

# **ANOREXIE MENTALE, LE POINT DE VUE DU PSYCHIATRE**

**DUVERGER P., MALKA J., CHOCARD A-S.,  
NINUS A., TOURBEZ G.**

Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
CHU d'ANGERS

XI<sup>e</sup> Journée Médicale et Chirurgicale Pédiatrique  
25 septembre 2004  
ANGERS

# ANOREXIE MENTALE... EN CORPS... ET ENCORE !

## DE QUELQUES GENERALITES

L'acte de manger chez le jeune enfant est un acte complexe et répond à plusieurs fonctions :

- **La faim** : manger répond à un besoin instinctuel fondamental. La faim crée un état de tension apaisé par le repas.
- **Le plaisir** : manger procure de surcroît du plaisir; plaisir de sucer, de mordre et de croquer, servant d'exutoire à l'agressivité normale.
- **L'échange et l'attachement** : l'alimentation met en relation deux êtres. Les relations et la communication se font sous diverses formes : regards, paroles, toucher... L'adulte, en faisant don de nourriture à l'enfant, fait don de lui-même, d'amour. L'enfant, en acceptant la nourriture, accepte sa mère (qui, en retour, se sent aimée et reconnue comme bonne mère). Etre nourri, pour un enfant, c'est donc aussi être aimé.
- **Le dedans et le dehors** : au niveau de la bouche, s'opère des échanges entre ce qui est du dehors (de l'autre) et ce qui est dedans (soi). Plusieurs mécanismes psychiques inconscients (introjection, incorporation, identification...) articulent ces notions de dedans et de dehors, d'intime et de collectif, de soi et de l'autre...et participent à la mise en place des limites du corps.
- **La structuration de la personnalité et la mise en place des relations d'objet** (relation avec l'entourage). Le Moi se forme à partir d'éprouvés corporels. L'enfant établit une relation objectale dans laquelle s'enracine la fonction alimentaire.
- **Significations sociales et culturelles – imaginaires et symboliques** : dans chaque culture, manger revêt des significations particulières qui dépassent le simple fait de manger...

Manger ne se limite donc pas au seul fait de s'alimenter et ne constitue pas qu'une simple fonction physiologique. Manger fait aussi intervenir la psyché, consciemment et inconsciemment.

## 1 – ADOLESCENCE, ADDICTION, ANOREXIE ... (Les 3 A du psychiatre)

### Dimensions socioculturelles et problématiques d'actualité

Notre propos n'est pas, ici, de faire le procès d'une société et d'une mutation des valeurs. Cependant, nous ne pouvons faire l'économie de quelques réflexions quant au contexte ambiant dans lequel vit le jeune d'aujourd'hui.

Ainsi, nous constatons que s'est progressivement mis en place au sein de la société de consommation, un système de répression qui, loin d'en condamner la logique, s'est révélé tout au contraire son plus précieux ressort. Aux campagnes de promotion et aux messages impératifs de consommation diffusés en une averse incessante, sont venus s'ajouter d'autres messages qui parlent de juguler nos

appétits, de maîtriser nos faims, de surmonter nos coupables addictions et qui nous mettent en garde : les consommateurs sont sommés de préserver à tout prix cette si merveilleuse machine, un corps « au top » (type top-model mais qui n'a plus rien du « corps de rêve »).

### **Alors, la société fabrique t-elle des anorexiques ?**

Les mannequins affichés à chaque coin de rue sont-ils responsables de l'augmentation constatée de jeunes filles, de plus en plus jeunes et de plus en plus maigres, arrivant dans les services de pédiatrie ?

Ces icônes froides, ces menues éminences, ces saintes brindilles dans le temple des images... Inaccessibles dans leur sépulcrale abstraction et qui défilent comme des ombres, sont-elles pourvoyeuses de modèles à la fois fascinants et morbides ?

(Scanner ici la pub : « Versace »)

Les changements de la société ont des répercussions sur les modes d'expression des conflits de l'adolescence (plus que sur la crise d'adolescence en elle-même). Il en est ainsi de

- La valorisation de la maîtrise
- L'affaiblissement des interdits
- L'accroissement des exigences de performance et de réussite individuelle
- Au détriment de la relation à l'autre
- Le déni du monde interne, psychique.

En bref, une société qui donne priorité aux images, au détriment de la mise en mots et en récits.

(Scanner ici une autre pub)

Nous concevons que le développement psychique de l'enfant puis de l'adolescent puisse plus ou moins adopter le « rythme » et la « forme » de l'évolution socioculturelle et qu'il soit influencé par la nature et l'intensité de la pression sociale. Pour autant, l'anorexie mentale n'est **pas une affection récente**. La précision et la stéréotypie de son tableau clinique permettent de la reconnaître dans des descriptions de l'antiquité (Avicenne). Et déjà dans les années 70, certains auteurs retrouvaient près de 10% de jeunes filles brillantes des classes sociales élevées en occident présentant, autour de 18 ans, des formes légères d'anorexie durant environ 12 mois et disparaissant spontanément (Dally, Gomez).

En 2004, un nouveau fait sociologique est à noter (et qui reste à confirmer). En effet, alors que les populations du Maghreb était jusque là épargnées, on observe de plus en plus de jeunes filles de famille d'origine maghrébine, installées en France depuis 2 à 3 générations, qui présentent des tableaux d'anorexie mentale typique. Comme si, en tant que marqueur d'une bonne intégration sociale, ces jeunes filles adoptaient des modalités d'expression de leur mal être à l'image des jeunes filles d'origine française...

Mais sur un sujet aussi vaste, nous ne faisons qu'effleurer ce questionnement des répercussions du socius sur le jeune en devenir et nous préférons laisser aux

sociologues et anthropologues le soin de décrire et analyser tous ces effets et les mécanismes qui les sous-tendent (Baudry, Le Breton).

### **Evolution de la famille**

De même, nous pouvons nous interroger sur les modifications du modèle de la famille occidentale tel qu'il prévalait il y a cinquante ans. Sa rigidité, voire son autoritarisme, alimenté par l'importance des interdits et des exigences, n'étaient pas sans favoriser des modes de fonctionnement névrotiques délétères. Si un tel modèle avait l'avantage de témoigner d'une présence, il courrait souvent le risque de conduire celle-ci jusqu'à l'emprise. De nos jours, en revanche, on assisterait plus volontiers à un modèle plus libéral, voire laxiste et parfois même abandonnique (avec en particulier chute du patriarcat).

Alors que dans le premier modèle de la famille bourgeoise du siècle dernier, l'enfant avait « le choix » de faire corps avec les exigences qui lui faisaient violence, tout en lui permettant d'exister ou de se construire en opposition à son milieu, celui du deuxième modèle (familles d'aujourd'hui) se trouve le plus souvent confronté à un évitement des conflits, à une fausse symétrie dans les relations, à une absence de différenciations et de limites, sans que le relais social ne puisse offrir une « version » différente (Corcos, Marcelli).

En conséquence, ce qui prédominerait aujourd'hui dans l'environnement familial et social serait plutôt de l'ordre d'une carence d'attention d'un adolescent en devenir ainsi qu'un certain degré de « lâchage éducatif ». Les fonctions contenantes et différenciatrices, classiquement dévolues à l'autorité familiale, se trouvent dès lors fortement compromises. Et nous ne pouvons que constater **le flottement et les incertitudes des adultes** (plutôt qu'un dévoiement de la morale et du respect chez les enfants et les adolescents).

Dans ce contexte, la subjectivité du sujet se rétracte, elle n'est pas orientée par les exigences et idéaux familiaux et elle est récupérée et homogénéisée par les idéologies sociales. Une liberté sans but et une indépendance totale sans liens ouvrent les voies du « trop » donc de la contingence et désorganisent plus qu'elles n'autonomisent.

De fait, les constructions socioculturelles, à défaut d'être incarnées et donc source de créativité, fournissent un **plaquage pseudo-identitaire**, homogénéisateur plus que différenciateur à l'image de ce que sera le symptôme agi. Les conséquences sur le développement de l'enfant iraient dans le sens de **difficultés identificatoires**. De même, les processus de séparation/individuation (Malher), les processus de subjectivation (Cahn) sont enrayés. L'enfant puis l'adolescent se coupe de plus en plus de ses racines identificatoires, et se confronte à un espace socioculturel qui devient homogénéisateur parce qu'idéologique, perdant de ce fait son rôle économique de pare-excitation et de zone transitionnelle par rapport à l'espace familial.

Ainsi, l'évolution familiale et sociale permet aux jeunes, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité (en tout cas à une si grande échelle) de concevoir un avenir qui ne soit pas la répétition plus ou moins masquée de la vie de leurs parents. Cette ouverture vers un mode de vie en partie inconnu, accompagnée d'un

affaiblissement des interdits mais aussi un accroissement des exigences de réussites individuelles favorise tout naturellement l'expression des **inquiétudes narcissiques** et des **besoins de dépendance**, tout en diminuant les occasions de conflits d'opposition.

Les adolescents aujourd'hui sont plus précocement, brutalement et intensément confrontés à la gestion de ce paradoxe qu'il y a de devoir à la fois s'unir à l'autre et s'en distinguer pour se développer. J'ai besoin de l'autre pour vivre et me construire, « l'autre, c'est ce qui me fait penser » (Diatkine). En même temps, je dois me séparer et me différencier de l'autre pour me construire (Jeammet). C'est dans cette dualité nécessairement conflictuelle que l'adolescent a à advenir. Cheminement aléatoire entre deux risques : celui d'être effroyablement seul, isolé et celui d'être trop partagé voire annulé par la présence de l'autre.

Ces quelques réflexions générales pourraient expliquer l'**augmentation de la prévalence des conduites d'addiction** et leur survenue fréquente à l'adolescence. Nous repérons l'intrication des problématiques psychiques individuelles, familiales et socioculturelles amenant à une stéréotypie de certaines conduites d'addiction.

L'anorexie mentale est à ce sujet exemplaire...

### **Adolescence, Addiction , Anorexie...**

Que voyons-nous devant le tableau que nous impose la jeune fille anorexique, débarquant, plus ou moins en urgence, dans le service de Pédiatrie ?  
**Un défi et un scandale !**

Le défi, c'est celui que pose ces jeunes qui, face à une société qui prône des possibilités nouvelles et jusque là inégalées de consommation et de réussite personnelles, répondent par des conduites de refus et d'autodestruction d'eux-mêmes. Ce d'autant qu'il s'agit habituellement de jeunes qui ont « tout pour être heureux ». Leur conduite apparaît comme une insulte à la raison et au bon sens.

Un scandale d'autant plus révoltant qu'il nous confronte à l'appétence pour la mort ou du moins à la souffrance qu'est le masochisme.

Défi donc, mais aussi congruence et résonance entre ces comportements et l'idéal de fonctionnement d'une société qui développe le culte des performances, du factuel, des sensations, fait du refus du manque sa valeur de vie et subordonne la réussite à ce qui se voit.

Au-delà du scandale, ce qui est donné à voir par l'anorexique est tout entier placé sous le signe de l'**ambiguïté** et du **paradoxe**. Elles peuvent être vues tour à tour et même simultanément comme des jeunes filles décharnées, au bord de l'épuisement, avec une dimension dépressive et même abandonnique, qui suscitent la compassion et l'envie de les protéger ; ou comme des ascètes décidées et dominatrices, dévorées par une énergie que leur activisme et leur hyperactivité ne suffisent pas à canaliser, volontiers condescendantes et donneuses de leçons, hypersensibles et tyranniques avec un entourage qu'elle persécutent tout en se sentant elles-mêmes persécutées, ne serait-ce que par un regard que leur état et leur comportement ne peut pas ne pas susciter.

L'anorexique ne peut pas laisser indifférent. Compassion, inquiétude, tristesse devant ce gâchis, mais aussi colère et rage devant notre impuissance et leur triomphe masochique. Sa maigreur, exhibée et cachée tout à la fois, capte l'entourage et l'asservit plus efficacement que toute plainte.

Le déni de sa maigreur par l'anorexique renforce le « coup de force » qu'elle opère sur son entourage. Elle impose son état physique sans discussion possible. Le paradoxe qu'elle subit et qu'elle vit, elle le transmet par son image tout en le niant par ses paroles. Elle refuse toute reconnaissance de la maigreur, reconnaissance qui apporterait une ouverture et situerait le corps en position tierce, objet possible de discussion, de rencontre et de préoccupations communes entre la patiente et ses interlocuteurs.

A la place, il résulte une **situation de face à face en miroir**, qui piège toute différenciation possible. L'issue en est le mimétisme ou la confrontation.

Quant aux affects, ils oscillent, pour l'entourage, de l'adoration à la destruction. Ces affects sont habités par la violence qui imprègne toute relation avec l'anorexique et menace de la submerger.

A tous ces facteurs socioculturels et psychologiques, individuels et familiaux, il faut bien sûr rajouter les facteurs physiopathologiques et biologiques. En 2004, l'étiologie proprement dite de l'anorexie mentale reste inconnue même si l'on peut penser à une origine plurifactorielle.

## 2 – LE RAPPORT AU CORPS : DE L'IDEAL A LA DESTRUCTION

*Pour illustrer le rapport de l'adolescente anorexique à son propre corps, citons les propos d'une jeune patiente, Judith. Elle évoque le souvenir d'une scène, alors qu'elle est enfant, assise à l'arrière de la voiture de ses parents. Elle regarde ses cuisses et alors, une pensée surgit et s'impose : « Ce ne sont pas mes cuisses ! ».*

*Dans un même ordre d'idée et quelques années plus tard, elle évoque ses déambulations devant les vitrines de Noël de sa ville... Et là, adolescente déjà filiforme, elle perçoit son reflet dans une vitrine, et se dit : « Ce n'est pas mon corps ».*

Le rapport de la jeune anorexique à son corps est une confrontation dangereuse, souvent mortifère car dépourvue de différence tierce conduisant à un jeu de miroir où le même est « confusionnant » et le différent, destructeur. Réaction en miroir traduisant une **menace pour l'identité**. « Relation archaïque » (Green) où le désir, son objet et le moi se confondent. Cet **écrasement de l'espace psychique interne**, l'absence de profondeur et de perspective limitent le jeu des différences nécessaires au maintien de l'identité.

Le corps de l'anorexique est le lieu privilégié d'expression de cette activité de contre-investissement par les perceptions et la motricité d'une **réalité interne que l'anorexique s'efforce de dénier et de réprimer** (à défaut d'un refoulement souple et efficace). Déni de son appétence pour l'objet, de son envie et de ses désirs, déni de la sexualité...

A la puberté, le corps de l'anorexique n'est pas perçu comme un corps féminin pulsionnel, mais est perçu, à l'opposé, comme un corps machine, un corps tube, réduit à sa fonctionnalité et objet d'emprise totale, corps fétiche, phallique, érigé, dont la fermeté et l'invariance constituent **l'écran neutre qui protège** du contact à l'objet et des affects envahissants et incontrôlables.

Ce corps érigé, sec, asexué, sans forme, sans rondeur et sans douceur de l'anorexique s'offre au regard. L'anorexique y traque anxieusement les traces de graisses, les signes d'assouplissement, l'émergence de formes, comme autant de marques de faiblesse, de relâchement honteux et de victoire de l'ennemi, par une reddition à l'objet haï avant tout parce que désiré. Elle guette dans les yeux des autres, l'anxiété et la désapprobation qui la persécutent peut-être mais la rassurent profondément sur sa maîtrise de la situation, car le doute la taraude, à la mesure de son appétit, de ses appétits.

Le corps autorise ainsi la vérification de son **pouvoir de maîtrise**, de l'objet comme de son désir. Il permet aussi de s'assurer de la permanence du lien aux objets d'attachement, la mère en particulier, dont le regard anxieux témoigne que, si l'objet est atteint, il maintient son intérêt.

Enfin, le corps sert également de **médiateur privilégié du lien de soi à soi**. Par **les sensations** qu'il procure, de faim (du fait du jeûne) de fatigue (liée à l'hyperactivité) de froid, voire de douleur, il contribue au maintien du sentiment de continuité et d'existence. Le recours aux sensations, c'est-à-dire au corps, sert à l'anorexique à maintenir à la fois une relation à elle-même (en quelque sorte de « se sentir ») et à ses objets. **La recherche de sensations vient éviter la confrontation aux émotions**, au monde interne, c'est-à-dire aux désirs et à leurs objets. Ne pas penser, ne pas rêver, ne pas cauchemarder...Car cela menacerait les assises identitaires.

La fonction perceptive et les données sensorielles permettent au sujet de s'assurer de la présence concrète des objets, qui leur font défaut à l'intérieur, tout en pouvant vérifier que l'objet en question est à la fois à disposition, sous la main et toujours extérieur, c'est-à-dire sans risque de confusion avec le sujet.

**Ainsi, aux graves défauts d'intériorisation, de représentations internes (émotions) l'anorexique répond par un recours à l'extérieur, au corps (sensations) et au comportement (surinvestissement perceptif).**

Le comportement anorexique peut ainsi être regardé comme une modalité d'**externalisation de contenus internes** qui trouvent là un mode de figuration et une voie d'expression. Par ce moyen, c'est la racine même du fonctionnement mental qui est subvertie, par un effet d'occultation. Le plaisir d'associer des pensées, la satisfaction hallucinatoire du désir, la capacité de rêverie, le désir d'investir... Tous ces éléments qui supposent un jeu de la différence, de la présence et de l'absence sont abolis par le comportement anorexique. Toutes ces capacités introjectives sont entravées par ce déplacement et ce mouvement d'externalisation de la source interne d'excitation sur un vecteur d'excitation lié à un besoin, l'appétit, qu'il devient alors possible de contrôler comme un élément de la réalité externe c'est-à-dire hors psyché.

S'il protège, dans une certaine mesure, de l'angoisse voire d'une désorganisation plus profonde, le trouble du comportement alimentaire conduit à un **renforcement de la répression des désirs** du sujet, comme de son « appétit » et à un fonctionnement mental de plus en plus désaffecté sur un mode opératoire, mécanique, calculé (au gramme près et au plus juste de la calorie). Plus le monde imaginaire et pulsionnel est réprimé, plus le sujet surinvestit défensivement son apparence physique.

Si l'anorexique se sent toujours trop grosse, ce n'est pas délirant mais de l'ordre d'une conviction ; conviction qui sert à contre investir la pression du refoulé ou du réprimé. L'anorexique se sent trop grosse et elle est en effet **trop grosse de son désir boulimique d'avalier tout ce à quoi elle aspire.**

Autrement dit, les folles exigences de l'anorexique sont des réponses aux angoisses de ne pas se contrôler, à l'horreur de ne pas maîtriser son corps, à l'insupportable de la sexualité, à la peur de ses appétits... Conduites focalisées sur le corps.

### **3 – LE RAPPORT A L'AUTRE, à l'objet, à la scolarité, au monde**

#### **Le rapport à l'objet** ou l'illusion d'une harmonie

*L'enfant investit les objets et le plus connu est l'objet transitionnel, son « doudou »... Objet investit affectivement, rassurant lors des séparations (coucher...) et qui accompagne le tout petit.*

*Juliette, une jeune adolescente anorexique m'expliquera que pour elle, l'important était de laisser son objet (une peluche) « chez une copine... pour être sûre d'y retourner ». Ses dires sont confirmés par sa mère : « Juliette n'oubliait pas son doudou, elle faisait exprès de le laisser. Elle se souvenait toujours où elle l'avait laissé... Ainsi, elle ne le perdait jamais ».*

L'objet de l'anorexique se situe à l'opposé de l'objet transitionnel. Il est tout le contraire : il permet d'**assurer la permanence du lien à l'objet d'attachement** ; il est là pour rassurer le sujet sur le maintien de ses limites et sur son **pouvoir** sur l'objet. En effet, si l'objet transitionnel est rassurant et permet une identification, l'objet anorexique (addictif) est transitoire, toujours à recréer car toujours en dehors. Il n'est pas intériorisé (il n'est pas support d'identification) et il faut donc continuellement le maîtriser (savoir où il est...). Dès les premières interactions, l'anorexique établit un type particulier de relation à l'objet ; une relation sans plaisir... Et un **objet sous emprise.**

Cette néo-relation se retrouve face aux bouleversements de la relation de dépendance aux objets infantiles introduits par la puberté. Néo-relation dont certaines caractéristiques peuvent être déclinées :

- Importance de la relation d'emprise
- Mouvement de délibidinisation et de déliaison – où l'affect est annulé
- Place dévolue aux sensations au détriment des émotions
- Refus de l'intériorisation au profit de l'extériorité
- Volonté d'objectalisation au détriment du lien d'empathie

- Omniprésence de la mort,
- Besoin répétitif de générer l'émergence régulière d'excitation dont il faut sans cesse contrôler le devenir qui pourrait menacer l'identité ; excitation pourtant nécessaire au maintien du sentiment de continuité...

Cet aménagement sauvegarde le lien objectal mais en le réduisant à un lien de contact, en surface, qui évite tout les dangers de l'intériorisation comme ceux de la perte et qui offre par **l'emprise** qu'il autorise, un contrepoids efficace à la destructivité.

Sur le même modèle, les troubles des conduites alimentaires ne sont pas ce qui permet la création d'une aire de libre-échange (transitionnelle) entre le sujet et l'objet, à l'abri de laquelle un plaisir partagé peut être pris sans que se pose la question du rôle respectif de l'objet et du sujet dans la genèse de ce plaisir.

### **Le rapport à la scolarité**

La rapport au travail scolaire est lui aussi **évacué de sa dimension affective**. Il devient machinal, mécanique, calculé, automatique. Le surinvestissement scolaire ne relève pas d'un choix intellectuel. Il permet à l'anorexique de ne pas penser librement, de ne pas se laisser aller à la rêverie, de faire barrage à l'imaginaire et au fantasme, manière de désactiver le désir de l'Autre et en quelque sorte d'avoir la paix. Dans son idéal de perfection, l'anorexique absorbe, engloutit le programme scolaire ou universitaire.

L'anorexique n'est pas capable de créer. Elle fait des exercices scolaires qu'on lui demande de faire... Et elle en redemande ! Encore et encore !

### **Le rapport au monde, aux autres...**

Les anorexiques sont dans une **position de dépendance** vis-à-vis des autres. Est dépendant, celui qui utilise de façon dominante, contraignante, la réalité externe, c'est-à-dire le monde des perceptions et de la motricité pour contre investir une réalité interne sur laquelle il ne peut pas s'appuyer car il ne donne pas la sécurité interne nécessaire, base d'une certaine liberté. L'anorexique n'a pas de liberté de penser car elle n'a pas cette sécurité intérieure psychique. Elle devient donc dépendante de l'autre... Même pour des besoins aussi archaïque que la nourriture, le repos...

L'anorexique essaie de substituer à ses liens affectifs relationnels, vécus comme d'autant plus menaçants qu'ils sont nécessaires, des **liens de maîtrise et d'emprise**. Tout ce qui rappelle un lien affectif est rejeté. Les dimensions du plaisir et du bonheur sont évacuées ; elles sont en effet insupportables dans la mesure où elles échappent. Cela explique qu'il est si difficile d'établir avec l'anorexique une relation simple et tranquille.

Au fond, l'anorexie ne se limite pas à la nourriture... C'est aussi une anorexie des affects, des émotions, de la sexualité... Dans le sens d'une lutte contre l'avidité. Pas de petits plaisirs ! L'anorexique, c'est l'antithèse du texte « Une petite gorgée de bière » (Delerm).

## La solitude de l'anorexique

Concernant les affects, l'anorexique est angoissée lorsqu'on aborde la question des sentiments, de la tendresse. Pour elle, la tendresse, c'est mou, on peut s'y perdre... La détente, la complicité, c'est confondant avec l'autre. Pour l'anorexique, il faut du dur, du rigide, de l'os, des limites.

C'est d'ailleurs en ce sens que c'est un problème pour les soignants car l'anorexique interroge notre humanisme.

L'anorexique se plaint d'être seule mais elle est incapable d'établir des liens amoureux avec ses pairs. Lorsque le désir d'autarcie et d'autosuffisance s'atténue, elle parvient parfois à établir des liens mais la relation ne peut jamais s'installer durablement car alors, l'anorexique s'y perd, s'affole et retrouve ses modalités défensives contre angoisses et pulsions qui l'envahissent. Le rapprochement amoureux, la proximité de la sexualité sont autant de dangers susceptibles de lui faire perdre le contrôle d'elle-même. Elle se rigidifie et retrouve alors un fonctionnement donnant l'apparence de se suffire à lui-même. **Tout ce qui pourrait se partager est menaçant** et la solution trouvée par l'anorexique est la maîtrise et l'omnipotence, dans un illusoire contrôle de sa sphère affective.

La jeune anorexique est donc incapable de trouver la bonne distance relationnelle : trop près, elle se sent envahie, menacée ; trop loin, elle se sent abandonnée... Alors, elle tente d'imposer aux autres les exigences qu'elle-même s'impose. Lorsqu'elle accepte qu'un médecin ou une infirmière s'intéresse à elle, c'est rarement spontanément et souvent dans un déplacement des problématiques plutôt que dans une volonté de se remettre en question. Ainsi, elle substitue un persécuteur externe à son bourreau interne !

## 4 - L'ENFANCE DE L'ANOREXIQUE

On peut penser que le fonctionnement de l'appareil psychique est tel qu'il y a une relation de similarité entre la façon dont, à un moment donné, cet appareil fonctionne et en particulier traite ses objets et les modalités relationnelles qui ont présidées à son développement, et dont il a subi l'influence.

L'émergence des conduites de dépendance à l'adolescence est le deuxième acte d'une pièce dont le premier acte s'est joué dans l'enfance et dont le thème commun est celui de la **problématique de la construction identitaire**. Pour comprendre le comportement anorexique, il faut revenir à ce qui s'est joué dans la mise en place des auto-érotismes et dans la qualité des liens intériorisés et des assises narcissiques.

L'auto-érotisme se nourrit des échanges de l'enfant avec sa mère, c'est-à-dire de toutes les expériences où dans son **interaction avec la mère**, (mais aussi le père) il retire un plaisir propre qui peut faire l'objet d'intériorisation. Le mouvement de suçotement de l'enfant qui attend sa nourriture et qui compense cette **attente** par un **plaisir** de suçoter en est un exemple : l'enfant apaise ses tensions dans le souvenir

des traces mnésiques de satisfaction antérieure. Cela procure une sécurité psychique interne.

Ce réinvestissement intermittent des traces mnésiques de satisfaction antérieure devient progressivement indépendant de l'expression du besoin initial (Winnicott). L'enfant intériorise cette relation et c'est cette intériorisation qui va progressivement lui permettre l'attente, c'est-à-dire qui va le rendre, dans une certaine mesure, indépendant de la présence de l'objet extérieur. A partir de ces expériences heureuses, ce qui se déploie physiquement et psychiquement à l'intérieur de lui, l'enfant va assurer les **bases d'un sentiment de continuité**. C'est sur cette base sécurisée et ces acquis intériorisés que se développeront par la suite les identifications secondaires. Les expériences de séparation pendant l'enfance révèlent la qualité et la solidité de ces acquis. Les enfants qui ne supportent pas la séparation révèlent leur fragilité intérieure (par exemple au moment du coucher).

De même, l'origine des émotions, c'est dans le corps à corps, le peau à peau, dans le charnel qu'elle se trouve.

La constitution de ces auto-érotismes est capitale car elle participe au fondement des **assises narcissiques**. Les assises narcissiques représentent ce qui assure la continuité du sujet et la permanence de son investissement de lui-même.

A l'inverse, tout ce qui introduit une cassure trop brutale, trop précoce dans cette continuité du lien et cette adéquation réciproque des interactions fait prendre conscience à l'enfant de son impuissance et de sa dépendance à l'égard du monde extérieur. Les conditions d'un **antagonisme entre autonomie et dépendance**, entre lui et les autres, sont créées.

### **Que se passerait-il dans l'enfance de l'anorexique ?**

La plupart des familles d'anorexiques que nous avons rencontrées se présentent toujours comme des familles sans histoire et sans problème, voire exemplaires !

Lors des interactions précoces, suivant le modèle de la construction identitaire en regard du miroir que constitue le visage de la mère (Winnicott), l'enfant ne rencontre pas un écho rassurant ; ni soutien désirant rassurant et stable, ni limitation suffisante. Le défaut de contenant (maternel) perturbe les possibilités d'attente. Les investissements des objets ne sont pas nourrissants. L'enfant ne peut alors se dégager de l'attachement à l'objet primaire et reste aliéné dans une relation d'emprise mère-enfant. Tous les investissements ultérieurs se font sur un mode stéréotypé qui ne repose pas sur une relation affective stable et rassurante.

L'enfant ne se construit **pas en identification mais en imitation**, en collage, en placage. Il reproduit le modèle (enfant passif, dépendant) sans que celui-ci soit intériorisé... Il fait comme et pareil que ses parents, dans une attitude de mimétisme et de soumission... Or quand on est dans l'imitation, il n'y a pas de choix donc pas de conflit. En quelque sorte, l'enfance de l'anorexique est une enfance idyllique, trop sage. Sage « comme une image » ! (Malka).

De ce fait, il n'y a pas de démarquage, pas de différence, **pas de séparation**. C'est comme si la vie n'avait pas d'épaisseur, pas de troisième dimension... Car même s'il y a du conflit, il est réprimé, évité, dénié.

L'obéissance confine à l'abnégation puis à la servilité et à l'assujettissement. L'enfant se trouve alors confronté à un **sentiment de dépendance**, sans ressources internes pour sortir de cette impasse, sentiment qui entre en conflit avec un désir vivace de se différencier, de prendre de la distance.

Une des conséquences, c'est que l'enfant a du mal à penser ses émotions et reste au niveau des sensations, non symbolisées, non reprises par l'entourage, non intégrées. Les excitations ne sont pas contenues... Et il faut toujours plus de sensations pour lutter contre le débordement pulsionnel.

Ainsi, les difficultés de l'adolescente anorexique pourraient se rapporter aux premiers stades du développement de l'enfant, au moment de l'instauration de la relation objectale au niveau de laquelle s'inscrit la dialectique du besoin et du désir, du désir de la satisfaction, de l'absence et de l'existence.

L'adolescente anorexique, n'a pu se nourrir et s'épaissir de sa propre histoire familiale (c'est-à-dire en définitive s'identifier) ; que celle-ci ait été vide ou stéréotypée, qu'elle en ait été écartée faute d'avoir été investie, qu'un traumatisme l'en ait exclue ou plus insidieusement qu'elle ait été soumise, accaparée et parasitée par une problématique parentale, menaçante pour son autonomie. Et elle en fait trop pour activer ce qui a été vécu et reste énigmatique.

### **Et à l'adolescence ?**

A la puberté, le corps se transforme et ces métamorphoses échappent, trahissent et dérangent l'adolescente, jusqu'à la déstabiliser. La puberté et particulièrement ce corps pulsionnel féminin va alors avoir un effet traumatique et rompre l'enchantement d'une enfance en images d'Épinal. Les anorexiques vont fuir une situation conflictuelle qui les déborde dans un double mouvement :

- De **repli régressif** : régression vertigineuse et drastique vers un fantasme primitif d'autarcie toute-puissante à laquelle s'associe, paradoxe apparent, une projection en avant vers une image idéale de soi, corps fantasmatique idéalisé autour duquel s'organise la négation de la castration.

- De **transformation de la dépendance en une volonté d'autosuffisance**, allant jusqu'à la négation de tout besoin et la répression farouche de tout ce qui est, à leurs yeux, synonyme de passivité, laisser-aller, besoin ou désir. Un tel triomphe sur soi-même et sur les autres entraîne fréquemment un sentiment de bien-être et une résurgence de fantasmes infantiles de toute puissance.

La puberté révèle la fragilité des assises narcissiques et identitaires et des problématiques de dépendance. Le modèle identificatoire est défaillant (en écho aux perturbations de la prime enfance) et laisse l'anorexique dans un désarroi total au moment où la problématique de séparation/individuation se réactive à l'adolescence. Le fait que l'objet (et l'autre) ne « nourrit » pas, oblige à l'acharnement. L'envie est

débordante, non colmatée par une possible gratitude. Elle se contiendra dans l'orgueil et le refus.

Cette situation conduit l'adolescente à refuser les liens dont elle a le plus besoin. On est ainsi face à un sujet « persécuteur persécuté » dont l'estime personnelle, profondément altérée, l'empêche de réagir sans haine et l'oblige à **maîtriser la situation** en lui imprimant une espèce de terreur affective. Combien d'anorexiques, tyranniques avec elles-mêmes comme avec leur entourage familial, imposent des recettes de cuisine et des repas où chacun est sommé d'en reprendre sous peine d'être disqualifié ? Alors qu'elles-mêmes auront à peine effleuré une feuille de salade ! Elles contraignent l'environnement à reproduire la relation de dépendance qu'elles ont eue avec leur mère, mais en sauvegardant l'apparence de leur indépendance.

Ce besoin de maîtrise, cette **peur de la passivité** se focalisent sur :

- le corps, avec un déni de l'amaigrissement et un refus du corps féminin,
- et sur l'environnement, avec un sentiment d'omnipotence et une emprise tyrannique.

Enfin, après plusieurs années de fonctionnement anorexique, le comportement pathologique tient parfois lieu, pour la jeune, d'« identité de compensation » face au vide identificatoire qui la hante. Le comportement anorexique vient signer l'identité même de la jeune qui ne peut alors plus n'être que représentée par son comportement. S'installe ainsi un néo-système de régulation du relationnel avec une source de jouissance perverse qui maintient la fixation à ses objets infantiles. Ce cercle vicieux psychique est renforcé par les effets de dépendance physique induits par l'anorexie chronique.

Au total, le désir de toute-puissance sur soi, sur les autres et sur le temps n'est finalement que le reflet dérisoire et tragique d'une insatiabilité sans fond et sans fin, d'un contrôle corporel impossible, d'une mise de fond à corps perdu et sans cesse à renouveler... **En corps et encore...**

## **5 – QUELS PROJETS DE SOINS ?**

Ni névrosé ni psychotique, l'anorexique souffre et se met parfois en danger de mort. Elle nécessite voir impose des soins, tant physiques que psychiques.

Nous n'évoquerons pas ici le traitement symptomatique et médical, abordé par le collègue pédiatre, le Pr. Jean-Louis Giniès. Nous ne ferons qu'évoquer les objectifs et principes généraux des soins psychiques et les aménagements thérapeutiques mis en place avec les jeunes anorexiques. Ces principes de traitement sont issus des réflexions précédentes.

### **- Objectifs et principes généraux**

Il n'existe pas de solution thérapeutique univoque et immédiate. Le soin ne se conçoit que dans la durée. C'est le type même du trouble qui nécessite un abord global intégré, somatique et psychologique.

S'il s'agit d'intervenir le plus tôt possible, avant que l'adolescente n'ait découvert l'attrait des conduites négatives et ne se soit fixée dans un comportement régressif et dans des conduites d' « auto-sabotage », pour autant, nous ne pouvons que conseiller la prudence, l'humilité. Il faut accorder du temps au temps.

L'idée principale est d'**aménager un cadre** permettant de « contenir sans détenir », c'est-à-dire sans emprise... En pensant toujours qu'il ne faut pas en faire trop car « l'excès d'insistance appelle l'excès de résistance » (Lasègue).

Ce cadre vise à :

- Aider à se dégager de la polarisation sur les symptômes alimentaires
- Assouplir progressivement tout ce qui est rigide et notamment les modalités relationnelles et de communication
- Favoriser les échanges
- En évitant de créer de nouvelles dépendances

Et dans ce cadre, tous les moyens sont mis en œuvre pour :

- Réintroduire du sens et du relationnel (où la patiente fonctionne dans le clivage)
- Réintroduire un certain jeu psychique
- Relancer un travail de représentation en nommant les affects
- Favoriser les capacités d'improvisation
- Permettre une réappropriation subjective de la souffrance
- Favoriser la recherche des émotions (en relation avec une personne) et
- Limiter la quête des sensations (sans continuité intérieure et sans lien)
- Faciliter la restauration d'une identité propre et de limites plus satisfaisantes
- Accéder à une possible confrontation aux conflits sans régression immédiate, tout en renforçant sa sécurité, jouer sur les aménagements de la réalité externe.

Tout ceci pour permettre à l'appareil psychique de retrouver sa fonction d'élaboration des conflits, d'aménagements et de médiatisation des contraintes et ainsi favoriser la restauration d'un espace psychique interne efficient, c'est-à-dire capable d'élaborer des affects au sein d'une relation vivante et enrichissante.

## - **Moyens**

Outre le traitement symptomatique, les soins psychiques sont principalement psychothérapeutiques. Les **psychothérapies** sont de plusieurs ordres : de soutien, analytique, comportementale, institutionnelle ...

A cet égard, il convient de rester prudent dans la relation duelle et solliciter le plus souvent, particulièrement en début de traitement, le support d'une fonction tierce. En effet, il importe de diversifier les réponses et en fonction de chaque jeune anorexique, seront privilégiés un ou plusieurs supports :

- Psychothérapie individuelle
- Thérapie institutionnelle
- Groupe de parole
- Psychodrame
- Thérapie corporelle : relaxation
- Activité tel que le théâtre...

Autant de moyens permettant de poser des différences dans la réalité et de diversifier les investissements pour les rendre plus tolérables. Dans ces thérapies bi ou multifocales, il importe de définir une personne référente qui assure la cohérence du projet thérapeutique.

### **L'hospitalisation :**

L'hospitalisation temps plein n'est indiquée que lorsque l'anorexique est en danger vital ou lorsque, malgré un suivi et des consultations psychiatriques, elle s'épuise, se déprime et ne reprend pas voire continue à perdre du poids, dangereusement.

Il s'agit d'utiliser des médiations susceptibles de mobiliser les disponibilités psychiques de la jeune anorexique : **le contrat** en est la meilleure illustration.

Ce contrat porte principalement sur le poids et les relations avec l'entourage. Il est négocié avec l'adolescente, sa famille et l'équipe soignante, avant une éventuelle hospitalisation. Lorsqu'il y a hospitalisation et durant celle-ci, ce contrat :

- Permet une séparation (non un isolement)
- Permet une observation clinique de l'adolescente, de ses modalités relationnelles en dehors de son contexte affectif habituel
- Représente une médiation, une limite qui s'interpose entre la patiente et les autres
- Témoigne, par sa permanence, de la fiabilité des soignants
- Crée un espace propre à la patiente, condition de son autonomie et du respect de son individualité (favorise les processus d'individuation)
- Permet l'expression d'attaques violentes dont les effets destructeurs potentiels sont démentis par sa permanence
- Permet de ne pas occuper les entretiens par des négociations sans fin autour du poids.

Contre partie de l'intangibilité du contrat : offrir à la patiente la possibilité de nouer des relations vivantes et personnalisées et d'éviter de la laisser dans une solitude mortifère.

Le travail avec les jeunes anorexiques est long (plusieurs années) et nécessitent un engagement de la part des soignants, sur la durée. La continuité relationnelle a toute son importance.

**La place des familles** est très importante.

Le travail psychothérapeutique avec la famille est très important. Outre le fait de favoriser l'alliance thérapeutique, il aide à dépasser les inévitables sentiments de culpabilité, à supporter la séparation et l'autonomisation plus ou moins conflictuelles de leur fille (processus de séparation – individuation), à réfléchir sur le fonctionnement familial. Des thérapies familiales sont parfois mises en place, dans un deuxième temps. Enfin, des groupes de paroles entre parents d'anorexiques ont montré leurs intérêts.

**Les médicaments psychotropes :**

Aucun psychotrope n'a d'efficacité directe sur les troubles des conduites alimentaires. Ils sont utilisés uniquement en appoint : anxiolytiques (et plus rarement neuroleptiques sédatifs) en cas de débordements anxieux, antidépresseurs sérotoninergiques en cas de troubles dépressifs associés et durables.

Les soins prodigués aux jeunes anorexiques sont longs et difficiles ; ils ne s'improvisent pas. Le médecin traitant, le pédiatre, le psychiatre, le psychologue, l'infirmière et l'aide soignante ont tous un rôle à jouer, dans leur domaine respectif et dans un projet de soins qui ne soit pas un saupoudrage de bonne volonté et de savoir-faire personnel isolé, mais qui s'inscrit dans un cadre thérapeutique, pensé, cohérent et qui s'appuie sur une réflexion partagée.

## EN GUISE DE CONCLUSION...

Citons Lasègue, qui dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, décrivait avec une grande clairvoyance au sujet de l'anorexie :

*« Malheur au médecin qui, méconnaissant le péril, traite de fantaisie sans portée, comme sans durée, cette obstination dont il espère avoir raison par des médicaments, des conseils amicaux, ou par la ressource encore plus défectueuse de l'intimidation ! ».*

## BIBLIOGRAPHIE

- Baudry P.** Le corps extrême. Approches sociologiques des conduites à risque. Ed. L'Harmattan, Paris, 1991.
- Brusset B.** L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent. Ed Privat, 2<sup>e</sup> éd. Toulouse, 1983.
- Corcos M., Jeammet P.** Conduites de dépendance à l'adolescence. Aspects étiopathogéniques. Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, Paris, 2000, 37-216-G-30, 6 p.
- Corcos M., Jeammet P.** Conduites de dépendance : principales conceptions psychopathologiques. Les conduits de dépendance. Ed. Masson, Paris, 2003, 4, 75-104.
- Corcos M et coll.** Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie/Pédopsychiatrie, Paris, 2002, 37-215-B-65, 15 p.
- Duverger P, Malka J.** Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent. Site internet de Pédopsychiatrie : <http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/>
- Jeammet P.** L'anorexique et son corps. De l'idéal à la destruction. Journal de Psychanalyse de l'enfant, Le corps. Ed. Bayard, Paris, 1997, 20, 146-167.
- Jeammet P.** Addiction, dépendance, adolescence. Réflexions sur leurs liens. Conséquences sur nos attitudes thérapeutiques. Les nouvelles addictions. Ed. Masson, Paris, 1990, 2, 10-29.
- Lacan J.** Encore ! Le Séminaire - Livre XX. Ed. Seuil, Paris, 1975.
- Le Breton D.** Passions du risque. Ed Métailié, Paris, 2000.
- Malka J., Duverger P.** Sages comme des images... A propos de l'image du corps dans l'anorexie mentale. A paraître.
- Marcelli D., Alvin P.** Les troubles des conduites alimentaires. Médecine de l'adolescent. Ed. Masson, coll. Pour le praticien, Paris, 2000, 18, 123-134.