, que nous pourrions traduire par l'effet de boucle. Cet effet ne se produit qu'en attribuant une classification ou une catégorie à un être humain, car l'être humain est le seul être réagissant à ce que nous lui attribuons. C'est pourquoi, selon Hacking, l'espèce qui décrit l'humain est une espèce propre. Nous reviendrons à l'effet de boucle et les conséquences d'un tel effet en maladie mentale et sur les personnes atteintes d'*anorexia nervosa* plus précisément mais, pour le comprendre, il faut d'abord définir ce qu'est l'espèce humaine et ses distinctions avec l'espèce naturelle.

L'espèce humaine sert à décrire les comportements, les actions, le tempérament, qui servent à décrire des catégories de personnes. La classification en psychologie et en psychiatrie traite de catégories de personne, mais se doit, comme toute autre classification, de nous doter de connaissance systémique, générale et précise. Comme l'objet traité est l'humain, ces connaissances doivent permettre de prédire les comportements, les actions et les sentiments des individus. Les lois qui découlent de la classification doivent être assez précises pour nous outiller afin de modifier les actions, comportements et sentiments des individus, dans la mesure du possible. Tout comme les espèces naturelles, les espèces humaines, telles que les maladies mentales, cherchent à définir la causalité efficiente. Les espèces humaines sont donc instrumentales. Nous les utilisons à des fins de prédictions. Il ne s'agit donc pas de compréhension ni de construction sociale. En épistémologie, nous pourrions les définir comme *law-like*. Elles n'adhèrent pas, au contraire des espèces naturelles, à une épistémologie réaliste, c'est-à-dire que le concept d'espèce humaine ne tient pas les objets de la connaissance comme extérieur au sujet et indépendant de lui.⁵⁶ Aussi, les espèces humaines sont des espèces particulières aux humains, car elle existe dans un paramètre social. La notion de paramètre social est primordiale, car les espèces humaines sont définies par la normalité et la déviance. Les espèces humaines requièrent une organisation spécifique pour leur existence. Ian Hacking donne l'exemple du concept d'abus d'enfant. La classification actuelle d'abus d'enfant, comprenant l'inceste et l'abus sexuel, est apparue dans les années 1960.⁵⁷ L'abus d'enfant est devenu un concept clé pour les troubles de la personnalité multiple. On considère ce trouble dissociatif de l'identité comme la conséquence de trauma répété durant l'enfance. Il a donc fallu les concepts

⁵⁶ *Ibid.* 363.

⁵⁷ *Ibid.* 357.

d'abus d'enfant, d'abus sexuel et de traumatisme comme bris de psyché, avant de délimiter le concept de personnalité multiple.

Quelle est la distinction majeure entre espèce naturelle et espèce humaine ? Les espèces humaines sont chargées de valeur. Par exemple, le concept d'électron polarisé ne porte pas de charge évaluative. Il est neutre. Selon l'utilisation que l'on en fait, les électrons polarisés peuvent être bons ou mauvais, mais ils sont toujours neutres du point de vue évaluatif. Tandis que l'abus d'enfant est, dans notre société actuelle, moralement inadmissible. Les espèces humaines porte une évaluation morale intrinsèque. Donc, lorsque nous classifions une personne par une espèce humaine, nous lui attribuons une valeur morale, ce qui atteint la personne classifiée, ou son entourage. Les espèces humaines affectent le champ des actions intentionnelles possibles. En tant qu'humains, nous nous définissons par une trame narrative personnelle, qui se voit modifiée par une nouvelle notion à propos de nous. Cela change la perception de soi, l'estime de soi et même notre trame narrative passée.⁵⁸

Selon la théorie de Ulric Neisser's (1988), il y a cinq aspects au « soi » : le « soi » écologique, qui perçoit et qui est situé dans le monde physique ; le « soi » interpersonnel, qui se développe dans l'intersubjectivité et dans le monde social ; le « soi » prolongé, qui vit dans la mémoire et dans l'anticipation ; le « soi » privé, qui n'est pas accessible pour les autres et le « soi » conceptuel, qui est la représentation de soi-même et qui se définit dans un contexte social et culturel. Neisser s'appuie sur des faits empiriques pour la construction de ces « soi ». Le concept de « soi » d'un sujet est informé par la pathologie à laquelle il est diagnostiqué dans le sens où il y a un changement dans le soi écologique, intersubjectif, prolongé et privé, par la classification et par la trame narrative que se fait l'agent. Il en va de même pour les catégorisations que l'on attribue à un individu : maigre, gros, en santé, en forme, etc.⁵⁹

Ainsi, lorsque la perception d'un individu change par rapport à soi-même ou par rapport à un autre individu, il réagit à ce nouvel ordre. La réaction peut être variable. Elle peut être une appropriation de la nouvelle connaissance, elle peut être un refus global de la catégorie ou ce qui se trouve entre ses deux « extrêmes ». Une prise de connaissance s'effectue et, suite à celle-ci, il y a une perception morale d'attribuée à l'individu engendrant une réaction à cette nouvelle

⁵⁸ *Ibid.* 368.

⁵⁹ Tekin, Serife. "The Missing Self in Hacking's Looping Effects." In *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds. Philosophical Psychopathology*, 38. Philosophical Psychopathology. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2014, p. 246.

information sur l'individu. Comme l'espèce humaine change, il faut ajouter ces nouvelles connaissances à l'espèce, réviser les classifications, les classifiés changent et l'effet de boucle se produit. Une personne humaine est consciente de la catégorisation qu'on lui attribue et ajuste ses comportements en conséquence. Son expérience d'elle-même s'en voit modifiée. L'ajustement se fait de manière consciente ou inconsciente.

Un exemple actuel flagrant est celui du genre. Il ne va pas sans dire que plusieurs études démontrent que le genre se perpétue de manière consciente ou inconsciente et que les acteurs du paramètre social perpétuent des comportements conscients ou inconscients selon le genre des individus. La majorité des individus adoptent les comportements stéréotypes de leur classification.

Un exemple des modifications qu'opère un individu lorsque celui-ci est confronté à sa propre catégorie est exemplifié dans l'essai d'Iris Marion Young, *Throwing Like a Girl: A Phenomenology of Feminine Body Comportment, Motility, and Spatiality*,⁶⁰ qui présente une phénoménologie du corps féminin. I.M Young commence son essai en citant les conclusions auxquelles parvient Erwin Straus, dans son texte *The Upright Posture*⁶¹. Dans ce texte, Straus, un neurologue, anthropologue et phénoménologue, qui a notamment développé une approche phénoménologique et holistique des psychopathologies, étudie les implications phénoménologiques pour le genre humain de se tenir en position debout et droite. Straus cite une étude comportant une série de photographies dans lesquelles de jeunes filles et de jeunes garçons lancent une balle. Le neuropsychologue fait remarquer la grande différence entre les mouvements des jeunes filles et les mouvements des jeunes garçons. Il explique cette différence par une « attitude féminine » ou une « attitude masculine », qu'il attribue à des facteurs biologiques. Selon lui, l'expérience a été faite sur des sujets trop jeunes pour que ces « attitudes » soient acquises. Selon Erwin Straus, ces attitudes s'étendent à d'autres sphères des comportements corporels. En somme, il essentialise les genres en leur attribuant des aptitudes corporelles intrinsèques. Selon l'auteur de *Throwing like a girl*, les modalités des comportements corporels féminins n'ont pas leur origine au sein de l'anatomie féminine ou d'une mystérieuse essence féminine, comme le soutient Erwin Straus. Ces modalités tirent leur source dans la situation

⁶⁰ Young, Iris Marion. *On Female Body Experience: "Throwing like a Girl" and Other Essays*. Studies in Feminist Philosophy. New York: Oxford University Press, 2005, p.27-45.

⁶¹ Straus, Erwin W. *Phenomenological Psychology*. Phenomenology, Background, Foreground & Influences 15. New York: Garland Pub, 1980, p.137-65.

particulière de femmes conditionnées par l’oppression sexiste dans nos sociétés contemporaines. Le mode de vécu du corps est un mode négatif, limité. Plus une fille assume son statut féminin, plus elle s’auto-réfléchit comme fragile et immobile. Elle érige activement sa propre inhibition.

Les exemples de reproduction de comportements genrés sont nombreux. Dans le cas de la maladie mentale, l’effet de boucle se traduit par les propriétés caractéristiques de l’individu et les propriétés caractéristiques de la maladie qui se modifie, nécessitant ainsi une révision du système de classification. En entretiens avec des personnes souffrantes d’anorexie, la sociologue Muriel Darmon a pu saisir comment l’effet de boucle se décline chez elles. Par exemple, elle remarque l’intériorisation de ces termes médicaux. Le discours médical est utilisé par les patientes elles-mêmes, sans qu’elle ait à ressortir les thèmes abordés généralement en séance, incluant l’analyse comportementale et génétique.⁶² Les interviewées utilisent également beaucoup de comparaison avec les effets de l’usage de drogues ou d’une dépendance. Ces termes peuvent avoir été fournis par le domaine médical, au sein duquel plusieurs théories utilisant ces termes se développent.⁶³ Elles font également référence aux notions de « contrôle » et « maîtrise de soi », des termes conformément médicaux.⁶⁴ Nous reviendrons sur les notions de contrôle de soi au second chapitre. Les personnes interviewées utilisent aussi, selon Muriel Darmon, des termes qui présupposent une réalité commune à toutes les « anorexiques », comme si les personnes souffrantes d’anorexie reproduisaient toutes les mêmes comportements.⁶⁵ C’est pour ces raisons que Muriel Darmon, comme J. Hepworth, se refuse d’utiliser le terme « les anorexiques » durant ses recherches. Elle croit que cela essentialise les personnes souffrantes d’anorexie comme une classe de personnes. Muriel Darmon se dit consciente du fait que le diagnostic a une incidence dans la construction de celui-ci et que l’utilisation du terme « anorexique » reproduit « la domination psychiatrique et l’hégémonie médicale. »⁶⁶ L’étiquette d’anorexique a des effets directs sur la personne étiquetée « d’anorexique ». D’abord, son entourage commence à surveiller ses actions. La personne souffrante d’anorexie cherche alors de nouvelles pratiques déviantes. Cela affecte l’identité des personnes anorexiques en ce que la classification est internalisée par la personne elle-même, mais aussi par l’entourage. Cela peut renforcer l’internalisation des caractéristiques du trouble par la personne qui souffre d’anorexie. L’étiquetage déviant devient

⁶² Darmon, Muriel. “Devenir anorexique: une approche sociologique.” la Découverte, 2007, p.102.

⁶³ *Ibid.* 167.

⁶⁴ *Ibid.* 209.

⁶⁵ *Ibid.* 57.

⁶⁶ *Ibid.* 161.

l'essence de la personne. En centre hospitalier, l'individu souffrant d'anorexie se retrouve avec d'autres personnes portant la même étiquette. Le centre hospitalier devient un centre de formation où les personnes peuvent renforcer mutuellement l'identité « anorexique ». Selon Muriel Darmon, les groupes hospitaliers permettent un partage des connaissances entre les personnes souffrantes d'anorexie et suite à l'apprentissage de nouvelles techniques, elles peuvent maintenir l'engagement dans la carrière « anorexique ».⁶⁷

De plus, la mise en groupe des personnes étiquetées comme « déviantes », il y a un renforcement de l'opposition entre les personnes « normales » et les personnes « déviantes ». Être en centre hospitalier consolide la stigmatisation que subissent les anorexiques. Nous retrouvons la notion d'un paramètre social dont parle Ian Hacking, primordiale dans l'espèce humaine, car elle définit la normalité et la déviance. Pour comprendre la place de cette notion au sein de l'anorexie, Muriel Darmon utilise un cadre heuristique interactionniste de carrière qui emploie des concepts d'analyse tels que la déviance, le stigmate ou l'étiquette.⁶⁸ Le cadre heuristique de la carrière permet d'appliquer un cadre de « normalité » aux personnes considérées déviantes. Cela permet de comprendre le cheminement d'un tel individu. L'articulation de ces concepts permet de concevoir la dialectique entre l'activité anorexique de l'agente et l'imposition normative de l'environnement sociétair. Selon la sociologue, l'anorexie débute par un engagement de la part de l'agent. Ses recherches attestent que la carrière anorexique commence toujours par un régime. Parfois, cela est doublé d'une autre raison, mais le régime reste présent.⁶⁹ Ainsi, la carrière de l'anorexie ne commence pas par l'infraction à une norme, mais bien par la soumission à une norme de minceur. Un dicta de la société par rapport au poids ou même à la santé. Les premières actions des anorexiques sont donc normales avant d'être déviantes. Ces actions sont même encouragées, non pas seulement par le groupe déviant, mais par le groupe normal et par les « entrepreneurs » de la morale. La normalité et la déviance ne dépendent que d'une norme apparue à un moment donné, dans un contexte donné. Alors, il devient primordial de se demander à quel moment les comportements de l'individu deviennent déviants, puisque l'anorexie s'implante dans la conformité. L'anorexie est considérée comme une déviance lorsque l'engagement dans l'application des normes se maintient sur le long terme et lorsque le régime devient carrière. Tous ces exemples des recherches faites par la sociologue démontrent comment

⁶⁷ *Ibid.* 225.

⁶⁸ *Ibid.* 243.

⁶⁹ *Ibid.* 111.

les notions présentes dans l'espèce humaine de Ian Hacking, comme la normalité, la déviance et l'effet de boucle, s'exemplifient au sein de l'*anorexia nervosa*.

Une autre thèse de Ian Hacking se présente ainsi : puisque la spécificité de l'espèce humaine est chargée d'une valeur morale, une espèce humaine est alors connotée moralement. Ainsi, le potentiel de changements des individus devient plus fort.⁷⁰ J'argumenterai ici que l'*anorexia nervosa* est alors très susceptible à l'effet de boucle car l'anorexie se veut morale. Bien que l'intention des personnes atteintes de ce trouble ne soit pas explicitement morale, le but recherché, celui de maigrir, en est un connoté comme « bon moralement » dans la société actuelle. Plusieurs études démontrent que la minceur est associée, même historiquement, aux capacités intellectuelles. Il a également été démontré que, proportionnellement, les femmes en positions de haut niveau dans l'échelle d'emploi, des positions considérées comme plus « masculines », ont des silhouettes plus androgynes et sveltes. Ainsi, la poursuite d'une carrière de haut niveau semble aller de pair avec la poursuite de la minceur.⁷¹ De croire que l'anorexie est une poursuite de la minceur est en fait très simpliste. Au sein de la société occidentale, la minceur représente symboliquement plus que sa simple définition.

D'après Simona Giordano, la minceur représente physiquement nos valeurs et croyances partagées. La maigreur est admirable, non pas intrinsèquement, mais parce qu'elle représente un caractère moral jugé bon d'un point de vue socioculturel. Elle symbolise le contrôle de soi et de son corps et de sa puissance sur l'esprit. Il n'est pas anodin que l'anorexie soit majoritairement un trouble présent chez les femmes. Historiquement, la femme fut perçue comme étant moins rationnelle et plus émotive que l'homme. L'anorexie est l'exemple, poussé à l'extrême, d'une réponse à ces préjugés. La minceur n'est pas qu'un but, mais aussi un moyen de satisfaire ses propres exigences morales ou spirituelles. Pensez à tous les jeunes conçus pour des motifs religieux, par exemple, où l'esprit doit se débarrasser des sensations physiques pour « s'élever ». Les besoins physiques sont perçus comme encombrants. La dichotomie entre le corps et l'esprit, comme deux entités ontologiquement différentes, s'enracine dans notre culture, et ce, de toutes les époques, en passant par le platonisme, le catholicisme, le protestantisme, le puritanisme, le

⁷⁰ Ian Hacking, « The looping effects of human kind », dans *Causal cognition : a multi-disciplinary debate*, édité by Dan Sperber, David Premack & Ann James Premack, Harvard University, Cambridge, 1995, chapitre 12, pp. 370.

⁷¹ Giordano, Simona. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Issue in Biomedical Ethics. Oxford: Clarendon Press, 2007, p.104.

calvinisme, etc.⁷² S'ensuivent des effets physiologiques positifs, de plaisirs à la sous-alimentation, que l'on pourrait percevoir comme moraux, reliés à la spiritualité et à la transcendance du corps.

La théorie féministe de Susan Bordo éclaire comment l'oppression des femmes s'est cristallisée dans le corps et comment ce corps perçu est devenu le champ de bataille de cette oppression. Dans *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*,⁷³ Susan Bordo présente les troubles alimentaires comme le reflet de la culture occidentale dans laquelle le corps est présenté comme un objet malléable au gré de notre volonté et de notre raison. Il est le champ de bataille entre la consommation de masse et le contrôle bien vu. Susan Bordo décrit trois axes majeurs qui permettent de comprendre l'émergence d'une telle psychopathologie : l'axe dualiste, l'axe de contrôle et l'axe de genre.

L'axe dualiste fait référence à l'héritage dualistique philosophique compris par Platon, Augustin et Descartes, et qui sépare le corps matériel de la conscience. Le dualisme décrit le corps comme source de désir qu'il faut supprimer par le pouvoir de la conscience. Susan Bordo ressort trois caractéristiques dépeintes dans les écrits philosophiques classiques. Premièrement, le corps est compris comme extérieur à soi et comparable à une machine qu'il faut faire fonctionner et entretenir : « First, the body is experienced as alien, as the not-self, the not-me. It is “fastened and glued” to me, “nailed” and “riveted” to me as Plato described in it *Phaedo*. »⁷⁴ Deuxièmement, le corps est une limitation: « “a prison”, a “swamp”, a “cage”, a “fog” – all images that occur in Plato, Descartes, and Augustine – from which the soul, will, or mind struggles to escape. »⁷⁵ Troisièmement, le corps est un ennemi : « “A source of countless distractions by reason of the mere requirement of food”, says Plato[.] »⁷⁶ Globalement, les besoins du corps sont représentés comme une entrave au contrôle de soi. Ce dualisme est source de combat entre le corps et l'esprit. Chez l'anorexique, la minceur représente le triomphe de la volonté et du contrôle de soi sur le corps pour un idéal de beauté et de désir de puissance. Ce n'est pas la première fois, dans l'histoire, que des individus cessent de manger pour « transcender » leur corps. Auparavant, les ascètes tentaient de supprimer leur désir corporel pour

⁷² *Ibid.* 116.

⁷³ Bordo, Susan. 2004. *Unbearable Weight. Feminism. Western Culture and the Body*. University of California Press. Etats-Unis, 361p.

⁷⁴ *Ibid.* 144.

⁷⁵ *Ibid.* 144.

⁷⁶ *Ibid.* 145.

un idéal de pureté religieuse. Je ne m'attarderai pas ici sur ces comparatifs entre religion et anorexie, car plusieurs études existent sur la question. Je ne crois pas non plus que la piété et l'anorexie mentale soit la même chose, mais je voulais, par cet exemple, souligner que de ne pas se nourrir suffisamment en quête d'un idéal est déjà présent dans notre société.

Le deuxième axe dépeint par Susan Bordo et justement l'axe de contrôle, qui découle de l'axe préalable, car ce dualisme a pris maintes formes dans nos sociétés contemporaines.⁷⁷ De plusieurs manières à l'antipode du christianisme, les sociétés occidentales semblent obsédées par le contrôle du corps, que ce soit par les régimes, les performances sportives, l'hygiène (blanchiment dentaire, contrôle d'odeur, épilation), la chirurgie esthétique, etc. La jeune anorexique expérimente sa faim comme étant hors de contrôle. D'ailleurs, plusieurs études démontrent que l'anorexique a un plus grand contrôle de soi que la population n'étant pas atteinte de ce désordre alimentaire. Ce qui suggère un désordre du système de récompense chez l'anorexique. Une étude menée en 2012 illustre que cette caractéristique ne s'en tient pas qu'à la nourriture.⁷⁸ L'étude comporte deux groupes, un étant composé d'anorexiques en sous-poids, l'autre étant composé de personnes aux habitudes alimentaires saines et au poids normal. L'étude consistait en une série de choix entre différentes récompenses monétaires. Plus la récompense devait être reçue tôt dans l'échelle temporelle, moins elle avait de valeur. Le groupe composé de personnes anorexiques avait tendance à retarder significativement la réception d'une récompense monétaire, afin d'augmenter sa valeur. Effectivement, le trouble d'anorexie est dépeint comme une « dépendance » au contrôle. Des études cliniques démontrent que les personnes atteintes d'anorexie sont généralement des personnes perfectionnistes s'imposent des critères très élevés et ont peur de commettre des erreurs.⁷⁹ Nous reviendrons sur la question du contrôle de soi, plus en détail dans le deuxième chapitre, car il s'agit effectivement d'une caractéristique importante chez les personnes atteintes d'anorexie.

Le troisième axe décrit par Bordo est celui de genre. 90% des personnes atteintes par l'anorexie sont des femmes.⁸⁰ Quel est le rôle de cette association du genre avec une telle

⁷⁷ *Ibid.* 148-149.

⁷⁸ Steinglass, Joanna E., Bernd Figner, Staci Berkowitz, H. Blair Simpson, Elke U. Weber, and B. Timothy Walsh. "Increased Capacity to Delay Reward in Anorexia Nervosa." *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS* 18, no. 4 (July 2012): 773–80. doi:10.1017/S1355617712000446.

⁷⁹ A. Halmi, Katherine & Coll. 2000. "Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior." *Am J Psychiatry*. 157:11, 1799-1805.

⁸⁰ Bordo, Susan. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. 10. anniversary ed., [Nachdr.]. Berkeley, Calif.: Univ. of California Press, 2013, p.154.

pathologie? En premier lieu, on retrouve un dédain de la pression que subissent les femmes quant au rôle féminin et à ses limitations sociales. En deuxième lieu, on retrouve une peur profonde de l'essentialisation de la « femme » et de son archétype comme objet désirable. Susan Bordo rapporte plusieurs caractéristiques des personnes anorexiques qui font écho à ses affirmations, comme le fait que l'anorexie se développe à la puberté, quand le corps se forme, ou lorsque les parents refusent aux adolescentes un emploi considéré comme plus masculin.⁸¹

Par ces trois axes, Susan Bordo démontre bien comment l'anorexie mentale est la soumission à une norme et que cette norme est chargée de valeur morale. L'individu atteint d'anorexie mentale a un rôle dans l'articulation des facteurs externes. Selon Simona Giordano, la personne a toujours le choix, mais la réponse de l'agent à la pression que la famille et la société exercent sur lui dépend largement de la façon dont il perçoit le milieu environnant et de la façon dont il se perçoit lui-même dans ce milieu.⁸² Le milieu environnant a définitivement un rôle à jouer sur l'individu, mais aussi dans la conceptualisation de l'anorexie.

Dans ce chapitre, nous avons discuté des approches cliniques et de l'incidence de la conceptualisation des troubles mentaux au sein de la thérapie. Le concept d'espèce a une importance majeure dans la guérison des maladies et des troubles mentaux, ce pourquoi nous avons exploré le concept d'espèce, particulièrement le concept d'espèce naturelle. Ce dernier se retrouve dans la psychologie populaire et provoque une stigmatisation de l'individu. Ian Hacking soutient que les troubles mentaux sont plutôt des espèces humaines car ils catégorisent des êtres humains et nécessite des considérations particulières. Comme les êtres humains réagissent aux catégories qu'on leur applique, surtout si elles portent une charge évaluative morale, il se crée un effet de boucle entre les gens catégorisés et les catégories. Dans le prochain chapitre, nous explorerons les approches psychiatriques et l'espèce humaine appliqués à l'anorexie. En me basant sur les recherches d'Ian Hacking, je continuerai sur l'idée que le milieu environnant a définitivement un rôle à jouer dans la conceptualisation des troubles mentaux en général.

⁸¹ *Ibid.* 157.

⁸² Giordano, Simona. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Issue in Biomedical Ethics. Oxford: Clarendon Press, 2007, p.172.

Chapitre 2 : Anorexie et questionnements ontologiques

Dans le premier chapitre, nous avons étudié les questionnements épistémologiques entourant les troubles alimentaires. D'abord, il a été question des approches possibles en psychopathologie. Le but principal des approches cliniques est le bien-être des patientes. Elles découlent de la conceptualisation que l'on fait du trouble mental, ainsi que la définition et la catégorisation de *l'anorexia nervosa* a un effet sur la pratique, mais sur la patiente également, puisqu'un effet de boucle se produit. Dans le deuxième chapitre, je me questionnerai sur la nature ontologique de l'anorexie mentale, à savoir ce que sont les propriétés de *l'anorexia nervosa* que nous connaissons aujourd'hui et quelles sont les possibilités de son existence dans l'avenir. En parallèle avec les recherches du philosophe Ian Hacking et en continuité avec le dernier chapitre, je reviendrai sur les approches cliniques en lien avec l'anorexie et donnerai des raisons de penser que l'anorexie mentale est une maladie transitoire car elle est une espèce humaine. Si l'anorexie mentale est un trouble transitoire, alors à quoi peut-il se rapporter? Je crois qu'il est possible de l'inscrire dans des troubles plus généraux. Pour explorer cette possibilité, nous devons faire étalage des comportements des personnes atteintes d'anorexie et des propriétés générales de l'anorexie mentale. Je m'interrogerai alors sur le contrôle de soi des patientes et sur leur autonomie. Ces questions sont nécessaires pour délimiter si l'anorexie est bel et bien un trouble mental d'abord et à quoi, conceptuellement, peut-elle se rapporter. Ces données nous permettront d'établir qu'il est possible de mettre en place les pistes pour une redéfinition du trouble de l'anorexie mentale.

2.1 La niche écologique

Dans son livre *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*, Ian Hacking présente l'histoire d'Albert Dadas, qui souffrait d'une étrange compulsion le poussant à voyager, de manière obsessionnelle, sans être conscient de ses déplacements, sans papier et en ne sachant pas pourquoi. Grâce au suivi fait par le médecin d'Albert Dadas, Ian Hacking tente d'approfondir ce que nous connaissons de cette maladie, dont il y a eu une épidémie de courte durée. Effectivement, sur une période de 23 ans, le trouble apparu dans la littérature médicale avant d'en disparaître complètement. Par l'entremise de ce cas, le philosophe soulève des

questions sur la nature et l'essence des troubles psychiatriques. Le livre est paru en 1998 et, durant son écriture, Hacking croyait que le moment était opportun de soulever la question puisque nous sommes entourés de maladies et de troubles mentaux dont nous n'arrivons pas à établir la nature, à savoir s'ils sont nourris par la culture ou les cliniciens, ou si ces maladies et troubles sont « réels ». Je pense que la question est encore d'actualité. Il règne toujours une confusion à propos de plusieurs maladies et troubles mentaux. Ian Hacking relève plusieurs exemples, dont l'anorexie et la boulimie. Il n'y a pas de doutes que ces troubles alimentaires causent un grand tort à ceux et celles qui en souffrent, ainsi qu'à leur famille. Cela dit, nous l'avons vu plus tôt, la part de causalité biologique est indéterminée. D'autres facteurs, dont nous ne connaissons pas l'incidence exacte, entrent en ligne de compte. Par exemple : l'oppression des femmes, la valeur morale accordée au corps, l'instabilité familiale, l'éloge de la performance, etc. Ian Hacking accepte que nous ayons une conceptualisation très confuse des maladies et troubles mentaux. Comme je l'ai brièvement recensé au début de ce mémoire, plusieurs approches cliniques existent dans le domaine psychopathologique. Ces approches ont des compréhensions très différentes de la nature des troubles mentaux et chaque approche a son lot de points positifs et négatifs, et ce, pour chaque trouble mental distinct. Par exemple, il est plus efficace d'adopter une approche neuropsychologique avec une maladie mentale ayant une source neurologique démontrée. Cela dit, pour un trouble mental dépourvu d'une causalité démontrée, il est plus difficile de définir l'approche thérapeutique à adopter. L'anorexie ne fait pas exception.

Dans son livre *Unbearable Weight*, Susan Bordo fait une critique de certaines approches en psychothérapie.⁸³ Selon elle, les approches développementales conceptualisent les interactions entre la mère et son enfant, sans inclure les notions de culture et d'époque. Cette approche serait anhistorique. De plus, le rôle du père au début des études développementales y était totalement absent. Selon elle, les approches cognitivo-comportementales théorisent le rôle des facteurs socioculturels, mais elles théorisent seulement les éléments répétés de maigreur et de pression sur le corps des femmes. Cette pression ne s'exerce que sur le corps des femmes et à travers les médias ou la pression des pairs. Il manque quelques éléments dans cette analyse. D'abord, il n'y a pas que le corps des femmes qui subit une pression : toute la valeur morale des individus et leur intégrité sont remises en cause. Le sens complexe de la recherche de la minceur n'y est pas

⁸³ Bordo, Susan. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. 10. anniversary ed., [Nachdr.]. Berkeley, Calif.: Univ. of California Press, 2013, p.46-47.

exploré. Ensuite, la pression exercée sur l'individu n'est pas complètement théorisée, en ce que l'approche cognitivo-comportementale ne considère pas l'internalisation des représentations de valeur morale et comment ces représentations s'articulent dans la pensée, et de ce fait, dans le corps de l'individu.

Nous verrons dans ce mémoire que la maigreur est devenue un but à atteindre parce qu'elle est plus qu'esthétique, elle est également emplie d'une valeur morale. Évidemment, cette question se veut autant sociologique que philosophique. Ces considérations demandent une étude macroscopique et historique des changements corporels et des valeurs associées au sein de la société. Susan Bordo considère que l'approche psychanalytique freudienne traditionnelle est la seule dont la notion de genre fut une variable clé dans l'analyse. Cette approche reconnaît le fait que les symptômes anorexiques comme la peur du gras au niveau des seins et du ventre s'associe à la peur du corps féminin, certes, mais surtout de tous les rôles qui lui sont attribués, et non pas seulement une auto-flagellation physique. Cela dit, l'approche psychanalytique ne prend pas en compte les aspects socioculturels. Elle s'attarde plutôt aux éléments de la psyché individuelle.

Simona Giordano, quant à elle, affirme que les cas de troubles alimentaires sont similaires dans la manière que se manifestent leurs symptômes. Une phénomène rarissime en psychiatrie. Par exemple, les cas de schizophrénie sont très différents, de sorte que selon le psychiatre qui appose le diagnostic, ce dernier ne sera peut-être pas le même. Par contre, les troubles alimentaires sont très uniformes. Les syndromes sont observables et affectent généralement des femmes issues des sociétés développées dans lesquelles la nourriture y est facilement accessible et dont les familles partagent certains traits.⁸⁴

L'hypothèse fondamentale de toutes approches systémiques aux maladies mentales démontre qu'elles sont le résultat d'une adaptation à un illogisme et à un système relationnel déviant. Comme les troubles alimentaires sont similaires en ce qui concerne l'environnement qui les entoure et la manière dont se manifeste leurs symptômes, peut-être s'agit-il d'un problème transactionnel entre cet environnement et l'individu qui s'exprime sensiblement de la même manière. Alors que les approches psychodynamiques et psychanalytiques se concentrent sur l'individu, sur ses expériences mentales et sur ses expériences passées. L'approche systémique élargit son champ d'observation à l'entourage proche de l'agent.

⁸⁴ Giordano, Simona. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Issue in Biomedical Ethics. Oxford: Clarendon Press, 2007, p.137.

Il semble que les thérapies faites avec la famille de la personne anorexique soient celles qui fonctionnent le mieux parce que l'environnement immédiat et les relations intimes de l'individu atteint d'anorexie sont inclus dans la thérapie. Les dysfonctions qui causent l'anorexie mentale ne sont pas qu'internes à la personne, elles comprennent aussi l'environnement immédiat et sociétal de l'individu. Donc, les thérapies familiales peuvent permettre de travailler plusieurs causes du trouble mental à la fois. Cela dit, la société est également emplies d'informations contradictoires pouvant causer un mauvais traitement de l'information de la part de jeunes personnes sensibles à ces dichotomies et aux normes induites en société. Certaines approches, comme nous l'avons vu, se concentrent à l'étude de ces facteurs, comme l'approche sociologique et systémique. L'étude des contextes socioculturels est primordiale pour comprendre la niche écologique dans laquelle évoluent les troubles alimentaires.

Cela dit, Simona Giordano soulève trois problèmes à ces deux approches. D'abord, elles renforcent la logique morale derrière les désordres alimentaires. La thérapie et l'analyse clinique doivent se faire dans un environnement neutre et dénoué de tout jugement. Les patients ne doivent pas se sentir blâmés moralement. Dans le cas des approches sociologiques et systémiques, la personne n'est pas blâmée moralement, mais elle est traitée en tant que personne opprimée des interactions sociales. Elle est dépourvue de tout contrôle et « jugée » en tant que victime. Le deuxième problème est d'ordre épistémologique. Il s'agit de la difficulté à interpréter les informations empiriques par rapport aux causes et aux facteurs qui expliquent le développement de désordres alimentaires. Il est possible de trouver des descriptions semblables entre les familles et les sociétés desquelles proviennent les personnes atteintes d'anorexie, mais la relation causale est beaucoup plus ardue à démontrer que la causalité effective des variables repérées. Les troubles alimentaires sont multifactoriels et il serait irresponsable de ne considérer qu'une seule cause, d'autant plus qu'il est difficile de comparer l'effet réel des différentes causes. La troisième réticence de Simona Giordano faite par rapport aux approches sociologiques et systémiques démontre qu'elles peuvent suggérer un certain déterminisme, dans la mesure où elles enlèvent toute intentionnalité à l'agent, donc tout pouvoir de volonté de rémission à l'individu atteint d'anorexie mentale.⁸⁵ Pour Simona Giordano, l'approche avec la famille comporte les mêmes problèmes, mais comme nous l'avons mentionné, le fait que la thérapie puisse se faire avec la famille illustre parfois des bénéfices et, jusqu'à maintenant, offre plus de résultats positifs.

⁸⁵ *Ibid.* 167.

Malheureusement, une thérapie avec la société est plus difficile à gérer. Tout de même, il ne faut pas oublier que l'individu a un rôle dans l'articulation des facteurs externes, et nous ne pouvons nous permettre d'attendre que les facteurs sociaux changent pour tenter d'améliorer les thérapies s'offrant aux personnes anorexiques.

Bien que certains croiraient que les problèmes de confusion que les différentes approches apportent s'effaceront lorsque nous aurons assez de connaissances au sujet de la psychiatrie, Ian Hacking abonde dans le sens contraire. Selon lui, le potentiel d'ignorance est infini, mais les chercheurs et le clinicien n'arrêteront pas d'utiliser l'adjectif « vrai » ou « réel », en parlant des troubles mentaux, et les raisons sont bien plus souvent pratiques qu'épistémologiques pour des raisons de reconnaissances des troubles mentaux et de non-stigmatisation. Oui, nous avons vu que les espèces naturelles peuvent stigmatiser les troubles mentaux, mais de ne pas catégoriser un trouble mental comme étant « réel » peut également stigmatiser un trouble mental. Ne serait-ce que pour les assurances. Si les chercheurs et cliniciens maintiennent un flou conceptuel autour d'un trouble, alors il se peut que les personnes atteintes soient désavantagées financièrement, mais également dans l'aide offerte et tout simplement dans la perception de ses proches. Pourquoi? Comme le dit si bien Ian Hacking : « Responsibility is the crux. »⁸⁶

La responsabilité est effectivement le nœud du problème. Si l'individu semble imputable pour ses troubles psychologiques, alors il est fort possible que la société ne reconnaisse pas ce trouble et ne lui fournisse pas d'aide financière. Ces considérations réitèrent le fait que nous nous devons d'identifier la nature ontologique des troubles mentaux. La conception que nous nous faisons des troubles mentaux a plusieurs incidences pratiques sur les différentes formes de traitement que recevront les patients, mais aussi sur la manière dont ils sont perçus en société et la manière dont ils vivent le trouble. Nous avons des difficultés à cerner ce qu'est une maladie mentale ou un trouble mental. Selon Ian Hacking, cela ne s'explique pas par le fait que nous soyons confus sur ce qu'est la réalité dans son ensemble, mais plutôt parce que la psychiatrie est en transition, que ce soit dans ses définitions et ses diagnostics, mais également dans ses approches cliniques, comme nous l'avons abordé au début de ce mémoire. Il y a un grand nombre d'incidences à considérer les maladies et troubles mentaux comme des espèces naturelles au sens biologique. Le philosophe en ajoute une bien pratique : l'usage de médicaments. En attendant que

⁸⁶ Hacking, Ian. *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. 1. Harvard Univ. Press paperback ed. Cambridge, Mass: Harvard Univ. Press, 2002, p.11.

nous trouvions quelles sont les maladies mentales « réelles », Hacking appelle au pragmatisme. À son sens, certaines maladies mentales sont « réelles », mais nous nous devons d'appliquer une vision pragmatique aux troubles qui nous apparaissent comme transitoires.

En 1983, une conférence se tient pour consolider la définition des troubles alimentaires. Les féministes Carol Gilligan et Susie Orbach étaient les oratrices principales de cette conférence nommée *Eating Disorders and the Psychology of Women*.⁸⁷ Le discours de Gilligan portait sur la relation que fait les médias entre la minceur et la représentation de la femme comme indépendante et forte. Le questionnement d'Orbach était plutôt épistémologique. Elle se demandait si l'anorexie représentait une maladie mentale car, pour elle, l'anorexie représente une condition extrême sur le continuum de la construction sociale normative de la féminité sur lequel toutes les femmes se trouvent. La critique d'Orbach ne fut pas bien reçue, puisque ses pairs considéraient que la théorie d'Orbach manquait de clarté et de précision. Il faut comprendre qu'au sein de chercheurs en psychiatrie des troubles alimentaires, la recherche de la définition pathologique est le but principal. L'anorexie et la boulimie émergent chez différents types de personnes, surtout des femmes et qu'il est difficile de déceler un profil pour les personnes atteintes de troubles alimentaires. Les seuls liens, dans les deux cas, ce sont des femmes, à une époque donnée, majoritairement dans les sociétés développées.

Le fait que ce soit majoritairement des femmes qui soient touchées, dans des sociétés industrialisées, rappelle la niche dans laquelle apparaît l'hystérie. Grâce au travail des féministes, nous admettons maintenant que l'hystérie fut majoritaire causée par la culture de l'époque victorienne, au XIX^e, et du rôle qu'on attendait alors des femmes. D'ailleurs, c'est à cette époque que le symptôme de famine imposée prend forme. En revanche, on met l'emphasis sur l'hystérie en tant que maladie et l'anorexie devient alors un symptôme de l'hystérie, au même titre que la paralysie et le mutisme.⁸⁸ La cristallisation des troubles alimentaires en tant que maladies ne s'est faite qu'à la deuxième moitié du XX^e siècle. Il est notable que les contradictions que vivent les femmes à notre époque soient, à quelques points, semblables avec celles de l'époque victorienne dans laquelle l'hystérie pris forme. La nourriture devenait de plus en plus accessible alors que les femmes de la bourgeoisie se faisaient interdire, littéralement et figurativement, de manger. Susan Bordo affirme qu'il est effectivement plus accepté de douter des fondements épistémologiques et

⁸⁷ Bordo, Susan. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. 10. anniversary ed., [Nachdr.]. Berkeley, Calif.: Univ. of California Press, 2013, p.47-48.

⁸⁸ *Ibid.* 51.

ontologiques d'une maladie disparue il y a plusieurs années, mais qu'il est plus difficile de douter d'une « maladie » actuelle telle que l'anorexie ou la boulimie. Pourtant, l'histoire nous indique que nous avons fait une erreur de diagnostique dans un contexte similaire. Cela dit, comme le souligne Ian Hacking, des considérations pratiques, comme le financement et l'aide attribuée, peuvent convaincre les recherches scientifiques de tendre vers l'hypothèse que les troubles alimentaires ne soient pas des maladies transitoires, mais des maladies « réelles ».

D'ailleurs Susan Bordo en est consciente. Elle ne cherche pas à enlever toutes crédibilités aux recherches médicales, ni à affirmer qu'elles n'ont aucune place dans le traitement des troubles alimentaires. Ces recherches sont indispensables, mais l'emphase sur le modèle médical comme seul modèle crédible fait en sorte de nous aveugler sur ce qui est pourtant si imposant : les variables socioculturelles. Oui, l'anorexie est un trouble multidimensionnel. La génétique, l'environnement immédiat et les comportements de l'individu lui-même jouent un rôle, mais la culture ne doit pas être oblitérée et ne doit pas être considérée en tant qu'égale aux autres variables. La culture est la variable la plus stable reliant tous les individus atteints d'anorexie mentale. Bien sûr, il serait facile de réfuter ce point en affirmant que la culture soit la variable la plus stable pour tous les individus atteints d'un même trouble. Dans ce cas-ci, nous avons un exemple historique qu'est l'hystérie pour faire valoir que des conditions semblables peuvent mener à des résultats semblables.

Plusieurs ouvrages récents ont fait valoir l'approche féministe et culturelle, dont *Unbearable Weight* de Susan Bordo et *Understanding Eating Disorders* de Simona Giordano, pour ne nommer que ceux-là. Dans ce mémoire, j'ai décidé de ne pas approfondir cette question et de m'attarder sur les questionnements épistémologiques et ontologiques de l'*anorexia nervosa*. Cela dit, on ne peut pas faire fit de la place de la culture dans ces deux questionnements, comme le souligne si bien Susan Bordo. Ce pour quoi je propose ces lectures. Je rappelle qu'au début de ce mémoire, j'insistais sur le fait que les approches cliniques doivent viser le bien-être des patients. Ian Hacking se sert de l'histoire d'Albert Dadas pour identifier et exemplifier les maladies transitoires, qu'il nomme maladie transitoire, et dont je me servirai moi-même pour faire un parallèle avec l'anorexie mentale.

Par maladie mentale « transitoire », Ian Hacking entend une maladie qui est inscrite à une certaine époque donnée, à un endroit donné, et qui disparaît lorsque cette époque donnée ou cette place donnée change. Ces maladies mentales transitoires peuvent réapparaître dans le temps, ou

changer d'endroit, mais elles restent confinées dans le temps et dans l'espace. Ian Hacking tente de fournir un cadre heuristique qui permet de comprendre ces maladies mentales qu'il considère en transition. Il croit que la métaphore la plus exacte est la niche écologique et qui nécessite un certain nombre de vecteurs pour exister. Dans le cas des maladies mentales « transitoires », Ian Hacking fait valoir que quatre vecteurs sont nécessaires pour qu'une « niche écologique » permette l'apparition d'une maladie mentale « transitoire ».

Premièrement, pour développer le concept d'une maladie, elle doit pouvoir trouver sa place au sein de la taxonomie déjà existante des maladies mentales. Deuxièmement, pour qu'une maladie mentale soit « transitoire », il faut qu'elle émerge dans un moment de polarité culturelle, c'est-à-dire dans un moment où deux facettes du même élément d'une société particulière s'opposent la perception populaire. Un des côtés de l'élément socioculturel est perçu comme vertueux, alors que l'autre est perçu comme vicieux. Ces perceptions peuvent changer à travers les époques et les lieux. Troisièmement, la maladie mentale transitoire doit être observable en tant qu'un désordre de l'équilibre « normal » et en tant que souffrante, c'est-à-dire que l'individu ressent de la douleur physique et/ou psychique dû au trouble. Quatrièmement, autant la maladie cause de la souffrance, autant elle est libératrice pour l'individu. Elle est une porte de sortie, un moyen de fuir qui n'existe pas autrement dans la société actuelle.⁸⁹ Ian Hacking avance que la niche écologique est un cadre heuristique prometteur lorsque l'on parle des maladies et des troubles mentaux car elle rassemble différents éléments de l'environnement de l'individu, que ce soit l'aspect social, médical, individuel, etc. C'est l'agencement des différents éléments qui permet les conditions « favorables » à la manifestation d'un trouble mental.

La fugue dissociative est une bonne représentation de l'importance des facteurs sociaux lorsqu'on en vient aux maladies et troubles mentaux. Elle est fortement corrélée avec le genre, la classe sociale et l'oppression sociale. Historiquement, elle s'est manifestée en même temps que l'hystérie. Selon Ian Hacking, elle est la version de l'époque des sans-abris que nous connaissons aujourd'hui. Deux maladies étaient importantes à l'époque où apparut la fugue dissociative : l'hystérie et l'épilepsie. Ces deux maladies étaient l'ouverture taxonomique à la fugue dissociative. Les cliniciens de l'époque croyaient que les fugues dissociatives étaient de nature hystérique ou épileptique. Un nouveau concept de trouble mental est plus facilement intégrable

⁸⁹ Hacking, Ian. *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. 1. Harvard Univ. Press paperback ed. Cambridge, Mass: Harvard Univ. Press, 2002, p. 2.

s'il y a une ouverture taxonomique. Si le nouveau trouble mental peut « s'insérer sous » une autre classification de trouble mental :

Thomas Kuhn argued that a scientific revolution occurs when an existing taxonomy of natural kinds must be broken up in order to accommodate a new kind of thing. Conversely, you don't need a revolution if the new kind of things fit within the established order.⁹⁰

Le débat médical sur la fugue a permis au trouble de se faire connaître par les médecins. Ainsi, le trouble s'est transformé, sans passer par une révolution scientifique au sens kuhnien. Dans tous les cas de fugues rapportées à l'époque, seulement deux cas étaient des femmes. Ian Hacking soutient qu'une explication du fait que la fugue soit spécifique au genre masculin est due à ce que les femmes, à cette époque, ne pouvaient pas se promener seules, sans papiers, au même titre que les hommes. Le plus étonnant est la spécificité à la classe. Dans les cas présentés, tous étaient des travailleurs pauvres travaillant en ville. Tous avaient un certain degré de liberté dans leurs tâches, c'est-à-dire qu'il ne travaillait pas sous une supervision immédiate. Par ailleurs, la polarité culturelle qui a permis à la fugue d'exister se trouve à être entre deux phénomènes sociaux : le tourisme romantique et le vagabondage criminel.

Pour un trouble mental, le langage n'est pas le seul élément qui forme la niche écologique. Ian Hacking a choisi une analogie biologique par qui il réfère à des entités matérielles permettant à un individu d'exister. La seule généralisation possible dans le modèle des quatre vecteurs d'une niche écologique est l'opposition morale entre deux facettes d'un même élément. Cette opposition n'est pas intrinsèque dans l'élément. La métaphore biologique d'une niche écologique est adéquate, dans la mesure où, pour qu'une espèce émerge, plusieurs conditions doivent être présentes en même temps. La fugue ne peut exister que dans un certain ordre social. Pour qu'une personne puisse disparaître et réapparaître, il faut que son environnement social s'aperçoive de la disparition et de la réapparition de l'individu en question. Ainsi, cette personne doit avoir une routine ou un point d'ancrage. Une troisième classe de fugue est apparue plus tard, lorsqu'un nouveau type n'entrant pas dans la description de l'hystérie ou de l'épilepsie commence à être observé. Cela dit, contrairement aux deux premiers types, cette troisième classe de fugue, appelée la « dromomanie », n'était que descriptive. Les études de Tissié, le physicien d'Albert Dadas, démontrent que le trouble, d'abord sous-jacent à un autre

⁹⁰ *Ibid.* 32.

trouble, puis autonome dans sa définition, redevient sous-jacent à d'autres troubles : claustrophobie, démence, etc. En somme, la conceptualisation médicale de la fugue est revenue à son point de départ. En France, la fin des fugues a été signalée en 1909 par un rassemblement de psychologues et neurologues qui portait sur les troubles mentaux chez les personnes faisant leur service militaire et sur le statut conceptuel de la fugue en tant que maladie mentale.⁹¹

Pourquoi est-ce que Ian Hacking n'utilise pas le terme « construction sociale » pour parler des maladies transitoires? Selon lui, la seule chose qui peut s'approcher de la construction sociale est le terme « niche écologique », qu'il considère plus complexe qu'une construction sociale, dans la mesure où la niche écologique ne traite pas que de construits sociaux. La taxonomie médicale, la polarité culturelle, l'observabilité et la fuite s'analysent avec d'autres cadres heuristiques que la construction sociale.⁹² Les maladies transitoires ne sont pas des constructions sociales, mais elles existent exclusivement dans une niche écologique. Elles tendent à disparaître par la suite. Malheureusement, si nous analysons les maladies et troubles mentaux existants dans leurs définitions cliniques actuelles, avec le cadre heuristique développé par Ian Hacking, nous n'aurons la preuve qu'ils sont bel et bien transitoires que lorsqu'ils se seront éteints. Tout de même, je me permettrai d'employer une perspective historiciste dans la mesure où j'utiliserai le cadre heuristique de Ian Hacking pour mettre en lumière la possibilité que l'anorexie soit un trouble transitoire. Cela dit, comme Susan Bordo l'a soulevé, les études historiques permettent de recenser d'autres vagues d'anorexie qui se sont éteintes ou transformées à travers l'histoire. Bien que nous ne sachions pas si la vague d'anorexie contemporaine persistera à travers les époques, nous pouvons, à l'aide de nos connaissances ontologiques, estimer s'il s'agit d'un trouble transitoire, ou non.

La sociologue Muriel Darmon perçoit d'ailleurs que l'anorexie puisse être un trouble mental transitoire. Elle affirme que l'analyse historique représente une part importante du travail de sociologue par rapport à la psychiatrie. Il en va de même avec les troubles alimentaires, aussi apparus à des moments donnés et à des lieux donnés au cours de l'histoire. Elle se base sur plusieurs études, notamment celles de l'historienne J. J. Brumberg, pour souligner la configuration historique et sociale permettant l'émergence de l'anorexie à différentes époques. Les chercheurs sont d'accord, les premières vagues d'anorexie apparurent dans le contexte de

⁹¹ *Ibid.* 73.

⁹² *Ibid.* 101.

piété médiévale, mais nous ne pouvons pas affirmer qu'il s'agissait d'une maladie : « Les saintes médiévales étaient-elles des anorexiques? Autrement dit, la *maladie* a-t-elle existé avant le diagnostic ? »⁹³ Les sociologues ne veulent pas mettre tous les types de jeûnes dans le même panier, par peur que cela impute une essence au trouble, en tant que « féminin », comme si ce pourrait être le caractère féminin qui pousse les femmes à refuser de s'alimenter. D'autant plus que le diagnostic, *a posteriori*, est difficile à avancer, considérant toutes les informations manquantes pour l'apposer. Il est plus fréquent que les psychiatres et les médecins adoptent une position *continuiste* par rapport aux différentes manifestations et variantes de l'anorexie mentale, mais les chercheurs en science sociale maintiennent que la méthodologie historique est à risque et que l'idée d'un éternel féminin soit à proscrire. Cette perspective porte Muriel Darmon à penser qu'il y eut une niche écologique pour l'anorexie à la fin du XIX^e siècle.

L'anorexie clinique apparue d'abord en tant que syndrome de l'hystérie. Ernest Charles Lasègue (1816-1883) était un neurologue et psychiatre, appelé « aliéniste » à l'époque, qui a travaillé sur l'alcoolisme, la folie à deux et l'hystérie, entre autres. Il a publié ses recherches concernant le syndrome d'anorexie chez les femmes souffrant d'hystérie. Ce syndrome, qu'il nommait « inanition », s'établissait en trois étapes. Les patientes détectaient d'abord un malaise gastrique et croyaient qu'elles avaient des problèmes d'estomac. La solution de ces patientes pour calmer ces problèmes était de diminuer leur consommation de nourriture. S'en suivait le diagnostic d'une lésion minime dans l'estomac. C'est à ce moment que les patientes prenaient de moyens drastiques pour se sentir mieux. De la dyspepsie diagnostiquée s'en suivait une anorexie chronique, semblable à celle que l'on connaît aujourd'hui.⁹⁴

Cette description de l'anorexie en tant que symptôme démontre que les quatre vecteurs constituant une niche écologique étaient présents. L'hystérie était la niche taxonomique, le symptôme était repérable, puisqu'étudié en clinique, la douleur était réelle et l'anorexie, bien que souffrante, servait d'échappatoire à la douleur, et le symptôme prenait place à une époque où se nourrir était de plus en plus facile, mais de moins en moins bien vu. Selon Muriel Darmon, cette niche écologique se serait reconstituée à la fin du XX^e siècle. Je ne m'attarderai pas longtemps sur la question historique considérant que plusieurs travaux se sont penchés sur la question, mais je tenterai d'approfondir l'idée que l'anorexie peut être une maladie transitoire. À mon sens,

⁹³ Darmon, Muriel. "Devenir anorexique: une approche sociologique." *la Découverte*, 2007, p.21.

⁹⁴ Lasègue, null. "On Hysterical Anorexia (a). 1873." *Obesity Research* 5, no. 5 (September 1997): 492-97.

certaines facettes n'ont pas été traitées dans *Devenir anorexique* et elles méritent que l'on s'y attarde un peu plus.

2.2 La niche écologique de l'anorexia nervosa

Cette courte description historique permet d'identifier certains vecteurs de la niche écologique de l'anorexie à la fin du XIX^e siècle et que l'on retrouve encore aujourd'hui : « la question du diagnostic comme enjeu de débats entre des orientations médicales différentes,» « [le] lien entre instruments de mesure, observabilité des conduites et étiquetage déviant,» et « [le] positionnement des pratiques anorexiques dans l'espace social des corps et des jugements sur le corps.»⁹⁵ Au sein de la taxonomie médicale, l'incorporation de l'anorexie en tant que trouble mental s'est faite en deux temps. D'abord, le jeûne a été incorporé dans les diagnostics médicaux. Il n'était plus un simple symptôme d'une maladie biologique, mais était une entité diagnostique à lui seul. Ensuite, l'anorexie passe du statut de symptôme celui d'entité diagnostique. Au début, on nommait le trouble « anorexie hystérique » ou « anorexie nerveuse ».⁹⁶ Nous retrouvons ici une ressemblance avec la fugue dissociative d'abord sous la taxonomie des maladies « hystérie » et « épilepsie ».

L'anorexie est également un trouble mental repérable. Le troisième vecteur avancé par Ian Hacking, notamment parce qu'à la fin du XIX^e siècle les femmes étaient particulièrement étudiées suite au diagnostic médical d'hystérie, les femmes étaient « sujettes » à plusieurs troubles nerveux.⁹⁷ L'observation de facteurs physique commence également à se mesurer avec la pesée des enfants et le suivi médical du poids. L'économie familiale s'attarde également à la nutrition comme facteur de santé. La corpulence devait être contrôlée. La sous-alimentation est aujourd'hui mesurable par l'indice de masse corporel.

L'*anorexia nervosa* apparaît dans notre société à un moment de forte polarité culturelle. Le troisième vecteur décrit par Ian Hacking. Selon Muriel Darmon, s'établit à partir du milieu du XIX^e siècle lorsque les cartes du maigre étaient redistribuées. La maigreur d'un individu ne définit plus sa pauvreté, mais un statut d'excellence dans le rôle féminin. À cette époque, l'idéal de beauté féminin se traduit par la fragilité et, de ce fait même, par la légèreté et l'apparence

⁹⁵ Darmon, Muriel. «Devenir anorexique: une approche sociologique.» la Découverte, 2007, p.34.

⁹⁶ *Ibid.* 24.

⁹⁷ *Ibid.* 26.

malade. Cet idéal n'est pas seulement une mode féminine, elle s'inscrit dans une classe sociale. Effectivement, les vivres se font de plus en plus faciles à trouver. Auparavant, les corps les plus gras représentaient l'abondance, donc une certaine classe sociale, car pour se nourrir suffisamment, il fallait en avoir les moyens. À la fin du XIX^e siècle, comme la nourriture devient de plus en plus accessible aux différentes classes sociales, les plus hautes classes occidentales se dissocient de la nourriture dans le but de se distinguer. Manger, avoir faim et les excès alimentaires sont mal vus au sein des sociétés bourgeoises. À la fin de ce siècle, une polarité morale se construit entre les corps maigres et les corps larges. De ce fait, les prostituées sont dépeintes comme faisant de l'embonpoint.

Si la femme, dans les classes supérieures, doit être ainsi « dangereusement mince », c'est qu'il faut qu'elle puisse mettre en scène et offrir aux regards la différence même qui oppose classe de loisir et classe travailleuse. Femme-objet certes, mais objet de distinction [...] ⁹⁸

Même le choix des aliments de son rang social. Certains aliments sont connotés comme étant les aliments consommés par les classes socioéconomiques supérieures, alors que d'autres aliments sont considérés comme faisant partie de l'alimentation des classes ouvrières, par exemple. Il s'agit presque d'une posture morale ici, dont l'investissement relève de l'abnégation de soi. L'excellence est visée par l'inscription dans le corps, mais aussi sur d'autres fronts, comme le front culturel.

Les causes connues de l'anorexie sont majoritairement psychosociales et s'inscrivent dans une temporalité historique bien définie. L'anorexie en tant que maladie en soi apparaît à l'époque où l'hystérie était en déclin. À cet effet, l'anorexie est considérée comme une autre réponse que l'hystérie aux pressions sociales de l'époque.⁹⁹ L'*anorexia nervosa* est donc une fuite à une société anxigène pour les femmes, le quatrième vecteur de Ian Hacking. Aujourd'hui, on demande à la femme d'être forte, indépendante, intelligente, tout en conservant son rôle traditionnel. Elle doit avoir une carrière, mais aussi être une bonne mère. Elle doit avoir des enfants, mais aussi une taille de guêpe. Une femme se montre supérieure lorsqu'elle peut endosser les nouveaux et les anciens rôles féminins. La pression est très forte, surtout pour une adolescente qui se montre sensible. Ces rôles sont tellement exigeants que, maintenant, la

⁹⁸ *Ibid.* 33.

⁹⁹ Giordano, Simona. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Issue in Biomedical Ethics. Oxford: Clarendon Press, 2007, p.149.

minceur est associée à la réussite de toutes les autres sphères. Simona Giordano fait référence à l'étude de Morag MacSween pour exprimer l'idée que l'anorexie est une cristallisation de notre culture occidentale: « This means, according to MacSween, that the confusion and the crisis of the anorexic are not due to her own disturbances and defects: it is rather the social world that is lacerated by conflicting expectations about the behavior of adult women.»¹⁰⁰¹⁰¹ Bien que ces attentes psychologiques et physiologiques soient irréalistes, elles sont si intégrées que la valeur morale des individus est jugée par leur physique. Ainsi, l'estime personnelle d'un individu dépend également de son physique.

De cette manière, si une personne échoue à reproduire le stéréotype physique médiatisé, alors elle ne se sent pas en contrôle de toutes les sphères de sa vie.¹⁰² L'anorexie est un mécanisme d'adaptation aux pressions exercées. En contrôlant l'appétit, l'individu atteint un niveau de discipline observable par ses pairs. Plus une personne fait preuve d'une présence corporelle, moins elle est cultivée. Moins son esprit a de puissance sur ce corps. Une personne capable de « former son corps » sera perçue comme une personne capable de « former sa vie ». Cela suggère de la volonté et du contrôle. Au contraire, être en surpoids est perçu comme de la paresse, un manque de discipline, un manque de volonté, un manque de conformité et un manque de toutes les capacités de gestions qui permettent d'avancer dans les échelles sociales. Un surpoids est perçu comme un manque de compétences à se mouvoir en société, à s'élever, alors que ce sont des qualités prisées par la société actuelle. La société capitaliste forme l'individu à tendre vers l'élévation. La taille et la forme de corps deviennent une représentation de la force émotionnelle, morale et spirituelle de l'individu.

D'ailleurs, lors de ses entretiens avec les personnes souffrantes d'anorexie, Muriel Darmon a réalisé que le terme « se prendre en main » revenait à plusieurs reprises pour parler de la période d'engagement dans la carrière anorexique. Le régime est une « prise en main ». L'anorexie est une position forte, un engagement fort dans la prise en main du poids et, généralement, des autres sphères de la vie de la personne atteinte d'anorexie. Cette prise en main se fait généralement sur plusieurs fronts de l'apparence physique (cheveux, maquillage, etc.), mais se fait souvent sur d'autres fronts également, comme la culture, les résultats scolaires, etc.

¹⁰⁰ *Ibid.* 151.

¹⁰¹ MacSween, Morag. *Anorexic Bodies: A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*. London ; New York: Routledge, 1995, ch. 2-4.

¹⁰² Orbach, Susie. *Hunger Strike the Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age*. London: Karnac Books, 2005. <http://site.ebrary.com/id/10477667>, 35-48.

L'anorexie débute par une réelle volonté de *transformation de soi* en profondeur. Autant sur le front corporel que sur le front culturel, les femmes anorexiques visent les classes sociales moyennes et supérieures. Les activités entreprises ne sont pas désapprouvées socialement. Au contraire, ce sont des activités qui sont encouragées. « Ce n'est donc qu'au cours des phases suivantes de la carrière anorexique qu'elle devient une carrière déviante, au sens où elle est alors étiquetée comme telle. C'est le fait de « continuer », c'est-à-dire de maintenir l'engagement de la prise en main, qui devient ainsi déviant. »¹⁰³

Effectivement, c'est aussi la cristallisation dans le temps des sois multiples qui devient problématique. Le contrôle de soi chez les personnes atteintes d'anorexie est problématique. Les interviewées de Muriel soulignent un moment où elles n'ont plus à maintenir le « contrôle », mais c'est le « contrôle » qui les maintient. En d'autres termes, le contrôle est tellement omniprésent chez les personnes souffrant d'anorexie, que le contrôle devient invisible. Il est une seconde nature, ou vient naturellement dans toutes les actions de la carrière anorexique. « Ce qui apparaît alors, ce n'est plus seulement le travail du temps sur les interviewées : l'inscription dans le corps, d'abord sur un mode volontariste puis sur un mode involontaire, de dispositions durable. »¹⁰⁴ Il y a donc un moment décisif où la personne perd le contrôle. Il n'est pas possible de conclure de façon directe que l'anorexie est causée par une dysfonction physique, mais il appert évident que la personne souffre et essaie de la réduire par certains comportements. Si l'anorexie mentale n'est pas une espèce naturelle, qu'elle est plutôt une espèce humaine et un trouble transitoire, est-ce que nous pouvons la considérer comme un trouble ou comme un symptôme?

2.3 *Le contrôle de soi*

Pour répondre à la question ci-haut, il faut étaler les connaissances que nous avons sur l'anorexie. Le leitmotiv de l'anorexie est le contrôle de soi. Comment celui-ci prend-il forme au sein de ce trouble mental? La définition la plus utilisée de *l'anorexia nervosa* par les cliniciens est certainement celle du manuel *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* publié par l'Association Psychiatrique Américaine. Ainsi, les définitions qui s'y trouvent ont des

¹⁰³ Darmon, Muriel. "Devenir anorexique: une approche sociologique." *la Découverte*, 2007, p. 138.

¹⁰⁴ *Ibid.* 171.

implications normatives directes dans le traitement des patients et patientes traitées. Comme l'*anorexia nervosa* est une maladie mentale ayant un taux de mortalité très élevé¹⁰⁵, il est nécessaire de s'interroger sur la conception et le traitement de cette maladie mentale. La définition précédente, présente dans le DSM-IV,¹⁰⁶ pouvait impliquer un traitement tardif du trouble alimentaire. Également, elle ne prenait pas en compte les personnes ayant un trouble alimentaire non spécifié et qui ont également un taux de mortalité élevé¹⁰⁷. Les symptômes qu'établissait l'ancienne version du DSM ne prenaient en compte que les symptômes physiques apparaissant plus tard dans la maladie mentale. Bien que le DSM-5¹⁰⁸ définisse l'*anorexia nervosa*, comme une maladie beaucoup plus comportementale, il reste que le manuel catégorise cette maladie avec les autres troubles alimentaires, tout en ayant des spécificités quant à l'indice de masse corporel de l'individu atteint par la maladie.¹⁰⁹

La définition du DSM-5 est un concept normatif pouvant affecter négativement la personne souffrant de troubles alimentaires. Dans ce texte, j'aimerais faire valoir l'hypothèse suivant: cette maladie mentale devrait être considérée comme un trouble obsessionnel et compulsif. Un des avantages de cette conception, si elle s'avère correcte, est qu'elle permettrait de déceler le trouble plus tôt et d'agir sur les comportements obsessionnels et compulsifs de la personne atteinte du trouble mental. afin d'explorer cette hypothèse, il sera question du contrôle de soi chez la personne atteinte d'*anorexia nervosa*. À la lumière des effets négatifs du contrôle de soi décrits par George Ainslie, dans son précis de *Breakdown of the Will*, afin d'explorer cette hypothèse, il sera question du contrôle de soi chez la personne atteinte d'*anorexia nervosa*. Ce parallèle nous permet de comprendre que la personne anorexique cherche, de manière obsessionnelle, à se conformer à un « standard ». Le DSM, par ses définitions, fournit un standard à l'anorexique qui cherche à atteindre l'idéal de « sous-poids ». Il me semble plus adéquat de catégoriser l'*anorexia nervosa* dans la catégorie des troubles obsessionnels compulsifs¹¹⁰.

Il est devenu évident que la définition du DSM-IV, quant à l'*anorexia nervosa*, est

¹⁰⁵ Arcelus, Jon, Alex J. Mitchell, Jackie Wales & Soren Nielsen 2011. « Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. A Meta-analysis of 36 Studies. » *Arch Gen Psychiatry*. 68(7): 724-731.

¹⁰⁶ Voir annexe I.

¹⁰⁷ Arcelus, Jon, Alex J. Mitchell, Jackie Wales & Soren Nielsen, 2011. « Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. A Meta-analysis of 36 Studies. » *Arch Gen Psychiatry*. 68(7): 724-731.

¹⁰⁸ Voir annexe II.

¹⁰⁹ Site web *Eating Disorders Victoria*. <https://www.eatingdisorders.org.au/eating-disorders/what-is-an-eating-disorder/classifying-eating-disorders/dsm-5#anorexia>

¹¹⁰ Il n'est pas question des troubles alimentaires catégorisés par la boulimie ou l'hyperphagie boulimique. Ces troubles sont distinct et pourraient se catégoriser autrement que par le TOC.

inadéquate, car elle ne permettait pas de déceler l'anorexie assez rapidement, et elle n'englobait pas une quantité assez grande de cas. Le DSM-5 présente plusieurs modifications, permettant de déceler le trouble plus tôt et inclus un plus large spectre du trouble de l'*anorexia nervosa*.

Voici les changements relatifs à l'*anorexia nervosa* dans le DSM-5 :

- Délaissement des formulations qui impliquent un comportement intentionnel: «Restriction de l'alimentation» au lieu de «Refus de maintenir un poids corporel normal»; «Non-reconnaissance» au lieu de «Déni du degré de sévérité».
- Peur intense de prendre du poids et/ou comportement interférent avec la prise de poids.
- Délaissement du critère d'aménorrhée.
- Évaluation du sous-type (restrictif ou avec crises de boulimie) sur une période de trois mois.¹¹¹

Le délaissement du critère d'aménorrhée permet de déceler le trouble plus tôt, car la perte de menstruation peut subvenir qu'après un long moment de sous-alimentation de la personne. Effectivement, l'aménorrhée apparaît généralement quand l'Indice de Masse Corporel est plus bas que la normale (17,5). Ce critère était très restrictif, car une personne anorexique ne perd ses menstruations que tard dans la maladie mentale. Effectivement, chez les athlètes de haut niveau, l'aménorrhée survient qu'après la perte de 15-20% de la masse grasseuse.¹¹² Au moment où la patiente serait diagnostiquée comme anorexique. Si l'on considère le critère d'aménorrhée, son système dopaminergique a de grandes chances d'être dérégulé et devient beaucoup plus difficile de traiter l'anorexie tardivement.¹¹³ D'autant plus qu'à ce moment, l'anorexique souffre généralement de cachexie, c'est-à-dire d'un affaiblissement important de l'organisme et de la masse musculaire.¹¹⁴ Un trouble décelé plus tôt permet donc d'augmenter les chances de guérison. La nouvelle définition permet alors d'élargir le cadre temporel dans lequel le clinicien agit.

¹¹¹ Hammerli, Katja & Coll. 2013. « Recommandations relatives au diagnostic et au traitement des troubles alimentaires : un commentaire. » *Forum Med Suisse*. 43, p. 870.

¹¹² Collège national des gynécologues et obstétriciens français. 2010-2011. *Item 296 : Aménorrhée : Aménorrhée secondaire*. http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item296_2/site/html/cours.pdf

¹¹³ Hordé, Pierrick. Dir. 2014. *Anorexie chez l'adulte*. En ligne : <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/983-anorexie-chez-l-adulte>

¹¹⁴ Collège national des gynécologues et obstétriciens français. 2010-2011. *Item 296 : Aménorrhée : Aménorrhée secondaire*. http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item296_2/site/html/cours.pdf

Ce qui semble le plus surprenant est le délaissement du critère d'intentionnalité. Selon la nouvelle définition, l'*anorexia nervosa* n'est pas intentionnelle. Alors, est-ce que nous pouvons la considérer comme une maladie en soi ou est-ce qu'elle fait partie d'un autre trouble, comme la dépendance ou le trouble obsessionnel compulsif ? Effectivement, les personnes dépendantes ou le TOC sont souvent perçus comme des comportements « plus forts que soit » et donc non intentionnels. Bien que pour la dépendance, cette question soit sujette à discussion, à savoir s'il s'agit d'un acte volontaire ou non.

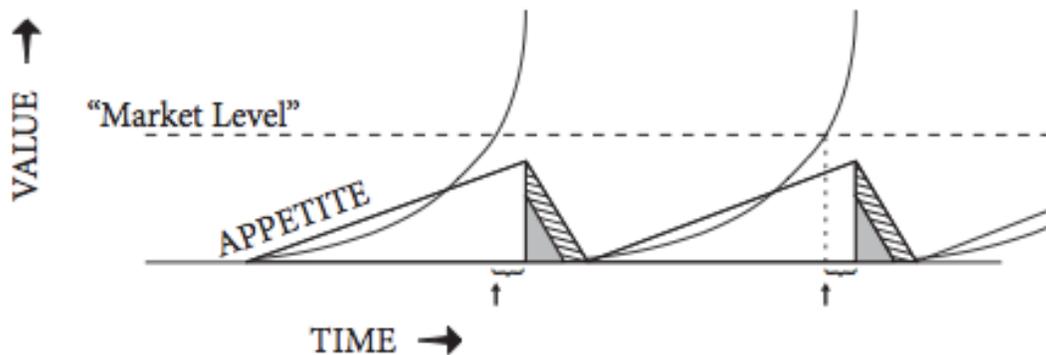
Selon la démonstration de George Ainslie, l'*addict* n'est pas *akratic*, c'est-à-dire que ce dernier ne va pas à l'encontre de son meilleur jugement.¹¹⁵ Selon Ainslie, l'*addict* agirait en fonction de ce qu'il préfère, au moment où il pose l'action. Pour Ainslie, le problème avec l'addiction, comme avec n'importe quelles mauvaises habitudes, est celui de savoir pourquoi l'agent répète les mêmes actions, lorsqu'il considère qu'elles sont mauvaises pour lui. En théorie des choix rationnels, les individus maximisent leurs attentes selon une courbe exponentielle, qui exprime l'idée suivante : plus le temps (x) est élevé avant d'avoir une récompense (y), plus la valeur de cette récompense est élevée pour l'individu. En sommes, plus un individu approche du moment d'obtenir cette récompense, plus cette récompense a de valeur à ses yeux. Voici un exemple concret : vous économisez de l'argent pour votre retraite. Plus vous maintenez longtemps une économie d'argent régulière, sans dépenser le lot de cette économie, plus le lot sera élevé. D'autant plus que lorsque vous approcherez de votre retraite, ce lot d'argent, cette récompense si longuement lointaine, deviendra alors réelle et aura une grande valeur à vos yeux.

La courbe de récompense nous amène à la notion de contrôle de soi. Ce dernier se définit par un maintien de ses actions ou réactions, au détriment des impulsions et émotions. Pour économiser de l'argent, il faut qu'un individu ne dépense pas cet argent, en fonction d'un but qui se réalisera dans le futur. À plusieurs moments, l'individu qui veut économiser pourrait ressentir l'impulsion de dépenser cet argent pour des choses autres et qui sont non nécessaires. Le contrôle de soi serait alors de ne pas dépenser l'argent en fonction d'un désir qui se concrétisera plus tard. Pour qu'un agent désire une chose, cette dernière doit être considérée comme une récompense au sein du système de récompense de l'agent. Pour que cette chose soit considérée comme une récompense au sein du système de l'agent, il faut que le système en question la représente comme

¹¹⁵ Ainslie, George. « Money as MacGuffin: A Factor in Gambling and Other Process Addictions », Dans Levy, Neil, (dir.), 2013, *Addiction and Self-Control. Perspectives from Philosophy, Psychology and Neuroscience*, New York, Oxford University Press, pp.16-37.

un apport positif dans le calcul du nombre de récompenses que contient le monde versus le nombre de récompenses que l'agent s'attend à ce que le monde contienne.¹¹⁶ L'*akrasia*, au contraire est la faille du contrôle de soi. Elle est définie par le fait d'aller à l'encontre de son meilleur jugement.

Ainslie affirme qu'en réalité, les agents agissent en fonction d'une courbe exponentielle, mais plutôt selon une courbe hyperbolique. La raison est que l'agent dans le temps est en fait, une succession de « soi ». Pour maintenir un engagement dans le temps, l'agent doit coopérer avec ses « soi » successifs. Les conflits entre les « soi » successifs sont souvent ce qui empêche l'agent de maintenir des résolutions. Pour atteindre un but à long terme, il faut trouver des moyens de prévenir les préférences temporaires prévisibles, afin que de certifier la réussite de la préférence actuelle. Les conflits entre les « soi » deviennent plus hasardeux, lorsque la récompense atteint une valeur jugée satisfaisante par l'individu. Cette courbe hyperbolique est représentée dans le tableau suivant :



117

Pour le dire simplement, cette courbe a pour effet que l'agent change sa décision devant l'objet de l'*addiction* ou de l'impulsion en question, parce que l'appétit et la valeur se recroisent. La valeur, jugée satisfaisante, l'agent comble son appétit plus souvent, au lieu d'attendre que la récompense soit plus grande. Plus précisément, les états motivationnels successifs de l'agent entrent en contradiction entre eux, mais pas avec lui-même, au moment où il pose l'action.¹¹⁸ L'agent souhaite comble son désir au moment où il pose l'action, il n'est donc pas *akratic* à cet instant précis. Selon la définition d'Ainslie, la personne dépendante n'agit pas à l'encontre de son

¹¹⁶ Yaffe, Gideon. "Are Addicts Akritic?" In *Addiction and Self-Control*, edited by Neil Levy, 190–213. Oxford University Press, 2013, p.205.

¹¹⁷ *Ibid.* 24.

¹¹⁸ *Ibid.* 20.

meilleur jugement, elle agit en fonction d'un appétit, qui peut être comblé immédiatement. Cette description ne détermine pas si l'agent agit de manière volontaire ou selon une impulsion incontrôlable. Cependant, est-ce que la description qu'Ainslie fait de l'*addict*, comme non *akratic*, s'applique à l'*anorexia nervosa*, qui est caractérisée comme non volontaire?

Innombrables sont les recherches faites sur les troubles alimentaires, mais il n'y a pas de consensus quant au fonctionnement du système dopaminergique avant, pendant et après le trouble alimentaire. Il n'y a pas plus de consensus, quant aux prédispositions génétiques qui mènent à ces troubles. Certaines avancées permettent d'affirmer qu'il y a effectivement une prédisposition génétique à l'*anorexia nervosa*, mais l'étude principale concernée affirme que le facteur premier reste l'environnement de l'agent.¹¹⁹ La plupart des altérations de la méthylation de l'ADN et du système sérotoninergique se font suite à la dénutrition constante des personnes atteintes de l'*anorexia nervosa*. Cependant, plusieurs études démontrent des récurrences comportementales chez les anorexiques. Ces récurrences font appel à un « trop grand » contrôle de soi, une trop grande volonté.

George Ainslie, dans son précis de *Breakdown of the Will*, élabore sur son chapitre intitulé *The ultimate breakdown of will : Nothing fails like success*.¹²⁰ Il y a une démonstration des quatre effets négatifs du concept de contrôle de soi dans la picoéconomie de George Ainslie. Effectivement le contrôle de soi peut être la meilleure méthode que l'on connaît, en tant qu'agent, pour stabiliser nos choix quant à nos préférences à long terme, mais le trop grand contrôle de soi comporte des effets négatifs observés par les cliniciens. De manière générale, l'on a tendance à percevoir la volonté et le contrôle de soi comme une bénédiction, qui éloigne l'individu de symptômes anormaux, tels que l'abandon du contrôle, la cécité envers ses propres motivations et la perte de l'immédiateté émotionnelle. Cependant, un contrôle de soi trop ferme formalise le conflit interne en cessant les négociations intertemporelles, ce qui peut régler certains problèmes, ou empirer certains autres. Un trop grand contrôle de soi ne permet pas à l'agent de choisir ce qui est le mieux pour lui à chaque moment. La description que fait Ainslie des quatre effets négatifs de la volonté correspond aux cas cliniques d'*anorexia nervosa*.

Ainslie affirme que la perception d'un choix comme d'un précédent fait en sorte que les

¹¹⁹ Le Devoir. Gravel, Pauline. 2015. *L'anorexie : un trouble génétique induit par l'environnement*. En ligne : <http://www.ledevoir.com/societe/science-et-technologie/431172/l-anorexie-un-trouble-genetique-induit-par-l-environnement>

¹²⁰ Ainslie, George. 2005. « Précis of *Breakdown of the Will* ». *Behavioral and brain sciences*. 28, p. 644.

conséquences futures de ce choix deviennent plus importantes que la récompense dépendant littéralement de ce choix. Les choix se trouvent détachés de leur récompense. L'agent devient inhabilité à faire ses choix en fonction du moment présent. Dans un tel cas, l'agent perçoit chaque action ou non-action comme une défaillance ou un renforcement quant à son habilité à suivre une règle. L'anorexique commence, généralement, à prendre certaines habitudes par une diète. En percevant qu'il ou elle réussit à maigrir, il ou elle s'impose des règles toujours plus restrictives, afin d'atteindre des buts toujours plus irréalisables : « Usually the anorexic syndrome emerges, not as a conscious decision to get thin as possible, but as the result of her having begun a diet fairly casually[...], and then having gotten hooked on the intoxicating feeling of accomplishment and control. »¹²¹ Des études cliniques démontrent que les personnes atteintes d'anorexie ont des critères très élevés par rapport à elle-même et ont peur de commettre des erreurs, comparativement aux personnes qui ne sont pas atteintes de troubles alimentaires.¹²² Également, l'étude en question démontre que plus l'anorexique est mal nourrie, plus elle refuse de changer et plus ses comportements obsessifs compulsifs s'intensifient.

Other facets of perfectionism related to eating disorders are the tendencies of these individuals to view achievements in black-and-white terms, such that anything less than perfection is commensurate with failure. Hewitt et coll. (29) suggested that the striving for perfection is part of a strong drive in anorexia nervosa patients to gain approval of others by demonstrating conformity to expectations.¹²³

La définition du DSM-5 peut agir en tant que règle ou idéal à atteindre chez l'anorexique. Pourtant, la définition de l'anorexique caractérise la personne comme anorexique, seulement lorsqu'elle atteint un stade dangereux pour sa santé, c'est-à-dire à moment où elle maintient un poids sous la normale pendant 3 mois et plus. D'autant plus, qu'il n'y a pas de définition stricte dans le DSM-5 pour les personnes ayant un trouble alimentaire non spécifié. Le terme "désordre alimentaire non spécifié" est généralement utilisé pour les personnes en rémission. Il s'agit donc d'une phase d'« échec » pour la personne souffrant de troubles alimentaires. Marya Hornbacher, dans son mémoire sur ses propres troubles alimentaires, décrit bien comment des règles peuvent devenir plus importantes que le bien en soi :

I was something close to my « set point », the technical term for your natural weight – mine is about

¹²¹ Bordo, Susan. 1993, 2003. *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture, and the Body*. University of California Press. États- Unis, p.149.

¹²² A. Halmi, Katherine & Coll. 2000. "Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior." *Am J Psychiatry*. 157:11, 1799-1805.

¹²³ *Ibid.* 1803.

120. But 120 seemed too high, and I decided to drop that extraneous 20, down to 100[.] [...] Life and self are far less important than your single-minded goal. "Thinness" was as good a name as any for my goal. Twenty pounds. No matter what.¹²⁴

Ainslie soutient qu'une règle générale diabolise les défaillances. Ainsi, une personne faisant une diète peut percevoir le fait de manger un beigne comme un échec face à une règle plus générale. Cet effet négatif est directement lié à l'idée que la règle générale est plus importante que le bien en soi de certaines actions momentanées. Ainsi, une personne consciente de ce que requiert sa règle générale peut établir plusieurs petites règles ou limites à ne pas dépasser, pour ne pas défaillir à la règle générale *dans le futur*. Comme si l'agent prédisait l'affaiblissement de la volonté d'un autre «moi», un «moi» futur. Ainslie nomme cette limite, le *lapse district* : « Where the encapsulated impulse are clinically significant, a lapse district gets called a symptom – for instance, a phobia, a dyscontrol, or a substance dependence. »¹²⁵ L'anorexique établit plusieurs règles pour elles-mêmes, que ce soit un poids à atteindre, des récompenses lors de l'atteinte de ce poids, ne pas manger après telle heure, ne pas manger plus de X calories dans une journée. Ces règles servent à ne pas dépasser une limite qui risque de mettre en péril la règle générale. L'étude clinique de Bruch, sur les déformations perceptuelles et conceptuelles des anorexiques, établit que les personnes souffrant de ce trouble sont terrifiées de leur possible perte de contrôle et elle l'exprime lorsqu'ils/elles refusent de manger, par peur de ne plus être capables d'arrêter.¹²⁶

Ainslie affirme aussi que les règles personnelles dépendent énormément de la perception de l'agent qui les établit. Elles dépendent des attentes que l'agent se fait conséquemment à ce qu'il a déjà vécu. Selon Ainslie, les règlements personnels organisent la motivation et créent naturellement la tentation de suborner le processus de perception. Ce qu'entend Ainslie est que l'agent peut avoir une mauvaise perception de la réalité, de ce qui se déroule réellement. Les exemples que donne Ainslie se rapportent au fait que l'agent tentera d'ignorer un épisode de défaillance, en raison du fait qu'il ne perçoit que le but qu'il s'est fixé au long terme. Il mentionne, comme exemple, la personne qui dit manger peu et qui gagne pourtant du poids. L'anorexique fait plutôt le contraire. Sa perception est effectivement biaisée, mais contrairement à ce que présente Ainslie, il ou elle n'ignore pas ses défaillances face à son « but », mais tend

¹²⁴ Hornbacher, Marya. 1998. *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia*. Harper Collins. New York. Etats-Unis, p. 107-109.

¹²⁵ Ainslie, George. 2005. « Précis of *Breakdown of the Will* ». *Behavioral and brain sciences*. 28, p.645.

¹²⁶ Bruch, Hilde. 1962. « Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. » *Psychosomatic Medicine*. Vol. XXIV, No 2, p.190.

plutôt à ignorer les malaises et défaillances découlant de son régime strict. Ceci dit, après un long moment sous un régime strict, l'anorexique peut avoir des épisodes dans lesquelles il ou elle mange sans réellement s'en rendre compte. Elle tente alors d'éliminer les calories en surplus par des comportements compensatoires (vomissement, laxatifs, exercices). Donc, nous pouvons déduire que les règlements encouragent la mauvaise perception chez l'anorexique, mais pas de la manière que l'entend Ainslie. Susan Bordo explicite bien les fausses représentations (*misperception*) que se font les anorexiques et boulimiques : « These elements of « faulty thinking » or « flawed reasoning » standardly include : « magical thoughts » or « superstitious thinking » about the power of certain « forbidden » foods [...], « selective abstraction » of thinness [...], « dichotomous reasoning » [...], and « personalization » and « egocentric » interpretations of « impersonal events ».¹²⁷ Bordo démontre cependant que ces distorsions cognitives découlent des normes de diètes régulières que l'on connaît. Plusieurs femmes ont une mauvaise estime d'elle-même et tendent à se percevoir plus grosses qu'elles ne le sont.

Lors d'une rencontre en hospice, Marya Hornbacher s'est fait demander successivement si elle croyait devoir perdre du poids, quel était son poids idéal et si elle était prête à tout pour devenir plus mince. Elle a répondu respectivement oui, 84 et oui. Cependant, elle affirme qu'à ce moment, elle croyait que c'était la norme chez les femmes de vouloir perdre du poids et qu'elle ne se considérait pas bien loin de la norme. Elle ne considérait pas être plus mince que plusieurs femmes.¹²⁸ Effectivement, la « norme » est très importante pour l'anorexique. Les images qu'ils ou elles perçoivent, les définitions, le BMI sont des concepts/idéaux qu'il ou elle cherche à atteindre. Ce pour quoi la définition fournie par le DSM peut être particulièrement nocive pour les personnes souffrant de troubles alimentaires. Hornbacher le décrit très bien lorsqu'elle dit être gênée d'aller en hospice, puisqu'elle ne remplit pas les critères d'anorexie de l'époque.¹²⁹ Ainsi, les critères fournis pour établir ce qu'est un ou une anorexique (et qui se trouvent facilement sur le web), peuvent décourager les personnes atteintes de troubles alimentaires à se faire soigner, et plus une personne atteinte de ce trouble attend longtemps avant de se faire soigner, plus il sera difficile de la soigner.

Généralement, il semble plus logique de croire que le fait de percevoir chaque choix

¹²⁷ Bordo, Susan. 1993, 2003. *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture, and the Body*. University of California Press. États- Unis, p.58.

¹²⁸ Hornbacher, Marya. 1998. *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia*. Harper Collins. New York. Etats-Unis, p.141.

¹²⁹ *Ibid.* p.153

comme le précédent à l'atteinte d'un plus grand but permet de faire des meilleurs choix. Selon la courbe exponentielle présentée par Ainslie lui-même, la récompense est optimisée plus elle est loin sur l'échelle du temps. Cependant, Ainslie affirme que les règles personnelles fonctionnent mieux, lorsqu'elles sont en fonctions de buts distincts et calculables. Ce qu'Ainslie essaie d'établir est qu'il est plus difficile de calculer une somme à long terme, lorsque des sentiments humains ou des besoins humains sont en jeu. Il est plus facile de calculer une somme monétaire à long terme, que le bonheur d'un être humain, par rapport à un but.¹³⁰ Il est donc difficile d'évaluer certaines règles personnelles si elles sont basées sur des facteurs émotionnels. Alors que les règlements basés sur un critère circonscrit sont plus stables : « The personal rules of anorectics or misers are too strict to promise the greatest satisfaction in the long run, but their exactness makes them more enforceable than subtler rules that depend on judgment calls. »¹³¹ Ainsi, une personne anorexique se fixe généralement un but en chiffre. Elle obéit à un chiffre sur la balance et à une limite calorique par jour. Si elle dépasse cette limite, elle compense par des exercices physiques, qui se comptabilisent en calories dépensées. Effectivement, la personne anorexique tend à se baser sur des critères ou des normes, qui deviennent obsessionnels. Ainslie affirme que l'avare ou l'anorexique sont des exemples de désordre du contrôle, qui remplacent la capacité au plaisir, par une trop grande volonté.

Effectivement, l'anorexique présente des symptômes de troubles obsessionnels compulsifs¹³², ainsi que d'alexithymie.¹³³ L'alexithymie se caractérise par le fait qu'une personne présente des difficultés à reconnaître les émotions chez elle-même, comme chez les autres. Elle doit alors se référer aux réactions externes, ainsi qu'aux facteurs environnementaux, pour déterminer ses agissements, ou même les émotions qu'elle est « censée » avoir. Il n'est pas établi que l'alexithymie est causée par la dénutrition ou s'il s'agit d'un trouble présent auparavant chez la personne anorexique, mais il est certain que la dénutrition accroît le risque de dépression, en dérégulant le système de dopamine et de sérotonine.¹³⁴ Ainsi, il est vrai qu'il y a trop grand contrôle de soi chez l'anorexique et qu'il sert des troubles compulsifs, au profit d'une perte de

¹³⁰ Ainslie, George. 2005. « Précis of *Breakdown of the Will* ». *Behavioral and brain sciences*. 28, p.645

¹³¹ *Ibid.* p.645

¹³² A. Halmi, Katherine & Coll. 2000. "Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior." *Am J Psychiatry*. 157:11, 1799-1805.

¹³³ Nowakowski, Matilda E, Traci McFarlane & Stephanie Cassin. 2013. « Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature » *Journal of Eating Disorders*. 1:21.

¹³⁴ Engel Bridget, Natalie Staats Reiss et Mark Dombek, 2007, *Causes Of Eating Disorders - Biological Factors Continued*. En ligne: <https://www.mentalhelp.net/articles/causes-of-eating-disorders-biological-factors-continued/>

sentiments, émotions ou de sensations physiques.

Suite à la démonstration précédente, il est possible de comprendre l'*anorexia nervosa* comme n'étant pas une dépendance, selon la définition d'Ainslie décrite dans la première section. Bien qu'il n'est pas rare d'entendre qu'il s'agit d'une dépendance de la bouche même des personnes souffrantes de ce trouble : « There is a tendency to say : I have an addictive personality [...] . There is a self-perpetuating belief that one cannot help it, and this is very dangerous. »¹³⁵ Ainslie démontre qu'un trop grand contrôle de soi modifie la perception cognitive et tend à développer des comportements compulsifs. Alors l'anorexique n'est pas *addict*, mais elle pose des gestes qui se décrivent, effectivement, comme « plus forts que la personne », comme compulsifs. L'anorexique agit bien de manière contraire à ce que représente Ainslie, lorsqu'il parle de dépendance. Plusieurs études démontrent que l'anorexique a un plus grand contrôle de soi que la population n'étant pas atteinte de ce désordre alimentaire, ce qui suggère un désordre du système de récompense chez l'anorexique.

Une étude démontrait que cette caractéristique ne s'en tenait pas qu'à la nourriture.¹³⁶ L'étude comporte deux groupes, un étant composé d'anorexiques en sous poids, l'autre étant composé de personne aux habitudes alimentaires saines et au poids normal. Le premier groupe avait tendance à retarder significativement la réception d'une récompense monétaire, afin d'augmenter sa valeur. L'étude consistait à une série de choix entre différentes récompenses monétaires. Plus la récompense devait être reçue tôt dans l'échelle temporelle, moins elle avait de valeur. Comme le présente Ainslie, la plupart des agents ont tendance à choisir la valeur moindre si elle est reçue maintenant, alors que selon l'étude, l'anorexique a plutôt tendance à choisir la valeur plus élevée, qu'il ou elle recevra plus tard. L'étude conclut que l'anorexique peut garder la valeur d'une récompense à travers le temps, ce pour quoi elle peut maintenir une diète si sévère, étendue sur de longues périodes. C'est également ce trop grand contrôle de soi qui risque de développer des comportements compulsifs et compensatoires, selon Ainslie, et que l'on pourrait relier à ce qui communément appelé *binge and purge subtype*, chez l'anorexique. Ce sous-type est caractérisé par l'engagement de la personne anorexique dans des épisodes d'alimentation frénétique, pendant lequel elle ingurgite une grande quantité de nourriture, pour ensuite s'engager

¹³⁵ Hornbacher, Marya. 1998. *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia*. Harper Collins. New York. Etats-Unis. P.131.

¹³⁶ Steinglass, Johann E., Berd Figner, Staci Berlowitz, H. Blaire Simpson, Elke U.Weber & Timothy Walsh. 2012. « Increase Capacity to Delay Reward in Anorexia Nervosa », *Journal of the International Neuropsychological Society*. Vol. 18, 4, pp.773-780.

dans des comportements purgatifs. Ces comportements sont très nocifs pour l'agent atteint de ce trouble. Il est donc primordial de déceler l'anorexie le plus tôt possible. Cependant, *l'anorexia nervosa* est un trouble difficile à définir pour les cliniciens. À la lumière de ce qui a été démontré, *l'anorexia nervosa* ne semble pas consister en une dépendance. De plus, l'anorexique agit en fonction de normes, de chiffres, de calcul, c'est-à-dire de critères calculable et stable. Donc, il est très important que la définition clinique ne fournisse pas de tels critères à la personne atteinte de ce trouble. Cela dit, si la personne « se contrôle », si l'anorexie n'est pas une dépendance, est-ce bien un trouble?

2.4 L'autonomie de l'agent

Selon Alfred Mele, le fait que les anorexiques sont excellentes dans le contrôle de soi, ne signifie pas que ce sont des personnes autonomes.¹³⁷ Il y aurait une différence entre le contrôle et l'autonomie. Si le contrôle de soi se base sur des valeurs ou croyances externes, le contrôle de soi n'est pas nécessairement autonome. Une personne peut exercer un excellent contrôle sur ses actions, mais ne pas totalement décider des actions qu'elle pose. Par exemple, elle peut reproduire les normes de société, effectuer toutes les actions nécessaires pour les reproduire, sans délibérément choisir pour elle-même les actions qu'elle pose. Nous avons discuté du fait que les personnes avec des troubles alimentaires sont des maîtres du contrôle de soi, mais nous nous fions à la théorie de Mele, nous ne pouvons pas affirmer qu'elles sont autonomes. Pour une personne anorexique, le pire est de perdre le contrôle sur son alimentation, mais la problématique avec les troubles alimentaires n'est pas la perte de contrôle de soi, mais le contrôle de soi à tout prix. Nous l'avons vu, les personnes avec des troubles alimentaires tentent de maintenir leur contrôle, peu importe les conditions physiques dans lesquelles elles se trouvent. Le but de ces personnes supplante leur « soi ». Il est possible de constater le même type de problème chez les personnes *workoolique* ou chez les athlètes. Le contrôle de soi et de ses envies est adulé dans notre société de performance. Prenons l'exemple des films Rocky. Le protagoniste représente un combat spirituel de tous les instants, infusé d'un désir moral, par l'entraînement physique.

¹³⁷ Giordano, Simona. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Issue in Biomedical Ethics. Oxford: Clarendon Press, 2007, p. 214.

Alfred Mele affirme que les désirs, préférences et valeurs qui poussent l'agent à agir doivent être authentiques. La principale caractéristique de l'authenticité est l'information « correcte », c'est-à-dire vraie.¹³⁸ Les informations doivent correspondre avec la réalité. Afin de faire un choix réellement autonome, le choix doit être éclairé, alors l'agent doit avoir les informations nécessaires. Donc, pour savoir si les personnes atteintes d'anorexie sont autonomes, nous devons nous demander si leurs comportements sont basés sur des informations vraies et si ces personnes peuvent évaluer l'information correctement et soupeser leurs options.

Simona Giordano considère que deux champs sont problématiques chez l'anorexique pour que l'on juge que le traitement des informations soit fait correctement : la perception de soi et la nourriture.¹³⁹ Un des symptômes de l'anorexie concerne la perception du corps: « Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight. »¹⁴⁰ Ce critère de diagnostic de l'anorexie affirme qu'il y a une erreur dans le jugement de l'information perceptuelle chez les personnes atteintes d'anorexie. Elles souffrent de dysfonctionnements cognitifs dans le traitement d'information tels que l'abstraction sélective, un raisonnement dichotomique, de la généralisation, un grossissement des faits et des pensées superstitieuses.¹⁴¹

Cela dit, les informations scientifiques concernant la perception de soi ne sont pas concluantes. Il n'est pas clair si la personne a une perception adéquate de la réalité ou non, puisque la perception de son propre corps est une opération cognitive complexe. La personne a peut-être une image réaliste d'elle-même et juge tout de même que ce corps est trop gros. De même pour la faim, la personne perçoit les contractions gastriques, mais elle les juge anormales. Elle juge à ce moment qu'elle ne devrait pas avoir faim. De même pour la nourriture. Les personnes anorexiques sont très bien informées au sujet des composantes de la nourriture. Le problème ne réside pas dans la perception des personnes atteintes d'anorexie concernant la nourriture, mais dans les règlements qu'elles s'imposent et dans la rigidité avec laquelle elles se soumettent à ces règlements.

¹³⁸ *Ibid.* 215.

¹³⁹ *Ibid.* 217.

¹⁴⁰ American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013, p. 339.

¹⁴¹ Giordano, Simona. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Issue in Biomedical Ethics. Oxford: Clarendon Press, 2007, p.225.

Les données scientifiques sont contradictoires en ce qui concerne les erreurs cognitives dans la perception des personnes atteintes d'anorexie. Cela dit, plus une personne est en dénutrition, plus les signaux de dopamine et de sérotonine sont déréglés, ce qui augmente l'obsession et la compulsion. Les comportements extrêmes apparaissent lorsque les fonctions neurologiques de base disparaissent, comme la mémoire, la capacité à se situer ou à se comparer.¹⁴² La sous-alimentation produit une cristallisation dans les comportements de la personne. Ainsi, elle uniformise ses actions en fonction du but à atteindre. Donc les informations concernant la nourriture ne sont pas utilisées adéquatement dans ce contexte, parce qu'elles ne sont pas utilisées tout simplement. Dans ce contexte, les informations emprisonnent et confinent les personnes atteintes d'anorexie. Cela n'est pas suffisant pour justifier une forme de paternalisme dans le traitement qui est offert aux personnes atteintes d'anorexie, pour les considérer comme atteintes d'un trouble en ce qu'elle manque d'autonomie. Les personnes atteintes d'anorexie ont des croyances par rapport à la nourriture et elles agissent en fonction de leurs croyances.

K.W.M. Fulford suggère qu'une personne est considérée avoir un trouble mental, lorsqu'elle expérimente des perturbations dans leur agentivité ou des échecs dans leurs actions.¹⁴³ C'est le cas avec les individus atteints d'anorexie. Simona Giordano entend les croyances en deux composantes : (1) Penser que X (2) Agir en fonction de X. Le premier élément est phénoménologique, donc subjectif. Le deuxième élément est tangible, donc objectif. L'un est l'autre sont étroitement liés. La pensée forge l'action, ce qui en fait une croyance, mais les croyances sont faillibles. Simona Giordano affirme que la perturbation cognitive des personnes atteintes d'anorexie est qu'elles prennent leurs croyances pour des faits. Il est normal que l'on agisse sur la base de croyances, mais dans le cas des personnes anorexiques, elles considèrent leurs croyances comme étant vraies.

Jusqu'à présent, l'argument de Simona Giordano ne me semble pas convaincant. Plusieurs personnes ont des croyances qui façonnent leur jugement comme si cette croyance était un fait. Prenons l'exemple de n'importe quelle croyance religieuse qui façonne le comportement des individus. Que ce soit d'aller à l'église le dimanche ou de faire le ramadan ou de méditer, etc.

¹⁴² Duker, Marilyn, and Roger Slade. *Anorexia Nervosa and Bulimia: How to Help*. Milton Keynes ; Philadelphia: Open University Press, 1988, p.163.

¹⁴³ Giordano, Simona. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Issue in Biomedical Ethics. Oxford: Clarendon Press, 2007, p. 221.

Plusieurs personnes ayant des croyances religieuses prennent ses croyances pour étant des faits. Par exemple, certains individus mènent leur vie entière en fonction de ce qu'il y a après la mort. Il semble que le fait de prendre des croyances pour des faits ne soit pas suffisant pour établir que les personnes souffrant d'anorexie aient une dysfonction cognitive. Les théories cognitivistes apportent un éclairage plus persuasif.

Selon le modèle de traitement de l'information humaine, les comportements humains sont formés par l'acquisition, par les sensations physiques qui recueillent les informations extérieures. Ce processus se déroule en quatre étapes : la perception (*input*), l'interprétation, la décision et le résultat (*output*). Deux champs sont problématiques chez l'anorexique pour que le traitement d'information se fasse correctement 1) la perception de soi et 2) la nourriture. Ces deux champs se reflètent dans les quatre étapes mentionnées. D'abord, la perception des personnes atteintes d'anorexie est perturbée dans la sélection des éléments pertinents et dans la reconnaissance des stimuli, tels que l'appétit. L'interprétation des perceptions est également problématique. Ainsi il y a une distorsion de l'*input*, jusqu'à l'*output*, puisque l'interprétation, donc le processus, montre lui aussi des failles. Il s'en trouve que les comportements sont inadéquats socialement. Il y a un consensus au sein des cognitivistes : les distorsions cognitives chez les personnes atteintes d'anorexie sont basées sur des croyances fausses ou irrationnelles.¹⁴⁴ Je ne me positionnerai pas ici sur la question suivante, à savoir s'il s'agit réellement de fausses croyances. Est-ce réellement irrationnel de penser que maigrir est la chose à faire? Ces questionnements sont d'une importance capitale et méritent que l'on s'y attarde plus en profondeur.

Je me questionne ici sur l'autonomie de l'agent, car le manque d'autonomie est ce qui permet à l'individu de recevoir des traitements et d'être considéré comme ayant besoin d'aide. Nous avons deux raisons de croire que les personnes atteintes d'anorexie ne sont pas, du moins totalement, autonomes. D'abord, parce qu'il est probable que leurs désirs sont déterminés inconsciemment par une norme. Il est difficile de savoir si leurs décisions sont prises sur la base de valeurs internes ou externes, mais il est possible de penser que la valeur de la légèreté est représentative d'une association faite par la société entre « maigreur » et « accomplissement ». Mele croit qu'un contrôle de soi exercé en fonction des valeurs d'autrui ne démontre pas de l'autonomie de la part de l'agent. Ensuite, nous pouvons douter de la fonctionnalité des processus cognitifs des patientes. Bien que nous ne puissions pas affirmer avec certitude que les processus

¹⁴⁴ *Ibid.* 225.

cognitifs soient altérés au début du trouble alimentaire, il est certain que la restriction alimentaire cause des changements au niveau de la réflexion des individus. Leurs pensées deviennent polarisées et leur complexité cognitive est significativement diminuée.¹⁴⁵ Ces deux problématiques soulèvent suffisamment de doute sur l'autonomie des personnes anorexiques pour que nous puissions croire qu'elles soient affligées par l'anorexie, qu'elles ne décident pas volontairement d'être troublées.

Dans ce chapitre, il a été question de la nature de l'*anorexia nervosa*. Nous avons établi que le trouble a d'abord d'abord pris, historiquement, une forme symptomatique pour se « transformer » en maladie, telle que nous la définissons aujourd'hui. D'ailleurs, cette transition permet la formation d'une niche écologique telle que décrite par le cadre heuristique développé par Ian Hacking. Comme la période socioculturelle et médicale actuelle possède les quatre vecteurs pour former une niche écologique propice à l'*anorexia nervosa*, il se peut que cette dernière soit un trouble mental « transitoire ». Si c'est le cas, comment pouvons-nous définir ce que nous connaissons de ce trouble? Est-ce simplement un trouble ou une construction sociale? Les personnes atteintes d'anorexie exercent un fort contrôle sur leur alimentation, comme sur d'autres aspects de leur vie, mais ce contrôle est aussi leur nuisance. Les processus cognitifs s'en trouvent diminués et, ainsi, nous ne pouvons affirmer que les patientes sont autonomes. Elles sont belles et bien souffrantes et nécessitent de l'aide. Si l'anorexie est une espèce humaine et un trouble « transitoire », tout en étant un trouble mental, il faut revoir la définition clinique de l'*anorexia nervosa*. La définition actuelle du trouble mental est normative, en tant qu'elle fournit des « règles » et des « buts » aux personnes atteintes d'anorexie et qui exercent un trop grand contrôle d'elles-mêmes. Il s'ensuit un effet de boucle, c'est-à-dire que les personnes atteintes d'anorexie sont influencées par la définition de « normalité » et de « déviance » fournie par le DSM-5. Les personnes atteintes d'anorexie ne sont pas autonomes, puisque le contrôle qu'elle exerce est défini en fonction des normes qu'elles appliquent. Ce pourquoi la définition du DSM peut être nocive pour les patientes, surtout lorsque celles-ci sont vulnérables aux standards.

¹⁴⁵ *Ibid.* 81.

Conclusion

Mon point de départ pour ce mémoire est que l'anorexie mentale est la maladie mentale ayant le plus haut taux de mortalité. Il me semble donc nécessaire de me questionner sur la conceptualisation et le traitement de ce trouble mental. Ce dernier est apparu en tant qu'épidémie dans les années 1980 et est aujourd'hui défini comme une maladie mentale en soi, selon le DSM-5. Cette définition peut impliquer un traitement tardif du trouble alimentaire, alors qu'une définition clinique doit privilégier la facilitation de la guérison des patients. Mon hypothèse de départ est que le concept d'anorexie mentale devrait être élargi, car il ne répond pas aux critères d'espèce naturelle et se trouve plutôt à être une maladie transitoire, telle qu'exposée par Ian Hacking. Je pense aussi que cette maladie mentale devrait être considérée comme un trouble obsessionnel et compulsif, car cela permettrait de ne pas stigmatiser les personnes ne répondant pas exactement aux critères symptomatiques de l'anorexie mentale, ce qui permettrait donc de déceler le trouble plus tôt et d'agir sur les comportements obsessionnels et compulsifs de la personne atteinte du trouble mental. Le présent mémoire établissait les raisons épistémologiques et ontologiques qui justifient l'idée que la définition clinique de l'*anorexia nervosa* doit être revue, et peut-être élargie.

Ainsi, le premier chapitre fait un état des lieux épistémologiques concernant les questionnements sur les espèces en philosophie de la psychologie. Une exploration des approches en psychopathologie clinique, des systèmes de classification et de leurs implications permet de comprendre que les différentes approches ont différentes racines conceptuelles en ce qui concerne les espèces en psychopathologie. L'approche psychopathologique découle de la conception de l'espèce. Par exemple, l'approche de la neuropsychologie a comme prédicat que la maladie mentale est une espèce naturelle. Alors que l'approche athéorique, celle utilisée par le DSM-5, classifie par symptôme, de décrit des conditions fonctionnelles, en contradiction avec des conditions organiques. Elle s'en trouve tautologique. Pour l'approche psychosociale, elle ne s'applique pas à toutes les maladies mentales. Elle ne s'applique pas à la schizophrénie, mais à l'anorexie, oui. Les approches systémiques et sociologiques se butent à trois problèmes concernant l'*anorexia nervosa* : 1) elles renforcent la logique morale derrière les désordres alimentaires, 2) il est difficile de recueillir l'interprétation des informations empiriques par rapport aux causes et aux facteurs qui expliquent le développement des désordres alimentaires et

3) elles sont déterministes. Bref, définir l'espèce de l'anorexie mentale est essentiel si nous voulons utiliser une approche qui remplira sa fonction, soit celle d'aider les personnes atteintes de ce trouble. Ce pour quoi un état des lieux des différentes espèces en psychopathologie est nécessaire.

Il a d'abord été question de l'espèce naturelle traditionnelle et de la définition de Richard Boyd, qui définit l'espèce naturelle en tant qu'ensemble de propriétés homéostatique (*Homeostatic Property Cluster* - 1999). Ce type d'espèce est « réel », puisqu'utilisée comme référent au sein d'une explication inductive. L'adhésion des propriétés d'une même classe est déterminée par la structure causale sous-jacente à la catégorie ou la classe en question. Cette structure causale est indépendante des conventions et des théories humaines. Cela dit, la psychiatrie est particulière, en ce sens qu'elle traite des humains et de faits sociaux, et que ceux-ci changent dans le temps. Dans cette discipline scientifique, il n'est pas vrai que les espèces sont indépendantes des normes et conventions humaines. Les humains sont susceptibles de s'adapter et de modifier leurs comportements en fonction de la classification qui leur est attribuée. Leur entourage est susceptible d'en faire de même. Les individus considérés comme déviant de la norme subissent de la stigmatisation des pairs.

L'ensemble de propriétés homéostatique de Richard Boyd est le concept d'espèce naturelle le plus utilisé, mais plusieurs développements se sont faits en psychologie de la psychiatrie dans les dernières années, ce qui a permis de revisiter la notion d'espèce naturelle. Il a été question ici des sous-divisions de l'espèce naturelle faites par Nick Haslam : *dimension*, *practical kind*, *fuzzy kind*, *discrete kind*, *natural kinds*. Ces sous-catégories nous permettent de comprendre que l'anorexie mentale n'est pas une espèce naturelle au sens biologique. De plus, l'essentialisme crée un effet de boucle. Les personnes atteintes d'anorexie sont sensibles à la manière dont elles sont catégorisées. Nick Haslam conclut que le réel problème avec les espèces naturelles en psychiatrie, au sens strict ou non, est qu'elles stigmatisent les individus. Il n'est pas le seul auteur à défendre cette idée. Dominic Murphy, dans *Natural kinds in Folk Psychology and in Psychiatry*, développe sur l'idée que de les espèces naturelles ne sont pas seulement nocives en clinique, mais tout autant dans l'opinion populaire. Selon lui, nous nous devons de faire une distinction entre les causes biologiques et les causes sociales qui causent les maladies mentales et les troubles mentaux. Ce ne sont pas toutes les classifications présentées dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* qui sont causées par une dysfonction biologique. Nous ne

connaissions pas d'ailleurs les causes exactes de plusieurs troubles mentaux. Il faut donc se garder une réserve dans la conceptualisation que l'on fait des troubles mentaux. Ian Hacking défend l'idée que la classification de maladies et de troubles mentaux est une classification d'agents humains, et que cette classification est donc emplie de charges évaluatives. Plus une classe comporte de charges évaluatives, plus elle influence le comportement des individus catégorisés par elle. D'ailleurs, comme nous l'avons explicité, l'anorexie est une maladie qui débute par l'application d'une norme sociale liée à une évaluation morale. Notre société actuelle associe la minceur à une personne en contrôle. La personne mince est considérée comme travaillante et proactive, à l'inverse d'une personne obèse qui sera perçue comme lâche, paresseuse et dispersée. De ce fait, lorsque nous attribuons la catégorisation d'anorexique à un individu, nous lui portons un jugement moral.

Ainsi, un effet de boucle se produit : l'individu et l'entourage de l'individu réagissent à la catégorie attribuée. À mon sens, il semble très peu approprié de mettre un critère de poids dans la définition de l'anorexie lorsque l'on sait que le poids est justement le cheval de bataille des personnes atteintes d'anorexie et qui y voient une valeur morale. Cette définition martel l'idée qu'il y a un poids « normal » et un poids « spécial ». Une personne atteinte d'anorexie cherche à être « hors-norme », et la définition clinique de l'anorexie renforce cet idéal en fournissant des critères.

When I got to treatment the first time, I was not one of the emaciated ones. I was definitely slim, far thinner than is normal or attractive, but because I was not visibly sick, the very picture of sick, because I did not warrant the coveted title of Anoretic, I was embarrassed.¹⁴⁶

Cette citation, provenant du mémoire de Mary Horbacher, nous indique que la notion de « vrai anorexique » est bel et bien représentée chez les personnes souffrantes de troubles alimentaires. Des implications normatives de telles sortes appellent à une redéfinition de l'*anorexia nervosa* et, pour revoir cette définition, il est impératif de se questionner sur ce que nous connaissons de ce trouble réellement.

Ce pourquoi, dans le deuxième chapitre, je me questionnais sur la nature ontologique de l'anorexie mentale. En parallèle avec les recherches du philosophe Ian Hacking et en continuité avec le premier chapitre, j'explorais le concept de trouble mental « transitoire ». Les causes connues de l'anorexie sont majoritairement psychosociales et s'inscrivent dans une temporalité

¹⁴⁶ Hornbacher, Marya. *Wasted: A Memoir of Anorexia and Bulimia*. New York, NY: Harper Perennial, 2006, p.153.

historique bien définie. Suite à l'étude de la niche écologique de l'anorexie mentale, on peut être d'avis qu'il s'agit d'un trouble transitoire, car l'anorexie est une espèce humaine au sens où l'entend Ian Hacking, et qu'elle est située dans un espace-temps qui répond à tous les critères d'une niche écologique : l'anorexie avait une place au sein de la taxonomie déjà existante, elle a émergé dans un moment de polarité culturelle, elle est observable en tant qu'un désordre de l'équilibre « normal » et, autant le trouble transitoire est souffrant, autant il est libérateur pour l'individu. Si l'anorexie mentale est « transitoire », alors ce trouble mental doit être redéfini. Grâce à ce que nous connaissons des comportements généraux de l'anorexie mentale, il est possible d'établir des pistes pour une redéfinition du trouble. Comme la responsabilité est le nœud du problème pour que les personnes atteintes de ce trouble reçoivent de l'aide et comme le bien-être des patientes est le but recherché, il est impératif de se questionner sur le contrôle de soi et l'autonomie des personnes atteintes d'anorexie. Le contrôle de soi est une part importante des troubles alimentaires. L'anorexie se définit par un maintien des comportements restrictifs lorsqu'il en vient à s'alimenter. Ce qui débute par un simple régime est maintenu et intensifié dans le temps. Contrairement aux formes de dépendances, qui se traduisent par un manque de contrôle de soi ou *akrasie*, l'anorexie est aggravée par un trop grand contrôle de soi.

George Ainslie souligne quatre effets négatifs d'un trop grand contrôle : le but devient plus important que le bien-être de l'individu, chaque défaillance est perçue comme un grand échec, le contrôle de soi favorise les perceptions erronées et le contrôle de soi favorise la compulsions. Ces quatre effets s'observent chez les personnes atteintes d'anorexie. La notion de contrôle est paradoxale chez les patientes car, à un certain point, c'est le contrôle lui-même qui conditionne les comportements des individus atteints d'anorexie. Le contrôle sur la nourriture, l'exercice et la routine et, dans une mesure plus générale, le poids, deviennent obsessifs mais, de manière plus importante, compulsifs. Selon Mele, il y a une importante distinction entre le contrôle et l'autonomie. On peut exercer un contrôle de soi en suivant des ordres qui nous sont donnés par autrui, mais cela n'est pas de l'autonomie. Exceller dans le contrôle de soi n'est pas nécessairement synonyme d'autonomie car si le contrôle de soi se base sur des valeurs ou croyances externes, alors il n'est pas autonome. Cette distinction entre ces deux éléments fait douter de l'autonomie des personnes atteintes d'anorexie, et donc de leur responsabilité. L'autre élément de remise en cause est la fonctionnalité des processus cognitifs des patientes. Lorsque l'individu atteint d'anorexie développe des comportements obsessifs compulsifs, il est clair qu'à

ce moment, les processus cognitifs sont altérés. Nous avons suffisamment de raisons de penser que les personnes atteintes d'anorexie ne sont pas autonomes, et qu'elles ne sont donc pas responsables de leur condition. Ainsi, elles ont besoin d'une aide médicale et psychiatrique. Il faut que la définition de l'anorexie permette le meilleur traitement possible. Comme je crois que les maladies mentales et les troubles mentaux sont des espèces humaines, et qu'il se crée un effet de boucle entre la définition et l'individu, il est primordial de définir l'anorexie de manière à ce que la définition n'ait pas d'implications normatives nocives pour les patientes. Considérant que nous n'avons pas toutes les informations quant à l'approche clinique à utiliser, nous nous devons d'être pragmatique selon Ian Hacking.

Pour conclure ce mémoire, je proposerai une conceptualisation élargie de l'anorexie mentale. Ce texte présentait les implications normatives d'une définition de l'*anorexia nervosa* comme maladie en soi, tout en offrant des pistes sur ce que n'est pas ce trouble, conceptuellement parlant, c'est-à-dire une dépendance. Bien entendu, ce n'est pas une dépendance si l'on accepte les présupposés de la picoéconomie qu'offre Ainslie. Même si on refuse ses présupposés, il reste que l'anorexique perçoit différemment les récompenses d'une personne saine ou d'une personne *addict*. L'anorexique fonctionne selon des règles afin d'atteindre une norme. Ces règles envahissent le bien en lui-même, servent les défaillances, les idées fausses et les compulsions. Précisons qu'il n'est pas question d'intentionnalité chez l'anorexique. Bien que cette question soit sujette à débat, il semble beaucoup plus évident que l'*anorexia nervosa* se développe pour « calmer » une peur, ou de l'anxiété, comme il est le cas du trouble obsessionnel compulsif. Une piste possible est que l'*anorexia nervosa* ne soit pas considérée comme une maladie en soi. Il y a des raisons de croire que ce trouble s'apparente conceptuellement à un trouble obsessionnel compulsif. L'anorexique souffre d'une peur irrationnelle ou d'une obsession qui est celle de grossir, et pose des actions compulsives pour ne pas empêcher la prise de poids. Les études en neuropsychologie démontrent que l'anorexique remplit les critères du TOC (perfectionnisme, anxiété, dépression, alexithymie, système de récompense altéré, etc.)^{147, 148, 149} Le fait de considérer l'anorexique ainsi serait utile, de manière pragmatique, car cela permettrait de ne pas

¹⁴⁷ Site web officiel OCD-UK. 2004-2013. En ligne : <http://www.ocduk.org/ocd-clinical-classification>

¹⁴⁸ D. Roh, Kim WJ & Kim CH. 2011. *Alexithymia in obsessive-compulsive disorder : clinical corrélates and symptom dimensions*. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21878784>

¹⁴⁹ Figeo, Martijn, Matthijs Vink, Femke de Geus, Nienke Vulink, Dick J. Veltman, Herman Westenberg, and Damiaan Denys. "Dysfunctional Reward Circuitry in Obsessive-Compulsive Disorder." *Biological Psychiatry* 69, no. 9 (May 2011): 867-74. doi:10.1016/j.biopsych.2010.12.003.

lui fournir d'idéal à atteindre et de déceler le trouble obsessionnel avant qu'il soit dans un état critique. J'ai discuté de certaines particularités éthiques qu'impliquent la conceptualisation du trouble d'anorexie nerveuse et je finirai en discutant de la ressemblance entre l'*anorexia nervosa* et le trouble obsessionnel compulsif, ainsi que de quelques avantages logiques, normatifs et éthiques à considérer l'anorexie mentale comme un trouble de personnalité obsessionnelle compulsive.

D'abord, il faut préciser ce que sont les TOC. Comme le nom l'indique, sont composés d'une obsession et d'une compulsion. L'obsession se caractérise par des pensées, des envies ou des images persistantes. Ces obsessions ne sont pas agréables dans la mesure où elles envahissent la vie de l'individu. De ce fait, elles causent du tort et de l'anxiété à l'individu. Les comportements compulsifs deviennent alors le mécanisme d'adaptation de l'individu face à l'obsession intrusive. La compulsion se caractérise par des actes mentaux ou des comportements répétitifs. Elle se transforme en différentes règles rigides qui permettent de calmer l'anxiété encourue par l'obsession. Cela dit, l'acte compulsif ne prévient pas directement contre ce qui est redouté obsessionnellement ou il est excessif. Par exemple, il est irrationnel de penser que le fait d'éteindre et allumer la lumière à 33 reprises éloigne la maladie et il est excessif de se laver quatre fois par jour pour la même raison. Ce qui nous amène au critère B de la définition clinique des troubles obsessionnels et compulsifs : ces obsessions et compulsions subtilisent énormément de temps à l'individu.¹⁵⁰ Cela peut aller de 1 à 3 heures par jour, à une incapacité constante de fonctionner. Il va sans dire que cela cause un dysfonctionnement social aux personnes atteintes de ce trouble mental. Outre le temps consacré à calmer l'anxiété par des comportements compulsifs, l'évitement de situations, de relations ou d'endroit pouvant déclencher l'obsession est parfois accablant.

Cette description est très semblable à ce que vivent les personnes souffrantes d'anorexie. D'ailleurs, Marya Hornbacher y fait référence dans son mémoire :

The obsessive-compulsivity that you used to channel into hyperactive management of time and work is rerouted to a place where it can do some real good, and it twitches in your face like a tic when you sit down, each day, with your chart and your menu.¹⁵¹

Muriel Darmon soutient que les régimes des anorexiques vont du normal à l'obsessionnel.¹⁵² Elle recense deux étapes significatives à l'anorexie. La première étant l'incorporation des individus à

¹⁵⁰ American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013. Voir annexe III.

¹⁵¹ Hornbacher, Marya. *Wasted: A Memoir of Anorexia and Bulimia*. New York, NY: Harper Perennial, 2006, p.151.

l'abstinence alimentaire par l'environnement socioculturel. La deuxième étape est la carrière de l'anorexique. Pendant cette étape, l'individu change physiologiquement et psychologiquement, et son mode de vie est déterminé en fonction de l'abstinence alimentaire. Une transformation de soi s'opère. Il y a, bien sûr, les comportements déviants, comme le calcul compulsif des calories, ou le fait de se faire vomir, mais il y a aussi un engagement dans le maintien de la maigreur. Les personnes souffrant d'anorexie vont parfaire leurs connaissances dans le domaine alimentaire, afin d'exercer un contrôle sur la prise des calories dans le but de sélectionner les aliments en fonction de leur nature. Le calcul et la sélection deviennent très scientifiques et plus une personne devient « talentueuse », plus elle s'exerce à la restriction alimentaire. Le réglage est volontaire. Les personnes souffrant d'anorexie vont « se dégouter » volontairement des aliments, afin de se forger des réflexes. Ce sont ces derniers qui vont donner aux individus la possibilité de continuer dans la carrière anorexique. Pour sortir de la carrière anorexique, l'individu doit se « reprendre en main », il doit refaire une modification de soi, du mode de vie et des habitudes, c'est-à-dire se défaire de tous les comportements compulsifs qui ont été internalisés. Ce que soutient Muriel Darmon est ce qui est représenté dans la citation de Marya Hornbacher. À ce moment, elle est en maison de réhabilitation et affirme que ses comportements obsessionnels et compulsifs sont redirigés vers des comportements tout aussi rigides, mais bons pour sa santé. Il y a effectivement une ressemblance entre l'anorexie et les troubles obsessionnels compulsifs.

D'ailleurs, dans le DSM-V, sous la définition clinique des troubles obsessionnels et compulsifs, il est inscrit : « OCD can be distinguished from anorexia nervosa in that in OCD the obsessions and compulsions are not limited to concerns about weight and food.»¹⁵³ Textuellement, la seule distinction entre les troubles obsessionnels et compulsifs et l'anorexie est l'objet de l'obsession, c'est-à-dire la nourriture et le poids ici. Les TOC atteignent des individus à travers le monde et sont similaires dans la distribution à travers le genre, l'âge, dans les symptômes et dans la comorbidité des symptômes. Cela dit, il est admis dans le DSM-5 qu'il y a des variations dans l'expression des symptômes selon la région, où habitent les individus atteints de TOC et que la culture influence la nature de l'obsession. Donc, pourquoi la nature et l'expression des TOC peut-elle différer selon la région et la culture, mais qu'on fait une

¹⁵² Darmon, Muriel. «Devenir anorexique: une approche sociologique.» la Découverte, 2007, p.79.

¹⁵³ American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013, p.237 à 242. Voir annexe III.

distinction, lorsqu'il s'agit du poids et de l'alimentation? Ce n'est pas parce que l'anorexie atteint majoritairement les femmes, puisqu'il y a déjà une distinction entre les hommes et les femmes dans la nature des obsessions. Généralement, les hommes développent les TOC plus tôt en âge que les femmes et la nature de leur obsession porte plus souvent sur la symétrie, alors que la nature de l'obsession des femmes comprend plus généralement la propreté. Il y a donc une forme de cristallisation de la culture de genre dans les TOC, ce n'est donc pas ce qui empêche l'anorexie d'être considérée comme un TOC.

Mon hypothèse est que l'anorexie est un trouble mental très dangereux pour la santé physique et que, pour des raisons cliniques, les cliniciens ont besoin d'une notion de poids pour délimiter à quel moment le manque de nourriture est dangereux pour la personne. Les personnes à trouble alimentaire en sous-poids ont besoin d'une plus grande surveillance qu'une personne qui est encore dans un poids « santé ». Cela dit, le fait de mettre un poids dans la définition de l'anorexie, comme c'est le cas présentement, est normatif et très nocif pour les personnes atteintes d'anorexie. Comme nous l'avons vu à l'aide des recherches d'Ian Hacking, plus une espèce humaine est connotée moralement, plus elle a de chances d'être vulnérable à la définition qu'on lui accole et, de facto, que l'on appose à l'individu. La légèreté est empli de charge évaluative morale, ainsi, l'anorexie, qui se veut une recherche intentionnelle ou non de la légèreté, est un trouble mental empli de charge évaluative morale.

Not eating, in some ways, signifies that you have a life so full, that your busy-ness is so important, that food would be an imposition on your precious time. We claim a loss of appetite, a most-sacred aphysicality, superwomen who have conquered the feminine realm of the material and finally gained access to the masculine realm of the mind.¹⁵⁴

Marya Hornbacher exemplifie tout l'attachement moral de l'anorexie, lorsqu'elle écrit sur la dichotomie entre le matériel, élément féminin et l'esprit, élément masculin. J'ajouterai les paroles de la chanson *Me and Mia*, de Ted Leo and The Pharmacists, sur les troubles alimentaires : « All the bourgeois social angels telling you you've got to change don't have any idea. They'll never see so clear, but don't forget what it really means to hunger strike when you don't really need to. Some are dying for a cause, but that don't make it yours. » La chanson fait l'analogie entre l'anorexie et une grève de la faim pour des raisons politiques. Pourtant, en aucun cas, il ne faut pas, à mon avis, comprendre l'anorexie comme une lutte consciente de l'individu contre notre

¹⁵⁴ Hornbacher, Marya. *Wasted: A Memoir of Anorexia and Bulimia*. New York, NY: Harper Perennial, 2006, p.118.

culture temporellement et spatialement située, mais il s'agit bien d'un combat : un combat contre son propre corps, contre le corps féminin devenu objet et ennemi au sein de cette culture temporellement et spatialement située. Ces exemples servent à imaginer l'anorexie comme une recherche du « bon » en notre société. Ce pourquoi, il faut faire particulièrement attention à la définition qu'on donne à ce trouble, puisqu'un effet de boucle est susceptible de s'en suivre, et que le but de la psychopathologie est d'aider les patients.

Mon hypothèse est que la définition de ce trouble doit être revue et qu'elle ne doit plus inclure une notion de poids. De cette manière, nous pourrions enlever l'importance du poids dans la définition. Certes, la notion de poids est importante pour déterminer si une personne est en danger imminent, mais cette personne doit recevoir de l'aide avant que le danger ne devienne imminent. Elle doit recevoir de l'aide quand ses comportements compulsifs l'empêchent de vivre normalement. Tout comme un TOC, cette personne doit recevoir de l'aide lorsque son obsession lui impute plusieurs heures de sa journée et que ses mécanismes d'adaptation deviennent excessifs et compulsifs.

Mon but avec ce mémoire n'était pas de redéfinir le trouble mental qu'est l'anorexie. Je ne suis pas psychiatre et ce n'est donc pas ma tâche de redéfinir ce trouble. Cela dit, en tant que philosophe, je me suis questionnée sur les problématiques épistémologiques et ontologiques de la définition de l'*anorexia nervosa*. En d'autres termes, les considérations concernant la plausibilité d'une conception de l'anorexie, ces dernières ayant traits aux raisons de croire que cette maladie a certaines caractéristiques. Je considère que les implications normatives de cette dernière sont suffisamment nocives pour qu'on tente une redéfinition du trouble. Les problématiques épistémologiques soulèvent les questions suivantes, entre autres : quelle approche psychiatrique est la plus efficace pour aider les patientes? Sous quelle espèce doit-on considérer l'anorexie? L'anorexie peut-elle être un trouble transitoire? Si tel est le cas, ce que l'histoire tend à nous faire croire, comment pouvons-nous redéfinir ce trouble? J'ai tenté, par mes questionnements ontologiques de fournir des pistes quant à la redéfinition de ce trouble. Ce que l'on sait sur ce dernier, présentement, est qu'il n'y a pas de preuves suffisantes pour penser qu'il est biologique, mais que les études démontrent que le contrôle de soi est extrêmement présent chez les personnes souffrant d'anorexie. Ce contrôle de soi et la dénutrition causent des comportements obsessionnels et compulsifs. Définir l'anorexie comme un TOC permettrait de prendre en charge le trouble plus tôt et de travailler à rediriger les comportements avant que le poids ne devienne trop bas. Comme

l'a exprimé Muriel Darmon : pour qu'un individu puisse guérir de l'anorexie, il doit s'engager dans un travail sur soi, dans un nouvel engagement et dans le maintien de nouveaux comportements. Si l'on ne définit pas l'anorexie comme un TOC, pour une raison ou une autre, je crois tout de même que le critère principal de définition ne devrait pas figurer dans la définition de l'*anorexia nervosa*.

Bibliographie

- Agman, G., M. Corcos, and Ph. Jeammet. "Troubles des conduites alimentaires." In *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Éditions techniques., 37–350 – A – 10. Psychiatrie. Paris: Éditions techniques, 1994.
- Ainslie, George. "Précis of Breakdown of Will." *Behavioral and Brain Sciences* 28, no. 05 (October 2005). doi:10.1017/S0140525X05000117.
- . "Pure Hyperbolic Discount Curves Predict 'eyes Open' Self-Control." *Theory and Decision* 73, no. 1 (July 2012): 3–34. doi:10.1007/s11238-011-9272-5.
- American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.
- Arcelus, Jon. "Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-Analysis of 36 Studies." *Archives of General Psychiatry* 68, no. 7 (July 1, 2011): 724. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
- Barlow, David H, Vincent Mark Durand, and Sherry H Stewart. *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*. Toronto: Nelson Education, 2012.
- Batis, Najoua. "Santé Mentale, Maladie Mentale, Trouble Mental : Mais de Quoi Parle-T-on ?" Association Socialiste de la Personne Handicapée, juillet 2014. <http://www.asph.be/Documents/analyses-etudes-2014/Analyse-2014-11-Sante-mentale-maladie-mentale-trouble-mental-de-quoi-parle-t-on.pdf>.
- Beauvoir, Simone de, Constance Borde, and Sheila Malovany-Chevallier. *The Second Sex*. New York: Vintage, 2011.
- Benoît-Lamy, S, P Boyer, Marc-Antoine Crocq, Julien Daniel Guelfi, Pierre Pichot, Norman Sartorius, and American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Masson, 2005.
- Bordo, Susan. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. 10. anniversary ed., [Nachdr.]. Berkeley, Calif.: Univ. of California Press, 2013.
- Boyd, Richard. "Realism, Anti-Foundationalism and the Enthusiasm for Natural Kinds." *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition* 61, no. 1/2 (1991): 127–48.
- Bruch, H. "Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa." *Psychosomatic Medicine* 24 (April 1962): 187–94.
- "Classifying Eating Disorders - DSM-5." *Eating Disorders Victoria*, November 25, 2016. <https://www.eatingdisorders.org.au/eating-disorders/what-is-an-eating-disorder/classifying-eating-disorders/dsm-5#anorexia>.
- "Clinical Classification of OCD." *OCD UK*, 2017. <http://www.ocduk.org/ocd-clinical-classification>.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, ed. "Item 296 : Aménorrhée : Aménorrhée Secondaire," 2011 2010. http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item296_2/site/html/cours.pdf.
- Darmon, Muriel. "Devenir anorexique: une approche sociologique." *la Découverte*, 2007.
- Duker, Marilyn, and Roger Slade. *Anorexia Nervosa and Bulimia: How to Help*. Milton Keynes ; Philadelphia: Open University Press, 1988.
- Engel, Bridget, Natalie Staats Reiss, and Mark Dombeck. "Causes Of Eating Disorders - Biological Factors Continued." *Mentalhelp*, 2007. <https://www.mentalhelp.net/articles/causes-of-eating-disorders-biological-factors->

continued/.

Figee, Martijn, Matthijs Vink, Femke de Geus, Nienke Vulink, Dick J. Veltman, Herman Westenberg, and Damiaan Denys. "Dysfunctional Reward Circuitry in Obsessive-Compulsive Disorder." *Biological Psychiatry* 69, no. 9 (May 2011): 867–74.

doi:10.1016/j.biopsych.2010.12.003.

Giordano, Simona. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Issue in Biomedical Ethics. Oxford: Clarendon Press, 2007.

Gravel, Pauline. "L'anorexie: Un Trouble Génétique Induit Par L'environnement." *Le Devoir*, février 2015. <http://www.ledevoir.com/societe/science-et-technologie/431172/l-anorexie-un-trouble-genetique-induit-par-l-environnement>.

Hacking, Ian. "A Tradition of Natural Kinds." *Philosophical Studies* 61, no. 1–2 (February 1991): 109–26. doi:10.1007/BF00385836.

———. "« Les philosophes de l'expérience »1 (Philosophers of Experiment)." *Tracés*, no. 9 (September 1, 2005): 67–82. doi:10.4000/traces.201.

———. *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. 1. Harvard Univ. Press paperback ed. Cambridge, Mass: Harvard Univ. Press, 2002.

Halmi, Katherine A., Suzanne R. Sunday, Michael Strober, Alan Kaplan, D. Blake Woodside, Manfred Fichter, Janet Treasure, Wade H. Berrettini, and Walter H. Kaye. "Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior." *American Journal of Psychiatry* 157, no. 11 (November 2000): 1799–1805. doi:10.1176/appi.ajp.157.11.1799.

Halse, Christine, Anne Honey, and Desiree Boughtwood. "The Paradox of Virtue: (re)thinking Deviance, Anorexia and Schooling." *Gender and Education* 19, no. 2 (March 2007): 219–35. doi:10.1080/09540250601166068.

Hämmerli, Katja, Andrea Wyssen, Daniela Dremmel, Gabriella Milos, Bettina Isenschmid, Stephan N. Trier, and Simone Munsch. "Recommandations Relatives Au Diagnostic et Au Traitement Des Troubles Alimentaires: Un Commentaire." *Forum Med Suisse*, 2013.

Hornbacher, Marya. *Wasted: A Memoir of Anorexia and Bulimia*. New York, NY: Harper Perennial, 2006.

Howard, Linda. *Dying to Please*. New York: Ballantine Books, 2003.

Ionescu, Serban. *14 approches de la psychopathologie*. Paris: Armand Colin, 2005.

Keyes, J. L. "Blood-Gas Analysis and the Assessment of Acid-Base Status." *Heart & Lung: The Journal of Critical Care* 5, no. 2 (April 1976): 247–55.

Kincaid, Harold, and Jacqueline A. Sullivan, eds. *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*. Philosophical Psychopathology. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2014.

Laségue, null. "On Hysterical Anorexia (a). 1873." *Obesity Research* 5, no. 5 (September 1997): 492–97.

MacSween, Morag. *Anorexic Bodies: A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*. London ; New York: Routledge, 1995.

Merleau-Ponty, Maurice. *Phenomenology of Perception*. London: Routledge, 2012.

Nowakowski, Matilda E, Traci McFarlane, and Stephanie Cassin. "Alexithymia and Eating Disorders: A Critical Review of the Literature." *Journal of Eating Disorders* 1, no. 1 (2013): 21. doi:10.1186/2050-2974-1-21.

Orbach, Susie. *Hunger Strike the Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age*. London: Karnac Books, 2005. <http://site.ebrary.com/id/10477667>.

- Ouellet, Lucie. "Notions de bases sur les maladies mentales." Institut universitaire en santé mentale de Québec, Février 2012.
- "Psychiatric Disorders Are Not Natural Kinds.pdf," n.d.
- Radden, Jennifer, ed. *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*. 1. issued as an Oxford Univ. Press paperback. International Perspectives in Philosophy and Psychiatry. Oxford: Oxford Univ. Press, 2007.
- Rodriguez-Pereyra, Gonzalo. "Nominalism in Metaphysics." *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edward N. Zalta, Hiver 2016. <https://plato.stanford.edu/entries/nominalism-metaphysics/#toc>.
- Roh, Daeyoung, Woo-Jung Kim, and Chan-Hyung Kim. "Alexithymia in Obsessive-Compulsive Disorder: Clinical Correlates and Symptom Dimensions." *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199, no. 9 (September 2011): 690–95. doi:10.1097/NMD.0b013e318229d209.
- Rubin, Michael. "Is Goodness a Homeostatic Property Cluster?" *Ethics* 118, no. 3 (April 2008): 496–528. doi:10.1086/533507.
- Steinglass, Joanna E., Bernd Figner, Staci Berkowitz, H. Blair Simpson, Elke U. Weber, and B. Timothy Walsh. "Increased Capacity to Delay Reward in Anorexia Nervosa." *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS* 18, no. 4 (July 2012): 773–80. doi:10.1017/S1355617712000446.
- Stein, L. "Norepinephrine Reward Pathways: Role of Self-Stimulation, Memory Consolidation, and Schizophrenia." *Nebraska Symposium on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation* 22 (1975): 113–59.
- Straus, Erwin W. *Phenomenological Psychology. Phenomenology, Background, Foreground & Influences* 15. New York: Garland Pub, 1980.
- Tekin, Serife. "The Missing Self in Hacking's Looping Effects." In *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds. Philosophical Psychopathology*, 38. Philosophical Psychopathology. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2014.
- Yaffe, Gideon. "Are Addicts Akratic?" In *Addiction and Self-Control*, edited by Neil Levy, 190–213. Oxford University Press, 2013. <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199862580.001.0001/acprof-9780199862580-chapter-10>.
- Young, Iris Marion. *On Female Body Experience: "Throwing like a Girl" and Other Essays. Studies in Feminist Philosophy*. New York: Oxford University Press, 2005.
- Young, Iris Marion, and Danielle S. Allen. *Justice and the Politics of Difference*. Paperback reissue. Princeton, N.J: Princeton University Press, 2011.

Annexe I

DSM-IV Diagnostic Criteria for Eating Disorders

The DSMIV (Diagnostic and Statistical Manual, volume 4) provides guidelines and criteria for mental disorders. In terms of eating disorders the DSM IV provides diagnostic criteria for anorexia, bulimia and eating disorders NOS (not otherwise specified). It is important to remember that someone can still have an eating disorder or body image issues and not meet the diagnostic criteria.

ANOREXIA NERVOSA

A refusal to maintain body weight at or above a minimally normal weight for age and height (e.g. weight loss leading to a maintenance of body weight less than 85% of that expected, or failure to make expected weight gain during period of growth, leading to body weight less than 85% of that expected).

- B.** Intense fear of gaining weight or becoming fat, even though underweight.
- C.** Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or denial of the seriousness of the current low body weight.
- D.** In postmenarcheal females, amenorrhea, i.e. the absence of at least three or more consecutive menstrual cycles. (A woman is considered to have amenorrhea if her periods occur only following hormone, e.g. oestrogen, administration).

Référence

Benoît-Lamy, S, P Boyer, Marc-Antoine Crocq, Julien Daniel Guelfi, Pierre Pichot, Norman Sartorius, and American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Masson, 2005.

Annexe II

DSM-V Diagnostic Criteria for Eating Disorders

A. Restriction of energy intake relative to requirements leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. Significantly low weight is defined as a weight that is less than minimally normal, or, for children and adolescents, less than that minimally expected.

B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.

C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.

Specify current type:

Restricting Type: during the last three months, the person has not engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)

Binge-Eating/Purging Type: during the last three months, the person has engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)

Référence

American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.

Annexe III

DSM-V Diagnostic Criteria for Obsessive-Compulsive Disorder

A. Presence of obsessions, compulsions, or both:

Obsessions are defined by (1) and (2): 300.3 (F42)

Recurrent and persistent thoughts, urges, or images that are experienced, at some time during the disturbance, as intrusive and unwanted, and that in most individuals cause marked anxiety or distress.

The individual attempts to ignore or suppress such thoughts, urges, or images, or to neutralize them with some other thought or action (i.e., by performing a compulsion).

Compulsions are defined by (1) and (2):

1. Repetitive behaviors (e.g., hand washing, ordering, checking) or mental acts (e.g., praying, counting, repeating words silently) that the individual feels driven to perform in response to an obsession or according to rules that must be applied rigidly.

2. The behaviors or mental acts are aimed at preventing or reducing anxiety or distress, or preventing some dreaded event or situation; however, these behaviors or mental acts are not connected in a realistic way with what they are designed to neutralize or prevent, or are clearly excessive.

Note: Young children may not be able to articulate the aims of these behaviors or mental acts.

The obsessions or compulsions are time-consuming (e.g., take more than 1 hour per day) or cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

The obsessive-compulsive symptoms are not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition.

The disturbance is not better explained by the symptoms of another mental disorder (e.g., excessive worries, as in generalized anxiety disorder; preoccupation with appearance, as in body dysmorphic disorder; difficulty discarding or parting with possessions, as in hoarding disorder; hair pulling, as in trichotillomania [hair-pulling disorder]; skin picking, as in excoriation [skin-picking] disorder; stereotypies, as in stereotypic movement disorder; ritualized eating

behavior, as in eating disorders; preoccupation with substances or gambling, as in substance-related and addictive disorders; preoccupation with having an illness, as in illness anxiety disorder; sexual urges or fantasies, as in paraphilic disorders; impulses, as in disruptive, impulse-control, and conduct disorders; guilty ruminations, as in major depressive disorder; thought insertion or delusional preoccupations, as in schizophrenia spectrum and other psychotic disorders; or repetitive patterns of behavior, as in autism spectrum disorder).

Référence

American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013