

ALIMENTATION À L'ADOLESCENCE :

« Bouffer le monde ou la bouffe envahit mon monde... »

Dr Patrick GENVRESSE
Psychiatre des hôpitaux
Directeur de la Maison des Adolescents du Calvados

Dans le règne animal, l'homme n'échappe pas à la dépendance absolue à l'environnement pour assurer ses besoins fondamentaux en nourriture. On peut même avancer que les premières transactions relationnelles entre le bébé et son environnement externe (la mère ou son substitut) s'organisent autour du « nourrissage ». Sans entrer dans la discussion entre théoriciens de l'attachement et psychanalystes, nous pouvons souscrire à l'hypothèse de Freud qui a distingué la satisfaction du besoin alimentaire (faim, satiété) et « la prime de plaisir » que le nourrisson tire de la succion. Ainsi autour de cet échange nourrissant (physiologiquement et affectivement) s'organisent chez le bébé les premières intériorisations des relations humaines qui conditionneraient pour partie leur évolution. Actuellement, nous avons tendance à considérer qu'à cette « prime de plaisir » s'associe l'ensemble du maniement de l'enfant (le « Holding » et « Handling » de Winnicott), les contacts corporels, regards, paroles, bercements, portage de la personne « nourricière ». Même si le plaisir est largement mis en avant, il ne faut néanmoins pas méconnaître la part d'agressivité, voire de destruction, d'incorporation du bébé qui se nourrit, en témoignent chez les nourrissons leurs tendances plus ou moins affirmées à mordiller, à mordre. Nous retrouvons d'ailleurs, dans le langage familial, l'illustration de ces deux motions affectives (« *Elle est belle à croquer* » ... mais aussi « *celui-là, je le boufferai, ce qu'il m'a fait, je ne l'ai pas digéré* », etc...)

Les troubles alimentaires peuvent être très précoces. Dès le début, il y a des mères qui n'arrivent pas à nourrir leur enfant, qui ont le sentiment extrêmement douloureux que le bébé ne veut pas d'elle. L'anorexie peut également s'actualiser dans la première année de vie, elle donne toujours lieu à une confrontation entre le nourrisson et sa mère, celle-ci déployant toute une série de stratagèmes : jouer, le distraire, attendre la somnolence, ouvrir la bouche de force dont elle ressort épuisée et vaincue.

La culture revêt également une grande importance concernant l'alimentation.

Dans notre société d'opulence alimentaire, un combat contre l'obésité est d'ores et déjà d'actualité. Toutefois la dominante culturelle actuelle qui valorise le corps, l'image de Soi, et le culte de la minceur, synonyme de dynamisme, de maîtrise de Soi, participe, sans nul doute, à l'efflorescence des tendances anorexiques.

Les socio anthropologues disent que nous ne mangeons pas que des aliments mais aussi des symboles et de l'imaginaire. Souvenons nous des Romains qui donnaient à manger à leurs enfants des gâteaux en forme de lettre, afin qu'ils en ingèrent le symbole... Ne disons-nous pas, lorsqu'il en valait la peine, que nous avons « dévoré » tel ou tel livre. Plus loin de nous, le cannibalisme était une pratique culturelle fortement chargée de symboles.

De même, la culture imprime ses valeurs dominantes sur l'échange alimentaire mère – enfant : la puériculture a longtemps privilégié les aspects diététiques (quantité et qualité des aliments) par rapport aux aspects relationnels. Il semble que cette tendance soit inverse et la prescription de l'alimentation à la demande, pour libérale et dans le respect de l'épanouissement du bébé qu'elle soit, est parfois à même de laisser la jeune mère désemparée en face de ses craintes et de ses fantasmes sans le « cadre » rassurant des conseils et des recommandations diététiques.

On le perçoit, l'alimentation est au cœur de l'humain, elle modélise et régule la notion de plaisir, elle est le socle des premières interrelations, elle confronte à la notion de besoin, de vide, d'abandon, mais aussi de plein, d'agressivité et de destructivité.

Nous parlons beaucoup de l'adolescence et des adolescents depuis une quarantaine d'année. Cette période de l'existence humaine est à la mode, dans un double mouvement d'envie et de crainte mêlées de la part des adultes. Si l'on se convient pour paraphraser les propos de Leriche (« La santé, c'est le silence des organes ») que dans la majorité des cas, le corps de l'enfant est silencieux, celui de l'adolescent, en revanche fait du bruit : ce corps tient, à l'adolescence, une place centrale dans le registre des interactions concrètes avec l'entourage (plaintes diverses, fatigue, « patraquerie » adolescente) mais aussi dans le registre de l'activité fantasmatique (l'éveil sexuel, la séduction, les envies, les menaces, la maîtrise et le contrôle de soi...) On a l'habitude de dire qu'à l'adolescence, le corps est le vecteur privilégié de l'expression des conflits (conscients et inconscients). Des études de l'INSERM régulières tendent à montrer que pour les 11-20 ans, 12% des garçons et 37% des filles se disent excessivement préoccupés par leur poids. Le corps est au devant de la scène adolescente, en raison, bien entendu des importantes transformations pubertaires que le corps de l'adolescent subit, ces transformations engendrant un profond remaniement des processus psychiques, notamment l'investissement narcissique. Schilder considérait que le corps est le véhicule de « l'être au monde » et se situe, de ce fait, au centre des échanges relationnels affectifs entre individus.

D'une façon générale, les troubles des conduites centrés sur le corps semblent traduire la difficulté psychique d'intégration du corps sexué, comme s'il s'agissait de le maîtriser, d'en faire taire la nouvelle dimension sexuelle et de le cantonner, dans un mouvement régressif, au « silence ». Ainsi, on peut dire dès maintenant, à un niveau inconscient et en simplifiant, que l'anorexie mentale est une forme aboutie de maîtrise du corps et de ses envies instinctuelles (*« je suis plus forte que la faim, plus forte que l'envie... »*) en même temps qu'une tentative de gommer les nouvelles formes de ce corps (les caractères sexuels secondaires, les rondeurs des seins, des hanches, des cuisses, du ventre). On peut dire également que la conduite boulimique représente une forme de satisfaction régressive qui ramène le sujet au niveau infantile du « pur » plaisir oral dans la consommation irrépressible et « débridée » d'aliments sucrés.

Ainsi, les troubles oro-alimentaires à l'adolescence, tant sur le plan comportemental que sur le plan développemental, sont au carrefour d'un ensemble de problèmes qu'ils concourent, parfois, à révéler : les rapports du somatique et du psychique, la psychopathologie de l'adolescence, les relations familiales avec la question des interrelations primaires à la mère, le rôle du père et la sexualisation du corps. Cet ensemble de questions, de niveau différent, illustre bien la complexité des prises en charge.

À l'adolescence, les troubles des conduites alimentaires (TCA) concernent essentiellement le « couple infernal » que forment l'anorexie mentale et la boulimie. Il semble bien que ces troubles des conduites alimentaires s'actualisent, dans la majorité des cas pendant cette période. On ne saurait pas encore dire aujourd'hui si ce « couple » est composé de 2 entités psychopathologiques distinctes ou bien s'il s'agit de variantes

syndromiques d'une même entité processuelle, sous l'empire du sadisme oral retourné contre Soi, mais aussi contre l'entourage. En effet, bien des tableaux d'anorexie comportent des accès boulimiques mais les tableaux de boulimie isolée sont plus fréquents.

Sont décrits bien entendu d'autres perturbations des conduites alimentaires qui, parfois, sont les prémices d'un TCA en constitution progressive (les restrictions alimentaires, les crises de boulimie, la sélection alimentaire ou les vomissements provoqués...). Enfin l'hyperphagie et le grignotage qui s'inscrivent souvent dans les habitudes alimentaires familiales sont à l'origine de l'obésité, dont on sait que son augmentation constante dans les pays développés en fait une préoccupation majeure de santé publique.

L'anorexie mentale occupe une place particulière dans le champ de la psychopathologie adolescente par sa prévalence féminine (concerne des filles dans 90 à 97% des cas) et sa stéréotypie clinique (La fameuse formule des quatre « A » : Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée, Absence de pathologie somatique ou psychique). Sa description syndromique, en ces termes, est ancienne, puisque nous la devons à Richard Morton, auteur anglais qui en 1689 la décrivait sous le nom de « phtisie nerveuse ». Notons que, sur le plan sémantique, « anorexie » signifie étymologiquement « privé d'appétit ». Dans le cas de l'anorexie mentale, il ne s'agit nullement d'une perte d'appétit, mais plutôt d'une restriction alimentaire active. Le tableau s'installe en quelques mois, avec, au début, l'instauration d'un petit régime pour perdre quelques kilos. La prévalence en est stable, variant selon les auteurs entre 0,1 et 0,5 % avec 2 pics de survenue vers 15-16 ans et vers 18-19 ans. La conduite anorexique modérée au début devient méthodique, obsessionnalisée et radicale, conduisant en quelques mois à un amaigrissement intense pouvant dépasser 20 à 30% du poids initial. L'aménorrhée vient compléter le tableau, elle est le plus souvent secondaire, mais elle peut être primaire lorsque le syndrome anorexique débute au moment de la puberté. Elle est à la fois signe de gravité et élément pronostique important au sens où elle peut persister après la reprise de poids. Au plan diagnostique, l'utilisation de la pilule (hormonothérapie de substitution) est à même de masquer ce symptôme de gravité. Il est classique et le plus souvent vérifié de décrire en plus de ces trois symptômes typiques, une hyperactivité physique et/ou intellectuelle, une pauvreté des relations sociales et une indifférence par rapport à la sexualité. Le trouble perceptif de l'image corporelle est constant, l'anorexique continue de se percevoir « grosse » notamment des formes (ventre, hanches, cuisses) qui spécifient la féminité. Le plus souvent, la jeune fille anorexique n'a pas conscience de son état, pense qu'elle va bien et tend à rejeter, à priori, toute proposition d'aide. Elle dénie la légitimité de l'inquiétude de son entourage (les parents en premier lieu). L'anorexie mentale a également pour spécificité d'être explicite, montrée, voire inconsciemment arborée, la maigreur est d'évidence comme « jetée en pâture » au regard des autres. Elle suscite la préoccupation, l'urgence à « faire quelque chose », les parents sont pris dans cette urgence à re-nourrir l'adolescente, piégés qu'ils sont dans cette dynamique qui rappelle et scelle le lien de dépendance infantile. L'anorexique a une image paradoxale en négatif, elle expose ce qu'elle dénie. L'impuissance à laquelle elle confronte l'autre active l'agressivité et les tentations sadiques (L'enfermer, la faire manger de force jusqu'à la nutrition parentérale qui se révèle parfois une mesure de survie) C'est dire si le symptôme colore et éprouve la dynamique familiale.

Bien des auteurs s'accordent à en faire une entité syndromique composée d'une constellation de symptômes et de traits psychopathologiques : E. Kestemberg parle, par

exemple, « d'organisation complexe et spécifique » (1972) ou encore de « Psychose froide ».

En revanche, au plan psychopathologique, la question reste entière et les théories s'opposent suivant que l'on considère l'anorexie mentale liée à la culture (tributaire d'éléments externes) ou que l'on invoque une prédisposition biologique, un trouble de la communication familiale, ou, du point de vue psychanalytique, les conséquences d'une relation précoce mère fille particulière. L'anorexie mentale est, en effet, un « lieu » privilégié de confrontation des grands courants de la psychopathologie actuelle et un objet de recherches actives et dynamiques. Le débat s'apparente à celui auquel donnent lieu les toxicomanies, d'autant plus qu'un courant actuel de pensée tend à intégrer l'anorexie et la boulimie dans le cadre général des addictions.

L'évolution au long cours reste souvent préoccupante. Certes les formes mineures sont assez fréquentes (autour de 25 % des cas) et sont résolutive avec une prise en charge adaptée, au bout de quelques mois. Toutefois, à 5 ans d'évolution, plus de 50 % des cas n'ont pas une bonne récupération (Poids dans les zones de la normale, règles régulières). La mortalité est évaluée, dans les études, entre 5 et 7%, soit par cachexie liée à la dénutrition, soit par suicide.

La prise en charge en est complexe, nécessitant, au cas par cas, un projet thérapeutique global en hiérarchisant les interventions et les objectifs. Ce projet thérapeutique concerne l'adolescente et sa famille, il forme un éventail de soins allant de l'ambulatoire, individuel, groupal, l'accueil en centre thérapeutique à temps partiel jusqu'à l'hospitalisation lorsque la situation l'exige.

La boulimie, autrefois dénommée « boulimie nerveuse » par Wulff en 1932 concerne également majoritairement des adolescentes selon un sexe ratio d'environ 4 filles pour un garçon. Elle est notoirement plus fréquente, sur le plan épidémiologique, puisqu'elle concerne 1% des adolescents (0,1 % des garçons, 2% des filles). La boulimie se caractérise par son long temps d'évolution « clandestine », 2 à 3 ans en moyenne. En effet, il n'y a pas de variation de poids observable dans la plupart des cas et les crises boulimiques se produisent essentiellement lorsque l'adolescent est seul. Seul « le pillage » répété des placards et du réfrigérateur est à même d'attirer l'attention de l'entourage. Rappelons brièvement les critères diagnostiques de ce syndrome : Le besoin irrésistible, « par crise », d'engloutir de grandes quantités d'aliments de préférence sucrés, en un minimum de temps, sans contrôle et sans limites, le vomissement qui traditionnellement succède à l'ingestion massive, épargnant la prise de poids et exprimant le dégoût, l'intense culpabilité, la crainte fantasmatique de devenir gros en lien avec un vécu négatif de son corps.

Le contexte familial semble différent de celui des patientes anorexiques, les antécédents psychiatriques familiaux sont beaucoup plus fréquents (dépression, alcoolisme, suicide). Ces familles sont plus chaotiques et ouvertement conflictuelles que les familles classiquement décrites dans les cas d'anorexie mentale. Au plan psychopathologique, une dimension abandonnique est souvent décrite. L'évolution, à long terme (5 à 6 ans) serait favorable à environ 60% des cas. Les conduites boulimiques perdurent, en l'état, dans 10 %. À court et moyen terme, les améliorations ponctuées de rechutes sont fréquentes sous traitement. La prise en charge comporte plusieurs niveaux (diététique, psychothérapique, comportemental, médicamenteux), mais les patientes ont du mal à s'astreindre à la persévérance nécessaire. On ne recourt à l'hospitalisation que dans les formes massives, elle consiste en un programme de rééducation diététique, mais les rechutes sont très fréquentes.

L'alimentation est au cœur de la vie, elle condense les besoins instinctuels, les prémices de la vie relationnelle, elle symbolise le passage entre le monde perceptuel externe et le monde interne, elle métaphorise l'envie, le désir et l'image du corps. Les troubles des conduites oro-alimentaires concernent, à large prédominance, les jeunes filles à l'adolescence. Il s'agit de conduites agies (restriction/lâchage) qui teintent progressivement d'addiction et de somatisation le fonctionnement psychique et qui, au fil de l'évolution, tendent à envahir toute la vie psychique et à s'autonomiser. Ces troubles paraissent mettre en acte une problématique Narcissique, avec une incapacité à investir la féminité et ce qu'elle engage de la sexualité génitale. En psychanalyse, nous parlerions de fonctionnement psychotique avec clivage du Moi et déni, mise à l'écart du corps sexuel.

Ce qui rend complexe l'élaboration d'hypothèses de compréhension et, par conséquence, la prise en charge, est bien l'écart entre le monomorphisme clinique de ces troubles et leur appréhension nécessairement en 3 niveaux intriqués : 1 / le sujet, son évolution, son remaniement identitaire, 2/ L'environnement proche dans lequel il évolue, support des modèles relationnels, et de ses identifications structurantes, 3/ la société avec ses dominantes économiques et culturelles.

Bibliographie :

BRUSSET B. « Psychopathologie de l'anorexie mentale » Ed. Dunod, Paris, 1998

SCHILDER P. « L'image du corps » Ed. Gallimard Paris 1971

MARCELLI D., BRACONNIER A. "Adolescence et psychopathologie" Ed Masson, 7e édition, 2008