



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

## La tanière et le territoire : esquisse d'une topo-analyse des troubles du comportement alimentaire

*The den and the territory: Outline of a topo-analysis of eating disorders*

Michael Saraga<sup>a,\*</sup>, Hubert Wykretowicz<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de Psychiatrie Générale, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, avenue de Beaumont 23, 1011 Lausanne, Suisse

<sup>b</sup> Service de Psychiatrie de Liaison, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, 1011 Lausanne, Suisse



### INFO ARTICLE

#### Historique de l'article :

Reçu le 30 novembre 2020

Accepté le 7 juin 2021

Disponible sur Internet le 12 novembre 2021

#### Mots clés :

Cas clinique

Covid-19

Émancipation

Logement

Phénoménologie

Relation familiale

Trouble du comportement alimentaire

### R É S U M É

Sur la base d'un travail clinique auprès de quatre patientes adultes souffrant de troubles du comportement alimentaire, nous décrivons deux modalités articulées de l'habitat : la tanière et le territoire. Le territoire est la maison parentale, où les patientes ont grandi ; la tanière est leur logement actuel. Le territoire est un lieu de rivalité et de conflits avec les parents et la fratrie. Les patientes y sont intensément attachées, elles exercent une surveillance étroite impliquant de fréquentes visites d'inspection, et réagissent fortement aux changements dans la maison. Même en leur absence, elles hantent le territoire. En contraste, la tanière est peu investie, presque un lieu de circonstance, la possibilité d'une fuite rompant tout lien avec le monde extérieur, pour s'abandonner aux crises boulimiques. Elle constitue une échappatoire aux exigences posées par les relations sociales, vécues douloureusement comme un danger d'empiètement ou de rejet. Nous suggérons ainsi que les troubles alimentaires, en lien avec des difficultés fondamentales dans le processus d'émancipation, produisent des altérations spécifiques dans le mode d'habitat. Ces altérations se renforcent mutuellement et peuvent se comprendre comme des solutions pathologiques aux difficultés d'émancipation. Cette première description clinique invite à poursuivre, de façon plus systématique, l'investigation empirique des enjeux liés à l'habitat dans cette population.

© 2021 L'Auteur(s). Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### A B S T R A C T

**Objectives.** – Clinical and phenomenological exploration of the manner in which patients with eating disorders inhabit their dwellings.

**Methods.** – Discussion of a series of four adult patients treated in long-term psychotherapy.

**Results.** – We describe two distinct, interrelated modes of dwelling: the den and the territory. The territory is the parental home, where the patients grew up; the den is the current place of living. The territory is an arena of rivalry and conflicts with parents and siblings. Patients have a strong attachment to the territory, exerting a sharp surveillance through frequent inspection visits, with violent reactions to changes happening in the house. Even in their absence, they haunt the territory. In contrast, the den is a place where they disappear, severing all links with the outside world and abandoning themselves to binge eating. The den is an escape from the demands of social relationships, painfully experienced as intrusions or the threat of desertion.

**Conclusions.** – Eating disorders, because they are related to fundamental difficulties in the processes of emancipation, result in specific, altered modes of dwelling. These alterations are mutually reinforcing, and can be understood as pathological solutions developed in response to difficulties in the emancipation process. Systematic, empirical studies would help to shed more light on modes of dwelling in eating disorders. These aspects of the patients' experience should be included in clinical care.

© 2021 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### Keywords:

Clinical case

Covid-19

Eating disorder

Emancipation

Family relationship

Housing

Phenomenology

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [michael.saraga@chuv.ch](mailto:michael.saraga@chuv.ch) (M. Saraga).

[L'œuvre de] Bachelard, les descriptions des phénoménologiques nous ont appris que nous ne vivons pas dans un espace homogène et vide, mais, au contraire, dans un espace qui est tout chargé de qualités, un espace, qui est peut-être aussi hanté de fantasme ; l'espace de notre perception première, celui de nos rêveries, celui de nos passions détiennent en eux-mêmes des qualités qui sont comme intrinsèques ; c'est un espace léger, éthéré, transparent, ou bien c'est un espace obscur, rocaillieux, encombré : c'est un espace d'en haut, c'est un espace des cimes, ou c'est au contraire un espace d'en bas, un espace de la boue, c'est un espace qui peut être courant comme l'eau vive, c'est un espace qui peut être fixé, figé comme la pierre ou comme le cristal.

M. Foucault, *Des espaces autres* ([15], p.754).

## 1. Introduction

Nous proposons ici une contribution à la psychopathologie des troubles du comportement alimentaire (TCA). Elle s'appuie sur un travail clinique auprès de patientes chez qui nous avons repéré une forme particulière d'investissement de l'habitat, articulant deux lieux configurés de façon contrastée, que nous désignons comme *tanière* et *territoire*. Ces deux modalités de l'habitat sont étroitement solidaires l'une de l'autre, aménageant un espace dans lequel les patientes peuvent circuler, mais aussi échapper aux contraintes du *monde social* qui en est l'horizon. « Tanière » est le terme employé par une patiente pour désigner son logement, un appartement peu investi, qu'elle n'a pas choisi, où elle ne fait guère que dormir et s'adonner aux crises boulimiques, un lieu coupé du monde, constituant un refuge désespérant. Chez les trois autres patientes, on trouve des configurations qui peuvent se comprendre comme des aménagements de « tanières ». Nous avons choisi d'appeler « territoire » la demeure familiale où les patientes ont grandi, parce qu'il est, en contraste avec la tanière, intensément investi, l'objet d'un jeu de surveillance et de contre-surveillance, de rivalités et de luttes de pouvoir, un terrain à reconquérir ou à défendre.

Les termes de tanière et territoire puisent dans le répertoire animalier leur puissance évocatrice, mais ils n'y trouvent aucune vertu explicative. Il existe des analyses éthologiques, parfois très fécondes, cherchant à lier les comportements pathologiques à des comportements similaires observés chez tel ou tel animal [9]. Cependant, nous n'avons pas trouvé, chez les éthologues, d'échos zoologiques à ce que vivent nos patientes. Nous ne prétendons donc pas assimiler les crises boulimiques de nos patientes dans leur tanière au repas d'un renard dans la sienne ; et le territoire de la maison familiale ne nous paraît ni celui du merle [10], ni celui du loup [29], ni d'aucune autre bête « territorialisante » [8].

Notre étude est avant tout une observation clinique, basée sur une série de cas. Au cours d'un long travail psychothérapeutique avec quatre patientes, nous avons été frappés par des redondances, des récurrences, des échos entre ce que disait l'une ou l'autre. Nous n'avons pas spécifiquement exploré ces questions d'habitat, elles se sont plutôt progressivement imposées à nous. En présentant les cas, nous nous adressons surtout aux cliniciens ; pour le dire autrement, c'est la clinique qui devrait confirmer la fécondité de notre observation. Nous aborderons cependant les questions touchant aux limites de l'étude, avec le normal d'une part (les vicissitudes de l'entrée dans l'âge adulte), et le pathologique d'autre part (les tableaux similaires présents dans d'autres pathologies).

Nous commençons par la présentation des cas, qui permet ensuite de décrire, aussi soigneusement que possible, ce que nous

entendons par tanière, territoire et monde public. Nous situons ensuite notre proposition dans le cadre plus large des différentes approches psychopathologiques des TCA, soulignant ce qui fait selon nous l'intérêt des questions d'habitat pour la rencontre clinique.

## 2. Présentation des cas

C'est chez la première patiente que la tanière prend la forme la plus extrême, la plus clairement visible. Nous présentons ensuite une patiente chez qui on peut voir une sorte de stratégie de protection contre la tanière, assez similaire à ce qu'avait tenté de mettre en place, en vain, la première patiente ; elle nous permet d'esquisser une première description du territoire, et montre le va-et-vient entre les deux lieux. La troisième patiente est plus jeune et vit toujours chez ses parents ; on perçoit, au sein d'une maison qui a les traits d'un territoire, la constitution d'une chambre-tanière. La quatrième est celle qui a appelé son logement une « tanière », et chez qui le territoire apparaît le plus clairement.

### 2.1. Le désir d'une tanière

Nous avons suivi Mme A. pendant deux ans. Elle a 38 ans lorsqu'elle nous est adressée, en 2016, par un centre universitaire spécialisé dans les TCA, pour une psychothérapie psychanalytique. Elle présente alors une anorexie grave depuis quinze ans, avec un index de masse corporelle oscillant entre 13 et 17, accompagnée de crises de grignotage nocturnes irrésistibles, parfois associées à des prises de laxatifs. Elle a tendance à voler la nourriture et à l'entreposer dans toutes sortes de cachettes (sous son lit, à la cave, dans des meubles, etc.). Elle est hyperactive, passant des heures à déambuler en ville. Lorsque nous la rencontrons, elle vit depuis un an dans une institution accueillant des patients souffrant de divers troubles psychiques. Elle exprime d'emblée son opposition à cette situation, disant souhaiter un appartement à elle, même si elle est très attachée à sa psychologue référente. Elle se plaint de se sentir surveillée, contrôlée en permanence ; c'est, de fait, une des raisons de l'encadrement que de fonctionner comme une limite partielle à ses grignotages compulsifs. Après deux ans de thérapie, elle finit par entreprendre des démarches pour trouver un logement, et elle emménage rapidement dans le premier studio meublé qu'elle trouve.

Dès qu'elle s'y installe, ses grignotages augmentent considérablement, s'accompagnant désormais d'un comportement de mâchonnement et recravage envahissant, qu'elle avait déjà adopté dans le passé et dont la reprise la dégoûte et la désespère. Elle éprouve surtout une angoisse intense face à ce qu'elle vit comme une perte complète de contrôle sur son comportement alimentaire. Du logement lui-même, elle ne dit rien, il apparaît comme un espace indifférent, proche d'une chambre d'hôtel. Cet épisode illustre une forme extrême de tanière : c'était bien son désir que de se soustraire aux exigences d'autrui, au regard permanent des résidents et des professionnels du foyer ; cependant, privée de ce contrôle externe, elle ne trouve pas en elle de quoi constituer une limite.

Consciente du problème, elle cherche une solution : deux mois plus tard, elle emménage dans l'appartement d'une connaissance, absente pour une année, qui lui sous-loue son logement. Dans cet appartement déjà habité et où elle est ainsi dans une position ambiguë, ni tout à fait invitée ni tout à fait chez elle, elle peut retrouver un certain contrôle, qui cependant s'avérera insuffisant pour qu'elle évite une nouvelle hospitalisation. Relevons encore que, durant cette période hors institution, elle se rend plusieurs fois par semaine chez ses parents, où elle fait notamment toutes ses lessives.

## 2.2. Éviter la tanière

Nous suivons Mme B. depuis quatre ans. Elle nous est adressée à l'âge de 32 ans, par le même centre, pour une psychothérapie. Elle présente depuis ses 25 ans un TCA, avec des crises de boulimie alors disparues, des restrictions alimentaires et une préoccupation pondérale persistantes. Ses parents vivent non loin de la ville de V., dans la maison où elle a grandi. Elle-même habite à W., à environ 150 kilomètres de V. Le cabinet où elle est reçue en thérapie se trouve à mi-chemin. Mme B. souffre de sautes d'humeur et d'une certaine rigidité dans ses relations, ainsi que d'une mauvaise estime de soi, mais elle fonctionne relativement bien. Elle a un travail et semble à première vue assez autonome. Il faut cependant relever qu'elle rentre à V. très souvent (toutes les une à deux semaines). Ces séjours se passent souvent mal, marqués par des conflits avec sa mère (notamment au sujet de l'alimentation), mais aussi par sa tendance à chercher à prendre le contrôle de la vie familiale et du couple parental. Elle reproche à sa mère l'abondance de nourriture, en particulier sucrée, qu'elle trouve dans les placards de la cuisine que, le plus souvent, elle ne résiste pas à ouvrir. Elle mange d'ailleurs très différemment à V., où elle ne peut s'empêcher de céder aux multiples tentations caloriques de la cuisine, et à W., où elle se limite strictement à des crudités. C'est encore son père qui paie ses assurances, et elle est toujours officiellement domiciliée à V. ; c'est là qu'elle paie ses impôts, par exemple, dont la déclaration est aussi faite par son père. Il semble qu'elle ne soit pas tout à fait partie de chez ses parents. Elle est d'ailleurs la seule de sa fratrie à y avoir encore sa chambre. De plus, elle éprouve un besoin impérieux d'y retourner régulièrement, souvent en invoquant son besoin de bien dormir.

En effet, à W., elle vit au centre-ville et dort mal. Elle partage l'appartement, qu'elle sous-loue clandestinement depuis plusieurs années à une amie résidant à l'étranger (qui a donc gardé le bail), avec des colocataires successifs. Elle exprime clairement que la présence d'un colocataire est un garde-fou. Elle pense souvent qu'elle devrait essayer de vivre seule et ainsi investir davantage son logement, par exemple en achetant un canapé, mais elle redoute de s'abandonner sans limite ni contrôle à son TCA. La colocation se présente comme une solution de compromis, qui lui permet d'avoir un lieu où vivre hors de chez ses parents mais qui n'est pas vraiment investi. Ce défaut d'investissement se retrouve chez ses parents, qui n'ont jamais mis les pieds chez elle. On peut dire que, d'une certaine manière, elle loge à W. mais habite toujours à V. À son désir d'un logement à soi s'oppose sa crainte que l'appartement de W. ne se transforme en ce que nous avons appelé une tanière, comme cela a été le cas pour la première patiente : un refuge hors du monde où le TCA envahirait toute son existence.

## 2.3. Une tanière dans le territoire

Nous suivons Mme C. depuis trois ans. Elle nous est adressée, à l'âge de 22 ans, par une collègue pédopsychiatre qui la suit depuis dix ans pour un psychodrame psychanalytique. Elle a souffert d'anorexie, mais son indice de masse corporelle est normal lorsque nous la rencontrons. Mme C. fait des études de Lettres, et se plaint de grandes difficultés relationnelles avec ses parents, d'un manque de confiance en elle, d'un isolement social, de violents sentiments de détresse, de honte, de dévalorisation. Elle n'a jamais eu de relation sexuelle ou sentimentale, semble sans amis. Sa vie paraît centrée sur sa famille ; les jeux qu'elle amène concernent surtout sa mère, souvent son frère et sa sœur cadets. Il s'agit le plus souvent de conflits, mobilisant beaucoup d'enjeux de rivalité, se déroulant dans la maison familiale. On peut cependant relever qu'au cours de la thérapie, les jeux vont progressivement se déplacer du salon vers sa chambre.

Dans la maison, sa chambre est le lieu où elle se retire pour s'adonner à ses comportements les plus problématiques désormais, à savoir des automutilations et des tentatives de suicide, qui restent cachées à ses parents. Le caractère compulsif de ces comportements les rapproche de crises boulimiques, et elle fait elle-même ce lien avec le TCA. On peut ainsi considérer qu'elle cherche à faire de sa chambre une tanière, au cœur de la maison. Cette chambre est aussi celle où son grand-père maternel s'est suicidé d'une balle dans la tête alors qu'elle avait deux ans. Or, la tanière présente des affinités avec le suicide, comme nous l'explique la quatrième patiente.

## 2.4. Une tanière et un territoire

Nous suivons Mme D. depuis quatre ans. Elle nous est adressée, à l'âge de 35 ans, par un collègue du service universitaire où nous travaillons. Il la suivait en psychothérapie à la demande du centre spécialisé déjà mentionné. Mme D. présente une anorexie avec un indice de masse corporelle de 15, associée à des crises de boulimie quotidiennes, accompagnées de vomissements, évoluant depuis onze ans. Auparavant, elle est passée par une période de consommation abusive de cocaïne et d'amphétamines, à laquelle elle a mis un terme mais qui semble avoir été remplacée quelque temps plus tard par le TCA. Elle souffre de violentes sautes d'humeur, de difficultés relationnelles avec ses collègues et sa famille et plus particulièrement avec sa mère, de moments de détresse, de honte et de dévalorisation intenses. Elle a fait des études universitaires et travaille à temps partiel. Issue d'une famille aisée, elle a grandi dans une maison qu'elle décrit comme magnifique, entourée d'un vaste jardin. Comme un de ses frères (cadet de la famille, toujours étudiant à plus de 35 ans et souffrant vraisemblablement d'un trouble psychique), mais contrairement à son second frère et à sa sœur, elle y a encore sa chambre de petite fille. Cette maison occupe une place très importante dans l'existence de Mme D. Elle s'y rend plusieurs fois par semaine, pour des visites qui sont souvent l'occasion de conflits avec ses parents, notamment sa mère, et notamment autour de la nourriture. Sa mère lui fait en partie ses courses, elle-même y cuisine (elle prépare à l'avance une partie des crises de la semaine à venir). Elle surveille les lieux, s'y installe systématiquement lorsque ses parents s'absentent pour le week-end, ce qui arrive régulièrement. Ainsi, elle ne retourne pas dans cette maison uniquement pour voir ses parents, on pourrait même dire qu'elle y retourne d'autant plus volontiers qu'ils n'y sont pas, c'est-à-dire qu'il semble bien que ce soit ces lieux mêmes qui exercent un attrait irrésistible sur elle. Comme Mme B., elle évoque ses difficultés à dormir chez elle, en raison d'une mauvaise isolation et de voisins bruyants ; elle retourne donc dans la maison familiale pour se reposer. Lorsqu'elle arrive sur place, elle enclenche ce qu'elle appelle son « radar », et ne peut s'empêcher de relever les changements, même minimes, depuis son dernier passage, ainsi que tous les signes de désordre ou de laisser-aller. Elle se plaint et souffre intensément de voir la maison se dégrader parce qu'elle serait mal tenue par sa mère et la domestique.

Elle a son propre logement, l'ancien appartement d'une grand-tante aujourd'hui décédée. Elle y passe surtout du temps au moment de ses crises, qui l'occupent, au début de la thérapie, entre quatre et cinq heures chaque soir. Elle n'aime pas cet appartement, y reçoit très peu d'invités, ne l'a guère aménagé. C'est elle qui l'a désigné comme sa « tanière », c'est-à-dire le lieu où elle s'abrite du monde extérieur et s'adonne aux crises de boulimie. Cette idée d'une tanière a émergé après une séance où elle évoquait le suicide d'une personnalité publique. L'image suscitée était celle d'une porte hermétiquement fermée sur le garage où avait eu lieu le

**Tableau 1**  
Habitat et monde social.

	Monde social	Tanière	Territoire
Espace	Ouvert sur un espace illimité angoissant	Indifférencié, effondré sur le comportement boulimique	Délimité, structuré, investi, vivant
Temps	Imprévisibilité, absence de contrôle sur les événements, emprise de l'avenir	Répétition des crises boulimiques, emprise du présent	Répétition des conflits, emprise du passé
Autrui	Envahissant, angoissant, aliénant	Absence complète	Intimité/Communauté/Rivalité
Regard/jugement	Exposition	Abri	Jeu de cache-cache et de regards croisés
Surveillance	Objet de la surveillance	Absente	Objet et sujet de la surveillance
Emotionnalité quant au lieu	Vécu de contrainte, insécurité, peu d'investissement propre	Relative sécurité, peu d'attachement	Fidélité, amour pour le lieu (chez la patiente et ses parents)
Mode d'habiter	Fuite	Disparition	Hantise

suicide, décision de rupture radicale avec l'entourage familial et au-delà avec le monde lui-même. Porte close et rupture exerçaient un fort attrait sur la patiente, qui reconnaissait cependant le caractère illusoire d'une telle coupure : dans cette histoire, le suicide était bien davantage qu'une stricte affaire personnelle, privée, intime, puisque nous en parlions. Pour la patiente, l'appartement est une retraite face aux exigences du monde, un repli où elle s'efforce de clore une porte sur un univers où ne subsistent plus qu'elle et la boulimie.

### 3. Trois expériences vécues : tanière, territoire, monde social

La présentation des cas cliniques nous permet de préciser les traits caractéristiques de la tanière et du territoire, la façon dont ils sont liés l'un à l'autre, et leur rapport au monde social dans lequel ils s'inscrivent. Le [Tableau 1](#) en donne une première perspective analytique, déclinant leurs spécificités. Nous explicitons son contenu dans l'élaboration conceptuelle qui le suit.

#### 3.1. Territoire

Le choix du terme « territoire » se fait *par analogie* avec ce qu'un profane peut se figurer du territoire de l'animal : un espace où l'on trouve la nourriture, mais aussi un terrain occupé par d'autres, marqué, à surveiller, à contrôler, à conquérir sur des rivaux, ou à défendre contre eux, saturé d'enjeux relationnels. Pour nos patientes, il s'agit de la maison où elles ont grandi, qu'elles s'efforcent, douloureusement, de s'approprier ou de se réapproprier, au prix de luttes constantes, de conflits intenses, avec la mère, les membres de la fratrie, la belle-famille, voire des domestiques. Celles qui ont quitté cette maison y conservent leur chambre de petite fille et y retournent très régulièrement, plusieurs fois par semaine pour Mmes A. et D., presque tous les week-ends pour Mme B., malgré la distance. Ces retours ne sont pas seulement liés au désir ou au besoin de revoir les parents ; c'est très net pour Mme D., qui « profite » de la maison surtout lorsqu'elle y est seule, et son plaisir est d'ailleurs souvent gâché par la présence d'un frère ou d'une domestique. En d'autres termes, Mme D. jouit de la maison d'autant mieux qu'elle est libérée des questions de rivalité, sur lesquelles nous revenons plus loin. Le territoire est ainsi profondément structuré par les dynamiques relationnelles, mais ne doit pas, pour autant, être réduit à un simple décor où se répètent les scènes douloureuses avec les parents.

Les patientes sont très sensibles aux changements qui auraient pu se produire pendant leur absence, même d'apparence anodine (par exemple, déplacement d'un meuble, panne d'un appareil ménager) ; elles en scrutent les traces éventuelles, auxquelles elles peuvent réagir avec beaucoup de colère. Si elles passent du temps dans leur chambre, celle-ci fait l'objet de moins d'attention que les lieux communs, et en particulier la cuisine. S'exerce ainsi

une sorte de surveillance du territoire, qui devrait rester immuable. Il faut signaler ici que cette attitude n'est pas strictement propre à l'investissement de la maison familiale : on retrouve quelque chose de similaire à l'égard du domicile-tanière ou du lieu de travail, par exemple. Mais la surveillance paraît plus intense, et les réactions plus violentes, dans le cas de la maison familiale, alors que les patientes n'y résident plus. Au domicile ou au travail, les changements témoignent du passage de quelqu'un, collègue ou femme de ménage, qui n'aura pas respecté l'agencement ou les désirs de son occupante. Dans la maison familiale, les parents *sont* les occupants, mais néanmoins les changements qu'ils décident sont mal supportés, comme s'il était attendu qu'ils se comportent, même en son absence, selon les désirs et besoins de leur fille, qui exerce sur eux une pression discrète et constante. « On ne se sent pas chez nous » est un reproche que les parents de D. lui adressent de façon répétée. Les patientes *hantent* ainsi en permanence le territoire comme un lieu qui devrait rester en l'état, sans vitalité possible ni perspectives d'évolution.

Si les parents se plaignent de cette présence encombrante, ils en sont souvent implicitement complices. De fait, le « radar » ne s'active pas que du côté des patientes, qui se sentent jaugées dès qu'elles entrent dans la maison, et s'inquiètent souvent de ce premier jugement dont elles font l'objet par l'un ou l'autre parent. Sur le territoire, elles *surveillent* mais sont tout aussi bien *surveillées*. C'est là sans doute un phénomène à mettre en lien avec l'histoire de la maladie, et la préoccupation, partagée et polarisée, entre parents et patiente au sujet du poids. Les parents jouent ainsi souvent un rôle actif, même si largement inconscient, dans la configuration, pour les patientes, de la maison familiale comme territoire. La compulsion à y retourner régulièrement est entretenue par les invitations répétées des parents : les parents de D comptent sur elle pour surveiller la maison en leur absence et gérer les éventuels problèmes qui pourraient se poser ; les parents de C acceptent qu'elle soit officiellement domiciliée dans leur maison pour des raisons fiscales, et la sollicitent fréquemment pour qu'elle garde ses neveux ; les parents de A mettent à sa disposition leur lave-linge pour qu'elle vienne faire ses lessives chez eux.

Ainsi, la surveillance est une dimension organisatrice de l'expérience du territoire ; la *rivalité* en est une autre. En effet, et contrairement à ce qui se joue dans la tanière, on y rencontre directement comme indirectement parents, frères et sœurs, neveux et nièces, amis, qui peuvent se révéler autant d'adversaires dans une lutte pour la nourriture, pour l'attention des parents, mais aussi plus largement pour le contrôle et l'occupation des lieux. Dans notre série de cas, les fratries sont plutôt nombreuses, et les patientes sont toujours les aînées. Elles évoquent en thérapie des sentiments de rivalité intenses, avec l'angoisse de se voir remplacée par cette fratrie dont la présence témoignerait de leur propre insuffisance à satisfaire leurs parents.

Sur le territoire, la cuisine est évidemment un lieu central, en particulier les endroits où la nourriture, toujours associée à la mère, est entreposée. Réfrigérateur et placards font l'objet d'une attention toute particulière, ils sont systématiquement examinés lors de chaque visite. Ils sont décrits comme regorgeant de nourritures tentatrices, suscitant fascination et colère, d'autant que les aliments dont elles se privent risquent alors d'être offerts à d'autres, figures rivales de la fratrie ou de la génération des petits-enfants. Pour les patientes, la nourriture entreposée dans ces lieux *communs* est surtout une ressource qu'on est contraint de *partager*, de répartir entre les habitants, alors que dans la tanière elle se constitue comme l'objet parfaitement possédé de la crise boulimique.

Enfin, le territoire est marqué par la fréquence des drames, des disputes, des réconciliations, suscitant des émotions violentes. Il s'y passe toujours quelque chose, les visites ne sont jamais banales. Mais il faut souligner ici la répétition des scènes, qui peut donner l'impression d'un feuilleton sans fin recyclant à longueur d'années les mêmes conflits. Le temps, dans le territoire, est ainsi marqué d'une part, par la *répétition*, des visites des patientes comme des disputes et des drames, et d'autre part, par *l'emprise du passé* et de vieux contentieux.

### 3.2. Tanière

Sous beaucoup d'aspects, la tanière est l'inverse du territoire. Spatialement, la maison familiale est structurée dans ses trois dimensions, avec des pièces bien distinctes, une certaine atmosphère, et comme dit il s'y déroule toutes sortes d'événements souvent dramatiques. En contraste, la tanière n'est pas décrite, elle semble à peine un espace structuré ; elle apparaît plutôt comme un lieu indifférencié où la cuisine, le séjour, les toilettes et la chambre sont confondus, liés par la crise de boulimie. Terrier plutôt que tanière peut-être, et encore, moins que ça, à peine un espace, que l'on pourrait replier autour de soi comme une couverture dans laquelle s'envelopper : l'expérience d'un espace dont la seule dimension serait la *profondeur* n'est pas sans évoquer l'image d'un ventre maternel que les patientes chercheraient à reconstituer. On y entrepose la nourriture destinée aux crises boulimiques, parfois ramenée du territoire. La tanière ne reçoit guère de visites. Les parents ne s'y rendent pas, semblant ainsi disqualifier le lieu comme « vrai » logement, contribuant à le réduire à une tanière dans laquelle ils ne mettent pas les pieds, pour une part par crainte de faire effraction dans une intimité scandaleuse.

La tanière suscite peu d'intérêt pour elle-même. Alors que Mmes C. et D. décrivent longuement en séance, de façon très vivante, la maison familiale, elles parlent peu de leur propre logement, souvent un choix de circonstance assez indifférent. Les émotions rattachées à la tanière sont limitées à celles liées aux crises de boulimie (excitation, plaisir, honte, dégoût) ; le lieu lui-même évoque peu d'affects. La tanière est surtout le lieu des crises de boulimie, qui s'y répètent comme les drames sur le territoire. Le temps semble ainsi se figer dans les boucles de la répétition. Nos patientes insistent d'ailleurs régulièrement sur leur stupéfaction angossée de voir les années passer, leur âge avancer.

Si la tanière peut ainsi se présenter en miroir du territoire, il reste qu'elle ne peut se comprendre que dans son rapport aux exigences du *monde social*, auxquelles elle oppose la promesse d'un *repli*, la possibilité d'une trêve, un temps de *répit* sur le mode de la *disparition*.

### 3.3. Monde social

C'est en évoquant le suicide retentissant d'un grand cuisinier de la région que Mme D. a pour la première fois désigné son appartement comme une tanière. Elle s'identifiait fortement à cet

homme retrouvé pendu dans son garage, décrivant l'attrait de cette image, de l'idée de fermer la porte du garage et rompre tout lien avec autrui. Il y avait pour elle quelque chose de douloureux, presque insupportable, dans les nombreuses réactions à ce suicide marquant, jusque dans les journaux, qui révélaient l'aspect illusoire de cette rupture des liens : de l'autre côté de la porte du garage, le monde continuait d'exister, continuait à parler du disparu, discutant des raisons de son geste, jugeant l'homme coupable ou non. Elle reconnaissait, dans le garage, quelque chose de son appartement, sa « tanière ».

Pour nos quatre patientes, le monde social est vécu sur le mode de la contrainte. Leurs relations amicales et professionnelles posent des difficultés dont elles parlent abondamment, qui ne surprendront pas les cliniciens familiers des TCA. Envahies de la crainte de décevoir, d'être rejetées, mais aussi de devoir se soumettre à ce qu'elles pensent être attendu d'elles, elles perçoivent autrui comme une figure ambiguë, indispensable, insatiable, tyrannique. Surtout, l'autre est un objet qu'elles ne maîtrisent pas, qui reste imprévisible. Par exemple, cette réalité qu'elles n'ont pas complètement prise sur le jugement qu'on peut porter sur elles, que quelque chose échappe toujours à leur contrôle, est pour elles insupportable. Pour le dire autrement, elles éprouvent les relations propres au monde social comme aliénantes, de façon assez similaire à ce que Sartre décrit comme « l'enfer des autres » dans *Huis-Clos* [30]<sup>1</sup>.

La tanière est ainsi à comprendre comme une solution au problème posé par le monde social, un abri où souffler, la possibilité de disparaître. Plus encore, la tanière est aussi le non-lieu de la crise boulimique, qui s'offre comme alternative à la relation aliénante à autrui. La crise permet, transitoirement, d'éprouver l'ivresse d'une apparente autonomie absolue, une solitude sans souffrance étayée sur une relation exclusive avec un objet maîtrisé, la nourriture ingérée puis rejetée selon son propre bon plaisir. La tanière permet ainsi non seulement de se mettre à l'abri des autres, mais encore de s'en passer. Elle représente en ce sens une alternative à une vie émancipée, ménageant tout de même une certaine distance avec la maison familiale. Territoire et tanière se perpétuent ainsi l'un l'autre : nos patientes sont engagées dans un va-et-vient perpétuel entre tanière et territoire, qui se substitue à l'investissement progressif d'un logement à soi, un chez-soi à partir duquel s'engager au-dehors, parmi les autres.

Mais c'est bien la pathologie même qui se joue dans ces efforts de maîtrise et de contrôle. Mme D. ne peut pas vraiment contrôler son comportement, qui l'entraîne régulièrement à enchaîner les crises jusqu'à 2 ou 3 heures du matin, la laissant épuisée le matin. Et l'histoire de Mme A. illustre les dangers de la tanière, lorsqu'elle devient *gouffre* où s'abandonner aux symptômes sans plus aucune limite. C'est bien ce que redoute Mme B., pour qui la question de sortir du régime de la colocation est difficile. D'une part, elle aimerait accéder ainsi à une forme de maturité, de mode d'existence plus conforme à son âge selon elle. Elle pourrait s'acheter un canapé, pense-t-elle, meubler l'appartement de telle sorte à pouvoir y recevoir des invités. La colocation au contraire lui paraît une solution encore adolescente. D'autre part, c'est une contrainte qu'elle s'impose que de vivre dans cet espace structuré par la présence de l'autre. La perspective de la solitude l'angoisse, parce qu'elle redoute de perdre pied, sans plus de maîtrise, non seulement sur son alimentation, mais aussi sur la tenue de son ménage. Elle redoute de laisser les choses se dégrader vers une

<sup>1</sup> Un échange lors d'une séance fournit un exemple de la violence de cette expérience. Le thérapeute propose un parallèle entre relation et jeu, et évoque les échecs : les blancs jouent aussi quand c'est aux noirs de bouger, de fait il n'y a pas de jeu si l'on n'est pas deux à jouer. Le jeu, ce n'est pas l'un ou l'autre, c'est nécessairement l'un et l'autre. Cette simple idée provoque immédiatement une montée d'angoisse chez la patiente, qui dit d'une voix nouée : « C'est trop pour moi, arrêtez. »

sorte d'état d'incivilité, de désordre, de saleté : un lieu coupé du monde où nul sinon elle n'entrerait. Ce qu'elle redoute, c'est bien un mouvement régressif qui ne rencontrerait aucune butée d'arrêt, une chute sans fin dans les profondeurs du symptôme alimentaire et le gouffre de son appartement transformé en tanière.

#### 4. Pour une psychopathologie de l'habitat

Tanière et territoire ont émergé, au cours du travail clinique auprès de ces quatre patientes, comme une sorte de *Gestalt*, qui nous a semblé originale. En effet, les principales approches psychopathologiques des TCA ne s'intéressent pas à la question de l'habitat. Les modèles cognitivistes [14] insistent sur la représentation interne, biaisée, que le sujet se fait de son corps comme plus gros qu'il n'est en réalité. Nous avons formulé dans un précédent travail certaines critiques à l'égard de ce modèle qui nous paraît simpliste, et potentiellement dangereux sur un plan thérapeutique [34]. Les autres grandes formulations psychopathologiques tendent à élargir leur intérêt au-delà des questions de poids et d'alimentation. On trouve quelques rares descriptions phénoménologiques, qui explorent l'éprouvé corporel pour mieux saisir l'« être-au-monde » dans les TCA [13,23,24,32]. La psychanalyse, pour sa part, souligne la fragilité narcissique et les enjeux de dépendance relationnelle, notamment à l'égard de la mère [6,20,21]. La fragilité du narcissisme appelle à un complément venu de l'extérieur, et l'autre est ainsi indispensable, mais aussi doublement dangereux. D'une part, parce qu'il peut être vécu comme empiétant les limites du moi et interdisant au sujet d'exister comme individu séparé et désirant. D'autre part, par la menace qu'il fait peser d'un rejet et d'un abandon insupportables. Nous retrouvons en effet chez nos quatre patientes une configuration assez fidèle à cette description, qui permet en partie de rendre compte de leurs difficultés relationnelles. Les approches systémiques classiques invitent, quant à elles, à envisager le TCA comme la manifestation d'une pathologie familiale. On a pu ainsi décrire la famille comme manquant de limites internes, organisée autour du déni des différences et de l'intolérance de tout conflit et dès lors mettant en échec l'autonomisation des enfants, incapable de reconnaître la contribution de chacun de ses membres [28,31]. Des modèles plus récents insistent davantage sur les aspects dynamiques et adaptatifs des systèmes familiaux confrontés à la maladie chronique [7].

On voit bien que le processus d'émancipation et les relations au sein de la famille d'origine ont une place essentielle dans ces deux dernières approches. De fait, les modalités classiques de prise en charge impliquent souvent d'inclure les parents et, dans les cas graves, préconisent une mise à distance du milieu familial par une hospitalisation parfois accompagnée d'une interdiction provisoire de tout contact. D'une façon générale, il paraît largement admis que l'émancipation de la famille d'origine est une problématique majeure dans les TCA.

On peut cependant déplorer la tendance des approches les plus classiques à limiter leur attention à la vie psychique et relationnelle, en négligeant les aspects plus pratiques de l'existence, dont notamment cette question de l'habitat : après tout, s'émanciper, c'est aussi très prosaïquement quitter le foyer familial pour s'aménager une nouvelle demeure. Sans doute est-ce lié au fait que les TCA débutent plus classiquement chez l'adolescent, qui vit souvent chez ses parents et n'est pas encore tout près d'en partir, et les questions de logement apparaissent moins clairement, laissant le devant de la scène aux enjeux relationnels.

Notre proposition a consisté précisément à envisager un sujet incarné, engagé dans le monde [12], en considérant l'habitat pour lui-même, sans le réduire à n'être que l'occasion des drames de la vie relationnelle. La phénoménologie [4,18] et la Daseinsanalyse

[22] ont par ailleurs montré qu'un lieu est davantage que l'objet d'une représentation : c'est un environnement que nous *pratiquons* et *éprouvons* de manière tacite et sensible [33]. Il relève moins d'une pensée *de survol* qui conçoit et envisage le réel à distance, comme un tableau ou un plan [27], que d'un sujet incarné et agissant qui s'approprie un réel qui l'englobe [19]<sup>2</sup>. Ainsi, tout comme les représentations sont indissociables d'un sujet incarné, les relations ne flottent jamais en l'air, mais prennent forme dans les lieux qu'elles-mêmes reconfigurent en permanence.

Notre travail clinique nous a poussés à nous intéresser à un type de lieu en particulier, à savoir le logement, la maison. Là encore, comme l'observe Bachelard, le logement n'est ni une idée dans la tête ni un bâtiment réductible à ses fonctions, il est surtout le lieu d'un séjour d'emblée affectif.

« La maison, dans la vie de l'homme, évince des contingences, elle multiplie ses conseils de continuité. Sans elle, l'homme serait un être dispersé. Elle maintient l'homme à travers les orages du ciel et les orages de la vie. Elle est corps et âme. Elle est le premier monde de l'être humain. Avant d'être « jeté dans le monde » comme le professent les métaphysiques rapides, l'homme est déposé dans le berceau de la maison. Et toujours, en nos rêveries, la maison est un grand berceau. Une métaphysique concrète ne peut laisser de côté ce fait, ce simple fait, d'autant que ce fait est une valeur, une grande valeur à laquelle nous revenons dans nos rêveries. L'être est tout de suite une valeur. La vie commence bien, elle commence enfermée, protégée, toute tiède dans le giron de la maison » ([2], p. 26).

Lévinas ajoute que le foyer, en délimitant l'espace, ouvre un horizon d'engagement. C'est sur ce fond d'hospitalité, tacite et affectif, que le monde peut se déployer comme champ d'action et objet de représentation. La maison est ainsi une condition de possibilité de l'existence humaine avant que d'être un outil ou une idée.

« [L]e rôle privilégié de la maison ne consiste pas à être la fin de l'activité humaine, mais à en être la condition et, dans ce sens, le commencement. Le recueillement nécessaire pour que la nature puisse être représentée et travaillée, pour qu'elle se dessine seulement comme monde, s'accomplit comme maison » ([25], p. 162).

Ce monde qui commence ainsi au seuil de la maison, c'est ce qu'Hannah Arendt appelle pour sa part la *koinē*, la chose publique, en contraste avec l'*oikos*, la maison, la sphère privée [1]. L'engagement dans la *koinē*, c'est-à-dire dans le dialogue avec les autres et sous leur regard, est pour elle la condition d'une vie citoyenne – on pourrait aussi dire : une existence responsable, pleinement assumée, résolument mature. Or, cet engagement, qui viendrait comme l'aboutissement du processus d'émancipation, est bien ce que nos patientes redoutent.

Maison-refuge dans les orages de la vie, garante de sécurité dans un monde dangereux ; maison-berceau, dont il peut être difficile de s'extraire ; maison ouverte sur un monde dans lequel s'engager, prémisses d'autre-chose-que-la maison ; lieu d'une intimité, possible ou impossible, avec soi-même et autrui – les quatre patientes que nous avons rencontrées sont aux prises avec des enjeux qui peuvent aussi se formuler ainsi. Leurs difficultés

<sup>2</sup> À ce propos, Dreyfus [11], s'appuyant sur Heidegger et Merleau-Ponty, a plaidé pour une « breadth psychology » (en contraste avec la « depth psychology » psychanalytique), une approche du comportement attentive à la manière dont on s'approprie l'espace vécu.

dans l'existence ne se cantonnent pas dans l'intériorité de leurs représentations ni ne se laissent réduire au poids ou à l'aliment. Elles existent dans l'espace chargé de sens du logement. C'est pourquoi on peut situer notre démarche dans les termes de Bachelard.

« Avec l'image de la maison, nous tenons un véritable principe d'intégration psychologique. Psychologie descriptive, psychologie des profondeurs, psychanalyse et phénoménologie pourraient, avec la maison, constituer ce corps de doctrines que nous désignons sous le nom de topo-analyse. Examinée dans les horizons théoriques les plus divers, il semble que l'image de la maison devienne la topographie de notre être intime » ([2], p. 18).

Notre série de cas peut ainsi se présenter, sinon déjà comme une « topo-analyse », du moins comme la tentative d'une « topographie » : nous avons proposé une description phénoménologique, au plus proche de ce que les patientes nous ont dit et donné à voir, dans la tradition clinique du rapport de cas. Il s'agit d'une proposition qui a ses limites et pose notamment trois questions qu'il vaut la peine d'évoquer pour finir.

## 5. Perspectives et limites

Première question : tanière et territoire ne pourraient-ils pas s'inscrire dans les vicissitudes normales des processus de maturation et d'émancipation, plutôt que dans le champ du pathologique ? Après tout, les sociologues ont souligné l'importance des questions de logement pour la transition à l'âge adulte, décrite d'ailleurs comme plus difficile et plus longue depuis quelques décennies, en raison de la durée des études, des risques liés à la précarité et à la mobilité professionnelles, et peut-être d'une forme d'ambivalence à assumer toutes les responsabilités liées à l'âge adulte [16]. Ce processus peut se caractériser par un investissement encore fragile du lieu d'habitation hors de la demeure parentale, avec éventuellement des retours vers elle [17,26]. S'il y a bien ici quelques similitudes avec ce que nos patientes ont décrit, nous soulignons trois différences importantes qui nous paraissent justifier l'idée qu'il s'agit de phénomènes à distinguer. D'abord, tanière et territoire ne sont pas deux moments successifs d'une séquence développementale, mais *l'envers et l'endroit d'une structure topologique*, une sorte de *piétinement existentiel douloureux*, entre l'incapacité à habiter un lieu propre (la tanière) et la possibilité, à chaque fois empêchée, de s'émanciper d'un autre (le territoire). De plus, les enjeux de ce rapport à l'espace sont particulièrement intenses, marqués par la violence et le désespoir, et sont caractérisés par une temporalité figée, un temps vécu marqué par la répétition. Enfin, trois de nos patientes ont quitté (en apparence—c'est bien là tout leur problème) le domicile parental depuis plus de quinze ans, et ont largement passé la trentaine.

Deuxième question : ne trouve-t-on pas des tanières et des territoires dans d'autres pathologies psychiatriques ? Il est vrai que l'émancipation, l'aménagement d'une place, au sens concret, dans le monde, et l'engagement dans la *koinē* sont des enjeux universels. Binswanger disait de la maladie qu'elle est une chute dans un monde privé (*idios cosmos*) qui entrave la participation au monde commun (*koinos cosmos*) [3,5]. La psychopathologie invite ainsi à considérer comment le patient habite le monde, mais aussi plus prosaïquement son logement. De fait, on rencontre en clinique plusieurs tableaux impliquant classiquement le logement (le syndrome de Diogène, l'agoraphobie, certains troubles obsessionnels-compulsifs). Certainement, l'appartement négligé d'un patient souffrant de démence, de schizophrénie, ou d'une

dépendance à l'héroïne, peut évoquer l'image d'une « tanière », partageant même certains traits de la tanière de nos patientes, notamment la promesse d'un abri du monde extérieur. Néanmoins, il nous semble que ce dont il s'agit de s'abriter prend, chez nos patientes, une forme relativement spécifique : le poids des attentes d'autrui, le danger de décevoir, la menace du rejet et de l'abandon, la perte de contrôle. De plus, l'articulation de la tanière avec une maison parentale investie comme territoire nous paraît assez distinctive.

Troisième et dernière question : notre observation vaut-elle pour tous les patients souffrant de TCA. ? Tel n'est probablement pas le cas. Nos quatre patientes partagent en outre d'autres caractéristiques que leur diagnostic psychiatrique : elles sont les aînées de fratries plutôt nombreuses, issues de milieux assez bourgeois, et pour trois d'entre elles le trouble alimentaire est atypique en ce qu'il débute bien après l'adolescence. Une étude plus systématique permettrait peut-être de mettre en lumière d'autres configurations de l'habitat dans les TCA.

Quoi qu'il en soit de ces questions, il reste que s'intéresser à la façon dont ces patientes s'affrontent à ces enjeux d'habitation permet d'explorer avec elles comment les problèmes d'émancipation se déploient de façon concrète, pratique et affective, dans leur existence—et pas seulement comme une injonction normative qu'elles échouent à suivre. Il s'agit aussi d'une thématique qu'une prise en charge thérapeutique, si elle vise, dans la mesure du possible, à soutenir une patiente dans son désir d'émancipation, doit prendre en compte dans toute son épaisseur. Surtout, notre discussion modeste d'une série de quatre cas est une proposition, qui s'accompagne d'une invitation, lancées à nos collègues investis auprès de patientes souffrant de TCA, d'en éprouver la pertinence. Plus généralement, cette description peut être un exemple de la fécondité d'une approche s'attachant à décrire soigneusement les formes de l'habitat, en s'intéressant aux aspects les plus concrets de l'expérience du monde, dans le travail clinique.

## 6. Coda : le chez-soi à l'heure du coronavirus

La « topo-graphie » proposée a précédé l'épidémie du coronavirus qui aura marqué ces derniers mois. Les mesures prises, en Suisse comme dans la plupart des pays occidentaux, pour lutter contre la propagation du virus ont bien sûr eu un impact tout particulier sur les questions évoquées dans ce travail. Nous ne sommes pas en mesure de proposer une analyse approfondie de la façon dont nos patientes ont fait l'expérience, qui est encore en cours, de l'épidémie et des règles de distanciation sociale. Nous nous contentons donc de partager quelques observations à propos de Mmes B et D, qui ont fait des choix diamétralement opposés. Pour Mme D., il était évident qu'elle passerait la période de confinement dans sa tanière—la perspective de s'installer chez ses parents n'était pas envisageable. Elle craignait les conflits, mais aussi d'être privée du recours à la tanière et aux crises de boulimie. Dans l'obligation de choisir, elle a opté pour le repli. Dans un premier temps, elle s'est limitée à des visites de la maison familiale en restant dans le jardin, pour éviter tout risque de contaminer ses parents, en souffrant beaucoup de ne pas pouvoir accéder à l'intérieur de la maison. Mais lors d'une visite ultérieure, elle est entrée, notamment pour examiner le contenu du réfrigérateur, ce qui a occasionné une dispute avec sa mère. Elle a reconnu avoir dépassé la limite qu'elle s'était précédemment fixée (ne pas entrer dans la maison), et n'est plus retournée chez ses parents durant la première période de confinement, mais cette exclusion du territoire est restée très douloureuse.

Mme B., au contraire, a choisi de passer cette période chez ses parents. Son séjour a été émaillé de multiples conflits, au sujet de la nourriture mais aussi de la présence, dans la maison, d'une de ses

sœurs et de sa famille (un mari et deux enfants). Elle s'est sentie chassée des lieux communs comme la cuisine et le séjour et a eu tendance à se réfugier dans sa chambre, mais le séjour a aussi eu pour effet une évolution dans sa relation avec sa mère, qui s'est en partie apaisée. Les « vagues » suivantes ont impliqué, pour elles comme pour beaucoup d'entre nous, des postures plus confuses.

### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Remerciements

Nous remercions Céline Bourquin-Sachse et Gilles Merminod pour leur relecture attentive.

### Références

- [1] Arendt H. *La condition de l'homme moderne*. Paris: Agora Calmann-Lévy; 2000.
- [2] Bachelard G. *La poétique de l'espace*. Paris: Presses Universitaires de France; 1957.
- [3] Binswanger L. L'appréhension héraclitéenne de l'homme. In: *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris: Éditions de Minuit; 1971. p. 159–98.
- [4] Binswanger L. *Le problème de l'espace en psychopathologie*. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail; 1998.
- [5] Binswanger L. La distorsion. In: *Trois formes manquées de la présence humaine*. Puteaux, France: Le Cercle Herméneutique; 2002. p. 33–115.
- [6] Brusset B. L'anorexie mentale des adolescentes. In: Lebovici S, editor. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France; 2004. p. 1693–711.
- [7] Cook-Darzens S. *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse: Érès; 2014.
- [8] Deleuze G, Guattari F. *Mille Plateaux*. Paris: Éditions de Minuit; 1980.
- [9] Desmarais A. *Ethologie et psychiatrie*. Bruxelles: Mardaga; 1979.
- [10] Despret V. *Habiter en oiseau*. Arles: Actes Sud; 2019.
- [11] Dreyfus HL. *Skillful coping*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- [12] Englebert J. *Psychopathologie de l'homme en situation : le corps du détenu dans l'univers carcéral*. Paris: Hermann; 2014.
- [13] Englebert J. Anorexie et intersubjectivité : étude phénoménologique et éthologique. *Ann Med Psychol* 2015;173:659–64.
- [14] Fairburn C. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press; 2008.
- [15] Foucault M. *Dits et écrits IV: 1980–1988*. Paris: Gallimard; 1994.
- [16] Galland O. *Sociologie de la jeunesse*. Paris: Armand Colin; 1991.
- [17] Gavia S. La génération boomerang: devenir adulte autrement. *SociologieS* (en ligne), Théories et recherches, mis en ligne le 07 mars 2016, consulté le 16 septembre 2020. URL: <http://journals.openedition.org/sociologies/5212>.
- [18] Heidegger M. *Bâtir habiter penser*. In: *Essais et Conférences*. Paris: Gallimard; 1958. p. 170–93.
- [19] Jaspers K. *Introduction à la philosophie*. Paris: Plon; 1952.
- [20] Jeammet P. Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie. In: Brusset B, editor. *La boulimie. Monographies de la revue française de psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France; 1991. p. 81–104.
- [21] Jeammet P. L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1993;41:235–44.
- [22] Kuhn R. L'errance comme problème psychopathologique ou déménager. In: *Écrits sur l'analyse existentielle*. Paris: Harmattan; 2007. p. 83–109.
- [23] Leder D. Anorexia: a disease of doubling. *Philosoph Psychiatr Psychol* 2013;20:93–6.
- [24] Legrand D. Objects and others: diverting Heidegger to conceptualize anorexia. *Philosoph Psychiatr Psychol* 2012;19:243–6.
- [25] Lévinas E. *Totalité et Infini, essai sur l'extériorité*. Paris: Le Livre de Poche; 1990.
- [26] Mauney E. L'accès au logement autonome pour les jeunes, un chemin semé d'embûches. *Informations sociales* 2016;195:39–47.
- [27] Merleau-Ponty M. *L'oeil et l'esprit*. Paris: Gallimard; 1960.
- [28] Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, USA: Harvard University Press; 1978.
- [29] Morizot B. *Les diplomates. Cohabiter avec les loups sur une autre carte du vivant*. Marseille: Wildproject; 2016.
- [30] Sartre JP. *Huis-Clos*. Paris: Gallimard; 1947.
- [31] Selvini-Palazzoli M. *Self-starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson; 1978.
- [32] Stanghellini G, Trisolini F, Castellini G, Ambrosini A, Faravelli C, Ricca V. Is feeling extraneous from one's own body a core vulnerability feature in eating disorders? *Psychopathology* 2015;48:18–24.
- [33] Straus E. Du sens des sens: contribution à l'étude des fondements de la psychologie. Grenoble: J. Millon; 1989.
- [34] Wykretowicz H, Saraga M, Stiefel F. À propos d'un trouble de l'évidence corporelle dans l'anorexie. *Evol Psychiatr* 2019;84:185–97.