

Chapitre 1

BASES CLINIQUES

LES FORMES TYPIQUES

Dans la forme habituelle, l'installation de la restriction alimentaire est progressive et passe longtemps inaperçue, d'autant que l'adolescente partage avec beaucoup de ses compagnes des soucis de régime.

La forme restrictive pure

Quelles que soient les raisons que la jeune fille en donne, son comportement alimentaire est très particulier et comparable d'un cas à l'autre. Il s'agit, en effet, d'une restriction méthodique, résolue, poursuivie avec énergie. Elle porte sur la quantité et sur la qualité en fonction de la valeur nutritive supposée. La volonté de maigrir qui apparaît clairement à la simple observation du comportement est sous-tendue par la hantise de grossir. D'autres moyens peuvent être associés dans le même but conscient et délibéré : vomissements provoqués, laxatifs, lavements, hyperactivité physique.

Même s'il y a allégation d'inappétence ou de gastralgie, la persistance de la sensation de faim est habituelle, au moins au début. Cette sensation de faim est parfois recherchée en tant que telle, comme une tension qui donne des sentiments d'élation et de contact plus grand avec le corps

ainsi maîtrisé, assujéti à la volonté. La lutte contre l'appétit est source de satisfaction intense, ses échecs sous forme de raptus boulimiques sont ressentis comme honteux, inavouables et angoissants. Au cours de l'évolution, la sensation de faim tend à se restreindre comme dans toute insuffisance régulière des apports.

En contraste avec cette restriction alimentaire systématique, les intérêts alimentaires et culinaires sont souvent renforcés : cuisiner, composer des menus, faire manger les autres, quitte à les gaver...

Non moins caractéristique est l'absence de toute inquiétude à propos de l'amaigrissement, même quand il est très important. L'adolescente dit se trouver normale ou même encore trop grosse, comme si elle ne percevait plus son corps tel qu'il est. Cette altération de la perception de certains aspects du corps est typique, et, comme nous le verrons, demande explication.

Les critères du diagnostic

Dans tous les cas, il ne faut pas perdre de vue la nécessité d'éliminer la tuberculose, le sida, une affection organique (du tractus digestif en général), mais également l'atteinte neurologique des noyaux du tronc cérébral, des nerfs crâniens ou une tumeur de la base du crâne ou de la fosse postérieure – dont les manifestations cliniques sont à vrai dire nettement différentes, mais qui peuvent évidemment être associées à une authentique anorexie mentale.

Les classifications DSM et CIM sont très proches dans leur définition des critères d'inclusion et d'exclusion dans la catégorie des troubles du comportement alimentaire (TCA). Trois formes sont distinguées : l'anorexie restrictive, l'anorexie-boulimie, la boulimie. Outre le comportement alimentaire, elles se caractérisent par des différences sémiologiques, anamnétiques et évolutives, ainsi que par la « co-morbidité », c'est-à-dire l'association à d'autres types de troubles. Le diagnostic pluriaxial distingue le tableau syndromique, les troubles de la personnalité et les « facteurs de stress psychosociaux ».

Le DSM IV de l'*American Psychiatric Association* (1994, trad. fr. 1996), établit ainsi les critères du diagnostic d'anorexie mentale (*anorexia nervosa*).

- Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (par exemple, maintien du poids à moins de 25 % du poids attendu).
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence de trois cycles menstruels consécutifs (en l'absence d'administration d'hormones).

On distingue la forme restrictive et la forme avec existence régulière de crises de boulimie/vomissements ou de prises de purgatifs.

Il est généralement facile de différencier l'anorexie mentale proprement dite des anorexies symptômes d'affections psychiatriques autres, mais un syndrome d'anorexie mentale plus ou moins atypique peut être associé à une évolution franchement psychotique, voire schizophrénique, ou encore à un syndrome dépressif avec inhibition, ralentissement et inertie.

Il faut connaître l'existence, probablement récente et sûrement de fréquence croissante chez les jeunes adolescentes, de *pseudo-anorexie mentale*, par imitation, par identification hystérique à une compagne anorexique, par adhésion au modèle du mannequin anorexique ou encore à des fins de manipulation familiale. Certaines formes qui guérissent aisément en thérapie familiale correspondent sans doute à ce mode d'expression conjecturale du mal être adolescent, ou à la désignation par le groupe familial du porteur de symptôme, c'est-à-dire, par exemple, le besoin de la famille que cette fille-là soit anorexique et que celle-ci adhère à cette logique identifiante sacrificielle.

Le contexte familial

Il serait artificiel de décrire cette conduite en dehors de son contexte. En effet, quand l'amaigrissement est devenu suffisamment alarmant pour la famille et que les parents se décident à consulter, une véritable lutte de puissance s'est déjà engagée à travers de multiples péripéties. Les restrictions ne sont jamais aussi strictes que lors du repas familial, et pour la première fois de sa vie, la jeune fille oppose une résistance inexpugnable aux pressions et contraintes directes ou indirectes de ses parents. Il y a une sorte de logique propre de ce conflit qui, à partir des affrontements sur le plan alimentaire, cristallise beaucoup de tensions, dans une sorte de « prise en masse » en un véritable drame familial auquel participe souvent la fratrie, parfois les grands-parents.

Les parents se sentent profondément remis en question par l'image de mauvais parents incompréhensifs et persécuteurs que leur fille leur renvoie par son aspect décharné, d'emblée évocateur d'un suicide

progressif par inanition. De là, certaines réactions courantes : le déni de la maigreur, la négation du problème, d'où le retard parfois considérable à consulter, la recherche d'une cause extérieure considérée comme traumatique, d'une mauvaise influence, ou encore la conviction d'une étiologie somatique. Il peut en résulter une collusion avec les médecins pour multiplier inutilement les examens biologiques, radiologiques, voire endoscopiques.

Ailleurs, la mère, plus rarement le père, en fait son affaire organisant entièrement la vie de sa fille, prenant en charge le problème à son idée, décidant de tout et n'accordant aucune confiance aux multiples spécialistes consultés, interrompant une hospitalisation ou une psychothérapie. Il s'agit parfois d'une complicité telle qu'aucun changement n'est possible.

Bien entendu, la fille adhère volontiers à toutes les interprétations qui l'innocentent en en faisant une pure victime : « Si je n'ai pas faim, c'est parce que mon corps se suffit de peu et d'ailleurs je mange normalement, je ne me sens jamais aussi bien qu'en me nourrissant comme je le fais. »

Quelle que soit l'atmosphère qui l'entoure, la sérénité apparente de l'adolescente est frappante. Elle est très attentive aux attitudes de son entourage mais poursuit son comportement comme si de rien n'était, de telle sorte qu'il y a un grand contraste entre son aspect corporel et le jeu complexe des attitudes qu'il induit autour d'elle, et l'impassibilité qu'elle manifeste. Rarement en effet, il s'agit d'une revendication ou d'une protestation très énergique, même si elle dit ne pas être d'accord avec les tentatives thérapeutiques entreprises. Elle exprime plus souvent une résignation passive, sauf en ce qui concerne l'alimentation, dernier point sur lequel elle puisse céder.

Le récit qui justifie et rationalise son attitude est repris sans grande conviction, et un malaise diffus transparait assez facilement, associé à de petites modifications de l'humeur et du caractère. Avec un interlocuteur attentif qui ne prend pas parti, elle peut abandonner le déni et faire état du profond désarroi qu'elle ressent. Au début, elle a voulu maigrir, et c'est devenu un besoin, une contrainte plus forte qu'elle dont elle ne peut plus se passer : l'abandonner serait un effondrement, un anéantissement.

En résumé, le diagnostic est d'emblée évoqué devant les particularités de cette maigreur. Le comportement alimentaire est l'application méthodique d'un régime amaigrissant de plus en plus strict. En effet, l'amaigrissement, même très important, ne suscite pas d'inquiétude apparente chez l'adolescente, alors même que son entourage y réagit vivement. Elle campe sur des positions de refus, et se sert de son aspect corporel pour signifier à son entourage une révolte qui ne peut se dire ni

se vivre autrement. Le corps décharné, nié en tant que tel, est en même temps caché et montré, parfois souligné par le maquillage et le style vestimentaire (l'inadéquation des vêtements est habituelle).

L'entourage peut sembler ne rien voir, la poursuite, voire la multiplication des activités faisant illusion. L'acharnement au travail, le sport, la danse, un job dans la restauration, sont typiques. Il s'agit d'un ensemble d'attitudes psychologiques qui tendent à venir au premier plan, quelle que soit la personnalité antérieure.

Les caractéristiques psychologiques

Certaines caractéristiques psychologiques notées par H. Bruch ont été considérées comme des traits de personnalité : perfectionnisme, inefficacité, méfiance interpersonnelle et défaut de perception intéroceptive. Cette dernière serait typique de la vulnérabilité anorexique. Ces traits de personnalité ont été isolés afin d'élaborer des questionnaires censés les objectiver en vue de calculs statistiques pour en établir la fréquence et, même, émettre des hypothèses sur l'inné et l'acquis, par exemple en interrogeant des jumelles anorexiques mono et dizygotes. Ces notions ont été opérationnalisées notamment dans le questionnaire *Eating disorders inventory* de Garner *et al.* (1983), qui a été largement utilisé dans de multiples enquêtes.

L'intérêt a été de donner des arguments contre certaines tendances à réduire l'anorexie mentale à une forme de troubles obsessifs-compulsifs ou de dépression. Les enquêtes sur les jumelles ont été fort décevantes, n'objectivant guère qu'une « susceptibilité non spécifique à la névrose », et peut-être une prédisposition aux perturbations hypothalamiques et au perfectionnisme...

L'idée de H. Bruch d'un trouble particulier de la perception du corps a donné lieu à diverses méthodes d'objectivation et à diverses hypothèses étiopathogéniques. Cela a permis de déplacer l'intérêt de l'acte alimentaire à la relation avec le corps, et en psychanalyse la référence à la fixation orale et au refoulement à la problématique narcissique et au déni, et aussi d'avoir constitué une première intuition clinique de ce qui deviendra l'alexithymie, notion qui est au centre de nombreux débats contemporains. Cependant, l'idée d'une anomalie, spécifique et objectable par questionnaire ou par d'autres méthodes de ce genre, dans la perception par l'anorexique de son corps, a dû être très généralement abandonnée. Plutôt que d'une distorsion objectivable de l'image du corps, il s'agit de la dépréciation corporelle, de la faible estime de soi et de l'effet des attitudes de déni.