

Notes retenues de la lecture de
« L'anorexie et la boulimie de l'adolescente »
D'Henri Chabrol le 28 avril 2008
 Par Jacques Sanna

Cet ouvrage est la somme de recherches techniques et d'études statistiques. Il fait la synthèse des informations récoltées, à cette date(1991) sur ces 2 pathologies.

Manifestations physiques de la dénutrition :

La dénutrition retentit à la fois sur le fonctionnement somatique et psychique. Si les descriptions classiques soulignent les signes physiques de la dénutrition, ses effets psychologiques sont souvent négligés alors que leur participation à l'état mental des anorectiques est souvent important... (24.25 à 28)

Manifestations psychologiques de la dénutrition :

La dénutrition et son retentissement sur le fonctionnement cérébral induisent des perturbations mentales qui ont longtemps été sous-estimées... (29 à 31)

La boulimie est 1 symptôme de l'anorexie mentale(AM). Elle est devenue fréquente dans cette pathologie : approximativement 50% des AM présentent des conduites boulimiques marquées par des accès de frénésie alimentaire et des vomissements.(42)

Symptômes communs à l'anorexie et la boulimie :

Elles partagent une symptomatologie commune, centrée sur les préoccupations concernant le poids et les formes du corps.

Anorectiques et boulimiques ont en commun la peur de d'être ou de devenir grosses, le désir contraignant d'être minces, des perturbations de l'image du corps dont le volume est en général surestimé et dont l'aspect est habituellement déprécié.(43)

Critères diagnostic de l'AM et de la boulimie : (45.46.47)

Diagnostiques différentiels et comorbidité(ressemblances avec d'autres pathologies/maladies) :

L'AM et la boulimie, caractérisées par leur psychopathologie spécifique, posent peu de problèmes de diagnostics différentiel. Elles sont fréquemment associées à d'autres désordres, en particulier dépression et troubles de la personnalité, avec qui elles établissent des relations complexes.

Troubles organiques :

Le principal est les **tumeurs cérébrales** qui peuvent provoquer anorexie, amaigrissement et troubles du comportement...

La dépression :

La dépression peut entraîner une perte de l'appétit et 1 amaigrissement parfois important, mais pas la crainte envahissante d'être « grosse »...

Troubles anxieux :

Une association a été soulignées entre les troubles de l'alimentation et les troubles obsessionnels-compulsifs(TOC).

Usage de substances psychoactives :

Il est fréquent chez les boulimiques mais aussi chez les anorexiques boulimiques...

Troubles de la personnalité :

Dans l'anorexie de l'adolescente sont souvent signalés des traits de personnalités hystériques, obsessionnels, narcissiques ou schizoïdes et dans la boulimie, des traits de personnalité hystériques, narcissiques ou limite.

Les traits de personnalité peuvent favoriser les troubles des conduites alimentaires : ainsi l'instabilité de l'humeur et l'impulsivité de l'organisation limite peuvent faciliter les accès boulimiques et le besoin de maîtrise de l'organisation obsessionnelle peuvent être propices à l'**AM**. Les troubles des conduites alimentaires, par leurs conséquences psychologiques, relationnelles et biologiques, peuvent favoriser, aggraver ou fixer des traits de personnalité pathologiques.

Schizophrénie :

Dans les schizophrénies de l'adolescente, on peut observer des troubles des conduites alimentaires avec restriction ou boulimie mais le syndrome complet de l'**AM** ou de la boulimie y est rare... (57 à 62)

L'étude française de Heymann *et al* (1993) a revu des sujets ayant été hospitalisés pour **AM** avant l'âge de 25 ans et ayant eu des enfants : ces jeunes femmes présentaient une phobie de grossir, des idées obsédantes concernant la nourriture et des troubles mineurs des conduites alimentaires ; + de la moitié des enfants avaient fait des épisodes de refus alimentaire.(68)

Pronostic de l'**AM** :

2 critères de pronostic paraissent se dégager : d'une part, + le poids minimal atteint par l'adolescente est bas, + l'évolution est négative ; d'autre part, + la durée d'évolution est brève, meilleur est le pronostic. Le poids paraît l'élément pronostic le + fidèle : plusieurs études ont montré qu'une perte de poids initiale importante est 1 critère de **mauvais pronostic**...(70.71)

Dans l'**AM** et la boulimie, les conditions complexes qui président à leur début et à leur évolution, sont inextricablement liées aux facteurs du développement à l'adolescence...

Les 2 pathologies apparaissent comme des voies finales communes intégrant des déterminismes(causalités) multiples – sociaux, familiaux, psychiques et biologiques.

Ces facteurs interagissent et s'influencent réciproquement de manière cyclique : la maladie, une fois déclenchée, s'aggrave par son **génie évolutif propre**.

Anorexie et boulimie créent des phénomènes biologiques, psychiques et relationnels qui participent à assurer leur pérennité.(75)

Facteurs personnels :

Les troubles précoces du comportement alimentaire :

Kotler *et al*.(2001), ayant suivi 1 échantillon communautaire de 800 enfants pendant 17 ans, ont trouvé que des troubles du comportement alimentaire précoces, manifestés à **l'âge de 6 ans** et marqués par des conflits concernant l'alimentation de l'enfant pendant les repas, **prédisaient l'évolution vers une **AM** de l'ado ou du jeune adulte**.(76)

L'insatisfaction corporelle : (76.77)

Les traits de la personnalité :

On a souvent décrit l'anorectique comme ayant été une enfant modèle, docile et soumise à l'excès, perfectionniste, anxieuse et introvertie.(78)

Evènement de vie :

Les contraintes parentales excessives sont spécifiques des troubles du comportement alimentaire... (78.79)

Activité à risque :

Certaines activités récréatives combinant exigence de minceur, entraînement physique intensif et tension nerveuse liées à la compétition exposent à 1 **risque accru de troubles des comportements alimentaires**, d'**AM** et de **boulimie**.(79)

Déterminismes biologiques : (79.80)

Vulnérabilité biologique :

Elle pourrait être liée au sexe féminin, à la puberté et à une prédisposition génétique. La participation de facteurs génétiques a été évoquée pour l'**AM**.(80)

L'état nutritionnel : (80.81)

Anomalies neuro-biologiques : (81)

Diabète insulino-dépendant : (81)

Facteurs familiaux :

Les troubles du comportement alimentaire peuvent être liés à des **troubles psychologiques** ou à des **traits de personnalité des parents** et à des modes de relations familiales...(81)

Troubles psychologiques et personnalité des parents :

Les mères d'anorectiques sont souvent décrites comme distantes, montrant peu de tendresse. La rigidité et leur recherche de domination familiale cacheraient leur fragilité, leur sentiments de dévalorisation et leurs attitudes dépressives. Elles sont fréquemment surprotectrices.

Les pères sont souvent dépeints comme effacés, soumis à leur femme, absents ou exclus, mais ils peuvent être quelquefois tyranniques et parfois dominateurs.

Les traits de personnalité narcissique avec 1 surinvestissement de l'apparence corporelle semblent fréquents(« mes parents ont toujours fait 1 culte du corps »).(82.83)

Les troubles de la relation parent-enfant :

Une étude longitudinale de 800 enfants suivis pendant 17 ans a montré 1 lien entre le développement des troubles du comportement alimentaire à l'adolescence et au jeune âge adulte et les troubles de la relation père-enfant, le peu d'affection manifestée à l'enfant, le peu de communication avec l'enfant, le peu de temps passé avec lui, une faible identification de l'enfant avec le père.(83.84)

Fonctionnement familial :

Par-delà leur diversité, **2 types principaux d'apparence familiale** ont été décrits dans l'anorexie comme dans la boulimie. Dans l'1 prime l'aspect d'une cohésion excessive et d'1 manque d'expression des émotions. Dans l'autre dominant une discorde ouverte ou une dissociation présentes avant le début du désordre alimentaire.(84)

Facteurs sociaux et culturels :

Si les déterminismes sociaux et culturels sont maintenant reconnus, leur rôle est souvent réduit à celui de facteurs favorisant, impuissants en eux-mêmes à générer les troubles des conduites alimentaires en l'absence des conditions de développement et des relations familiales pathogènes jugées primordiales.

La désignation de l'émissaire familial renverrait à la négation des conflits non résolus de la société, estimés d'une importance étiologique capitale.(85)

Attitudes sociales et familiales à l'égard des ados :

L'anorexie peut permettre de croire devenir 1 être extraordinaire, **en affirmant dramatiquement son individualité**, en refusant de suivre la voie de la réussite imposée.(86)

Attitudes sociales à l'égard des femmes :

...L'accès facile à la nourriture, l'excitation du désir par l'offre et la publicité, l'activation des pulsions alimentaires libérées par l'affaiblissement de la ritualisation des repas familiaux, sont des conditions facilitant la suralimentation. Au conflit entre le désir de manger avivé et facile à satisfaire et l'idéal de minceur, les **anorectiques** réagissent en se raidissant dans une **attitude de refus alimentaire**, alors que les **boulimiques** s'abandonnent à une **liberté alimentaire effrénée** tout en s'efforçant de respecter le modèle esthétique dominant.

La considérable **pression sociale** suggérant le suivi de régimes alimentaires aux adolescentes, largement répercutée dans les magazines féminins, induit très précocement, dès l'enfance, des préoccupations concernant la minceur et l'alimentation, généralise les restrictions alimentaires dès la préadolescence, créant des **conditions psychologiques et biologiques favorables au déclenchement de l'anorexie et de la boulimie**.(87)

Attitudes à l'égard du corps :

L'anorectique, soumise à l'idéal ascétique, s'efforce de libérer l'esprit du corps dont elle nie les besoins en le subjuguant (asservir) à la toute-puissance de son contrôle(87)

Approches cognitives et comportementales :

L'origine des distorsions cognitives est complexe : elles peuvent être **acquises dans l'enfance** sous l'influence d'expériences négatives précoces ou de l'exemple d'1 modèle de pensée dysfonctionnel des parents et être réactivées à l'adolescence. On a pu y voir les témoignages d'1 **trouble du développement** : les anorectiques « continuent à fonctionner avec les convictions morales et le style de pensée de la prime enfance » (Bruch, 1978).(94)

Approche systémique :

Par le désordre alimentaire, **l'adolescente maintient et accentue le fonctionnement familial fusionnel tout en protestant contre une oppression dont elle est incapable de se libérer.**(97)

Ses troubles du comportement ont pour fonction commune de l'empêcher de se dégager de la famille et de permettre aux parents de continuer de communiquer au travers de ces problèmes. Ils ont alors une fonction de protection de la famille : **elle poussent les parents à dépasser leur propre conflits** et à s'unir pour faire face ensemble aux difficultés de leur enfant.(98)

Approche psychanalytique :

Dans leur diversité, les compréhensions psychanalytiques de l'anorexie et de la boulimie se rejoignent pour souligner les failles précoces du développement décompensées (défoulées) par l'expérience de la puberté.

Les perturbations précoces du développement ont été liées à une **déficience des relations mère-enfant** dont plusieurs analyses ont été proposées.

Bruch met en cause les **réponses inadaptées de la mère aux besoins de l'enfant**, en particulier pour la nourriture, comme donner à manger au moindre signe de gêne : la mère substitue ses propres besoins à ceux de l'enfant.

L'enfant ne pourra établir de distinction entre les diverses sensations corporelles et les expériences émotionnelles, ne différenciant pas la faim et la satiété, ou la faim et qlq autres malaises ou tensions.

Il peut même lui être difficile de déterminer si une sensation ou une impulsion a son origine en lui-même ou vient de l'extérieur.

L'enfant est ainsi privé d'une base essentielle de son identité et il peut ne pas avoir l'impression d'être véritablement séparé des autres.(103)

Ces adolescentes ressentent leur **corps comme détaché d'elles** et appartenant toujours à la mère. Elles se vivent soumises passivement à une mère omnipotente(toute-puissante), effrayante, qui peut les engloutir(la mère dévoreuse). La mère internalisée est perçue comme une persécutrice responsable de la perte de contrôle de leurs désirs et de leurs corps. **La haine du corps et celle de la mère se confondent** et le corps peut être utilisé pour actualiser le fantasme de destruction de la mère. **L'anorexie et la boulimie visent à détruire le corps sexué et à retrouver le corps prépubère...** (106)

La psychodynamique des désordres alimentaires **montre l'interférence des conflits non résolus de l'enfance et de l'adolescence des parents**, externalisés dans les relations, avec le développement infantile et le processus de l'adolescence. Les perturbations de la 2^{ème} phase de séparation-individuation prolongent celles de la 1^{ère} et sont liées à **l'échec des parents à se séparer de leur propres parents**.

Dans le **fonctionnement narcissique**, l'enfant est voué à la satisfaction des besoins narcissiques des parents : ils ne considèrent que les aspects de l'enfant qui renforcent leur estime de soi et ils ne lui reconnaissent pas le droit d'avoir des besoins personnels. **Pour protéger les parents et préserver la relation**, l'enfant s'efforce de répondre aux attentes des parents. Ces enfants sont privés d'une expérience précoce suffisamment gratifiante d'un investissement aimant de leur corps par leur mère...

Dans le **fonctionnement limite**, souvent prépondérant dans la **boulimie**, l'adolescente ranime les conflits de dépendance des parents dont l'exagération de l'ambivalence et la projection de l'agressivité aliènent la « mauvaise » adolescente de sa famille entièrement bonne. **L'adolescence est vécue comme la perte de l'union fantasmatique à la mère** à laquelle l'adolescente répond par 1 effort compulsif pour retrouver la relation physique précoce satisfaisante avec l'objet originel (la mère). [La boulimie est une tentative de réunion avec le corps gratifiant de la mère.](#)(109)

L'anorexie et la boulimie expriment une impasse du développement : la poursuite de la dépendance, l'individuation et l'acceptation du corps sexué sont également angoissantes. L'anorexie et la boulimie en représentent une issue malheureuse. Les **mécanismes de clivage** et **le déni** qui y opèrent, la logique d'enfermement dans une néo-relation désobjectalisante au symptôme, représentent une menace d'arrêt du développement.(110)

Traitement :

Dans l'anorexie comme dans la boulimie, on insiste sur l'importance de la reprise de poids et de la rééducation nutritionnelle qui peuvent nécessiter une hospitalisation. Chez l'adolescente, on peut recommander l'association ou la succession d'une thérapie familiale et individuelle : il paraît en effet illusoire de tenter une thérapie individuelle si l'adolescente n'est pas suffisamment dégagée de l'emprise parentale.(111)

L'engagement dans la thérapie :

L'entretien avec l'adolescente doit manifester intérêt, compréhension et éviter la confrontation. Commencer par donner l'occasion à l'ado d'exprimer ses réticences, son opposition et de faire valoir son point de vue sans d'emblée le discuter peut aider à désarmer son hostilité et à entamer le dialogue.

On insiste souvent sur l'importance de communiquer à l'ado sa compréhension du problème, de l'amener à considérer que la quête de minceur est une recherche d'affirmation et de contrôle et que les troubles alimentaires cachent des doutes concernant l'identité, la valeur personnelle et les capacités d'adaptation aux défis de l'adolescente. Le thérapeute peut suggérer et soumettre à la discussion de l'ado que la solution du désordre alimentaire est inefficace, que ce qui était espéré être 1 moyen de libération est devenu une contrainte et que les doutes intérieurs ne sont pas résolus mais aggravés...(112)

L'importance d'une alimentation équilibrée et suffisante est présentée comme une condition nécessaire à la compréhension des problèmes psychologiques.

Dans l'anorexie, la nécessité d'une prise de poids est confirmée, tout en s'efforçant de rassurer l'ado en s'engageant à ce qu'elle ne prenne pas du poids trop vite et qu'elle reste raisonnablement mince.

Le projet thérapeutique est ensuite discuté et élaboré avec les parents et l'ado.

Le contrat instaure une médiation entre les parents et l'ado et marque une limite dans leur contrainte réciproque ; « il autorise la patiente à opérer 1 mouvement d'autonomie et de séparation »(Jeammet et al., 1991)

L'hospitalisation :

Pour l'anorexie, le contrat de poids précise habituellement que la sortie se fera quand l'ado aura atteint et se sera suffisamment stabilisée à 1 poids de 90 à 100% du poids idéal moyen attendu pour l'âge et la taille.

De fréquents comportements d'opposition, de falsification et de manipulation mettent à l'épreuve les capacités de tolérance aux frustrations, de maîtrise des contres-attitudes et de cohésion de **l'équipe hospitalière**.(114)

Thérapies familiale :

L'Ecole de Milan en est venue à confronter d'emblée les parents à leur responsabilité en postulant l'existence d'une connexion entre le désordre alimentaire et la dysfonction conjugale et en exprimant la nécessité de la découvrir pour dégager l'ado de la maladie.(117)

Psychothérapies psychodynamiques : (118)

Psychothérapies cognitivo-comportementales : (119)

Pharmacothérapie : (119)