

Article

« L'adolescente anorexique »

François Maranda

Santé mentale au Québec, vol. 9, n° 2, 1984, p. 94-98.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030243ar>

DOI: 10.7202/030243ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

L'adolescente anorexique

François Maranda*

Depuis quelques années, l'anorexie mentale, avec sa fréquence épidémique et sa résistance à la thérapie, a été l'objet de publications des plus diverses. Dans ce texte, nous essayons de décrire simplement la symptomatologie associée à la maladie, les hypothèses étiologiques actuelles pour, à la lumière de nos expériences cliniques auprès d'adolescentes anorexiques, dégager les grandes lignes d'un plan de traitement.

Presque absente il y a trois décennies, l'anorexie mentale est maintenant un problème à fréquence épidémique et la morbidité qui l'accompagne est importante. Selon certains auteurs, 5 % à 10 % des victimes en décèdent. Avec la boulimie, elle n'a été étudiée de façon méthodique que durant ces dernières années. Les critères diagnostiques les plus récents de Feighner et du DSM III¹ sont remis en question et les recherches actuelles identifient différents sous-groupes de patientes. Signalons immédiatement que par anorexie nerveuse nous entendons la recherche active de la minceur par le biais d'une restriction alimentaire désirée. Cette affection fascine et pose la question du sens de la vie. Il semble en effet que de posséder intelligence, volonté, désir de réussite, etc. ne permet pas nécessairement d'être heureux ou même d'être.

Avant d'aller plus loin, mentionnons qu'il est difficile de séparer, dans ce que nous trouvons symptomatique, ce qui provient de la personnalité prémorbide de la patiente de ce qui appartient à «l'état anorexique», c'est-à-dire la phase aiguë de la maladie.

DESCRIPTION GÉNÉRALE

L'anorexie nerveuse apparaît habituellement chez des adolescentes de 12 à 18 ans qui sont issues de familles bourgeoises et le plus souvent unies. Le nombre d'enfants dans ces familles est limité et

l'adolescente anorexique est habituellement l'aînée des deux filles. Elle est perçue comme une enfant méticuleuse, studieuse, volontaire et active. Son comportement est axé sur une recherche effrénée de la minceur. Elle contrôle sa faim par des repas interminables et à l'aide d'activités cédulées faisant appel à l'hyperactivité. Son monde est organisé et obsessionnalisé car l'imprévu est source d'anxiété. Son sommeil est perturbé et elle avoue son malaise devant toute situation demandant relaxation et passivité. Elle vérifie tout et rien, car elle doute constamment de ses capacités à réussir tant sur le plan scolaire que diététique. Antérieurement obéissante, soumise, facile et source de gratitude pour ses parents, elle est devenue irritable, exigeante, contrôlée et manipulatrice. Elle semble vouloir avoir le dernier mot sur tout. Elle est très fière de sa maigreur et ceux qui la trouvent malade deviennent à ses yeux des envieux et des jaloux. Elle n'admet pas facilement qu'elle provoque des vomissements ou qu'elle utilise des laxatifs et des diurétiques. Il y a généralement un facteur réel qui a précédé l'idée d'entreprendre la diète. C'est le plus souvent un déménagement, un voyage des parents, un changement d'école, le départ de la maison d'un membre de la fratrie ou autre, comme si, à la suite de cette perte, la prise de contrôle du besoin de manger colmatait l'hémorragie narcissique. La difficulté ici c'est que nous sommes les seuls à faire le lien entre le facteur précipitant et la perte de poids. Notons, finalement, qu'elle n'a pratiquement pas d'amis, qu'elle méprise d'ailleurs le plus souvent.

L'ÉTAT MENTAL

Hospitalisée, l'anorexique montre une soumission apparente et n'exprime que très rarement de

* François Maranda, m.d., C.S.P.Q., F.R.C.P. (c), professeur chargé de formation clinique de psychiatrie à l'Université de Montréal et travaillant aux Centres hospitaliers Notre-Dame et Sainte-Justine. C'est à titre de médecin-psychiatre consultant auprès de pédiatres qu'il a été amené à évaluer et à traiter directement ou indirectement, par le biais d'une supervision auprès de médecins résidents en psychiatrie, près de cinquante adolescentes anorexiques.

la rébellion. Son attitude en est une d'adhésion à la lettre de la prescription, avec violation constante de l'esprit de l'ordonnance. Elle éternise ses repas, elle s'entoure de nourriture qu'elle dissimule un peu partout. Sa peur constante d'en manquer entraîne des dépenses importantes pour l'achat de différents aliments qu'elle emmagasine et n'utilise pas. Ses connaissances diététiques sont grandes; chez elle, elle faisait les repas et avait envahi la cuisine. Elle bouge constamment; ses activités physiques sont nombreuses, épuisantes et réalisées sans plaisir. Ces dernières, cédulées de façon obsessionnelle, n'ont de but que la perte de poids. Son attitude face aux repas est complexe; mais disons qu'elle fait tout pour se les rendre désagréables. Elle mange tantôt debout, tantôt sur le bout de sa chaise, s'ingéniant à trouver une position inconfortable.

L'affect de la malade est labile; il oscille entre la dépression et l'euphorie, mais signalons surtout un déni de la tristesse. Son idéation est centrée sur la nourriture, sur sa peur d'engraisser et de sombrer dans le désir boulimique. Sa vie fantasmatique est pauvre et sa pensée presque opératoire. Elle rêve peu; quand elle le fait, ses rêves révèlent différents fantasmes oraux prégénitaux. Elle s'interroge souvent sur l'état de son corps car elle a le sentiment d'être attaquée de l'intérieur après les repas. Comme si l'idéal du moi correspondait à l'idéal du poids!

Bruch (1973) insiste sur les différents problèmes sensoriels et perceptuels associés à la phase aiguë de la maladie. Elle décrit une hyperacuité aux sons et à la lumière, ces stimuli devenant même douloureux. Elle signale également des distorsions de l'image et du schéma corporel. Selon Bruch ces distorsions seraient secondaires au jeûne et diminueraient avec le retour à une nutrition normale. Notons également une mauvaise interprétation des sensations somatiques et spécialement de celles provenant du tractus digestif. La distention gastrique puis colique résultant du passage du bol alimentaire équivaut pour l'anorexique à grossir et engraisser. Souvent le surplus de peau, occasionné par la fonte rapide du tissu sous-cutané, est paradoxalement compris comme de la graisse tenace. L'expérience du temps, avec ses longueurs interminables et ses «je n'ai pas vu le temps passer», va dans le même sens. Bref, l'identité et le schéma corporel sont peu intégrés à la personnalité; il n'est pas surprenant

d'entendre la patiente parler de sentiments de dépersonnalisation, comme celui d'être divisée en deux, ou, encore, d'être habitée par un personnage tyrannique qui ne lui accorde aucun repos.

HYPOTHÈSES ÉTIOLOGIQUES

Il nous semble important de signaler la multiplicité des facteurs étiologiques impliqués. Le jeûne a des conséquences certaines sur l'état mental, ce dernier s'apparentant à un état second de la conscience. Ainsi, la perception du temps et de l'espace est perturbée, la possibilité d'apprendre, de retenir et d'intégrer de nouvelles connaissances est fortement diminuée et le jugement est significativement faible. Pour Bruch il y aurait arrêt du développement de la pensée formelle au sens piagétien du terme. Privée de sa capacité d'abstraction, l'anorexique ne pourrait s'orienter dans la vie et sa réussite scolaire serait obtenue obligatoirement par une étude compulsive. Sa faculté d'anticipation étant affaiblie, elle organise et «obsessionnalise» l'environnement pour réduire l'imprévu, source d'anxiété. Les aberrations perceptuelles, la difficulté à l'affirmation de soi et les gains secondaires de la maladie sont associés à la «chronicisation» du problème.

Nous croyons, en psychiatrie, que les changements biologiques résultent le plus souvent du jeûne. Je dis le plus souvent, car le manque de réponse de l'hormone de croissance à la L-Dopa, chez l'anorexique de poids normal, et l'absence d'augmentation de la prolactine après l'utilisation du Largactil®, qui bloque les récepteurs dopaminergiques, démontrent possiblement un mal fonctionnement post-synoptique des récepteurs dopaminergiques (perte de feedback négatif). Cela n'est pas sans intérêt, lorsqu'on reconnaît l'importance de la dopamine dans la régulation alimentaire, dans l'activité menstruelle ainsi que dans la sexualité. Les récentes études de Kandell (1983), démontrant les effets de l'apprentissage sur la structure du neurone, permettent d'espérer une meilleure compréhension de l'interrelation de la psychologie et de la biologie cellulaire.

L'anorexie, initialement perçue comme symptôme de conversion hystérique, est maintenant associée à la maladie psychosomatique et à la psychose. Ses similitudes avec la maladie psychosomatique s'établissent par la pensée concrète, la pauvreté

émotionnelle et la faible vie fantasmatique de la malade, tandis que son rapprochement avec la structure psychotique se fonde davantage sur son type de relation à l'objet. Cette dernière étant vulnérable narcissiquement de par sa personnalité prémorbide, la perte d'un point de repère réel entraîne désarroi et hémorragie narcissique. La solution anorexique, c'est-à-dire la recherche constante de quelque chose d'unique pour contrôler le besoin alimentaire, entraîne l'illusion de supériorité et masque ce que j'appelle les trous narcissiques de la patiente. À défaut de savoir quoi faire et selon ses besoins, il y a le «faire mieux que» qui sécurise et reconforte. Constaté le besoin persistant de la présence réelle de l'objet, que ce soit le thérapeute, la nourriture ou la mère, nous renvoie à l'expérience alimentaire de la petite enfance et à ses problèmes d'introjection. Digérer, intégrer, assimiler la nourriture, autant que la mère avec sa présence et son réconfort, semblent être une expérience nécessaire à la formation de l'imaginaire maternelle, fondement du self. Nous devons donc, d'une part, étudier l'expérience du réel pour, par la suite, aborder les fantasmes de l'enfant face à l'objet. Il est possible que la mère, anticipant le besoin de son enfant avant même qu'il se manifeste, ait empêché celui-ci d'expérimenter sa faim et sa satiété. La mère joue possiblement un rôle essentiel dans l'organisation des différentes émotions de l'enfant par un jeu complexe d'identifications avec ce dernier. Ainsi, en présence de sa mère, qui adopte les comportements adéquats pour satisfaire ses différents besoins, le nourrisson reconnaît ses sensations et ses émotions. Dans l'hypothèse où la nourriture serait donnée indifféremment par la mère, il associera la nourriture comme la réponse à sa tristesse, à sa douleur, à son anxiété, et prendre le contrôle signifiera indépendance, autonomie, supériorité. L'affirmation de l'autonomie devient: «je peux bien me passer de manger». À l'avenir, toute situation menaçant l'intégrité de la personne entraînera le réflexe d'entreprendre la diète. C'est la solution anorexique aux différents problèmes de la vie.

Le modèle psychanalytique permet de comprendre le vide intérieur de la patiente comme secondaire et résultant de la projection active des objets bons et mauvais. Les désirs inconscients inavouables, comme d'attaquer la mère et de la contrôler, sont projetés à l'extérieur et attribués à l'autre. La

nourriture étant un des supports recevant la projection, il devient possible de comprendre le discours post-prandial de l'anorexique qui, se sentant attaquée de l'intérieur par les aliments, tend désespérément de mettre la nourriture à l'extérieur. Dans l'hypothèse où l'objet interne (imago) est projeté, il devient impossible de distinguer l'imaginaire maternelle de la mère réelle (objet de sa représentation), ni la réparation concrète (vouloir soigner concrètement la mère, la nourrir, la protéger, etc.) de la réparation symbolique. Pensant avoir réellement attaqué la mère par son désir, elle se doit de réparer le tort qu'elle croit lui avoir fait. Le comportement de l'anorexique est une tentative de faire plaisir à cette mère «blessée» et d'agir en s'identifiant à elle. La perte physique des seins, des règles, des formes féminines représentent possiblement les résultats de l'attaque contre le corps de la mère, le corps de la patiente signifiant celui de la mère. L'identification au garçon qui, lui, est actif, mince, non déprimé et qui met tout à l'extérieur étant son dernier recours dans l'impossible entreprise de réparer concrètement la mère imaginaire.

LE TRAITEMENT

La perte de poids est comprise comme une incapacité de la patiente de prendre soin d'elle-même. Le ralentissement global du métabolisme dû au jeûne entraîne de profondes modifications sur le jugement, la capacité d'abstraction, l'idéation, le sensorium et le comportement. La prise de poids, quoiqu'insuffisante en elle-même, corrigera les modifications biologiques; elle est, par conséquent, considérée comme un objectif premier essentiel. Pour atteindre cet objectif, l'hospitalisation en milieu pédiatrique ou psychiatrique est souvent nécessaire. La restitution du poids est grandement facilitée par le travail conjoint avec le pédiatre qui s'occupera de la santé de la patiente. Mon rôle initial est à la fois celui de consultant auprès du pédiatre, de thérapeute individuel de la patiente et d'intervenant auprès de la famille. La patiente étant consciente de la nécessité de prendre du poids, un programme de conditionnement est proposé par le pédiatre. La prise de poids entraîne la permission de visites, d'activités et de congés selon la situation, et la perte de poids implique le retrait à la chambre, la diminution des temps de repas, les sup-

pléments caloriques, etc. Je dirais cependant qu'il est difficile d'identifier les renforcements positifs de l'anorexique, car avec son côté ascétique qui lui interdit le plaisir, identifier ce qui lui fait plaisir n'est pas une mince tâche.

Des réunions hebdomadaires avec les différents soignants permettent la cohésion et, en autant que cela se puisse, une approche unifiée qui ne prête pas le flanc aux clivages de l'anorexique. Le danger qui guette ici, c'est le passage de la maladie à l'état de chronicité. Ce dernier engendre des conséquences dramatiques tant pour l'espérance de vie de la patiente que sur sa qualité de vie. Selon Bruch, certaines études démontreraient que les thérapies n'ayant comme objectif que l'amélioration du poids entraîneraient le geste suicidaire, le «binge eating» et le mauvais pronostic.

Il est donc essentiel de changer l'esprit. Mon intervention psychothérapeutique initiale est supportive et d'orientation cognitive. Par l'intermédiaire d'une anamnèse dirigée, avec questionnement ouvert sur l'idéation et le comportement de la patiente, un lien de confiance s'installe avec celle-ci, surprise que tant de choses soient connues sur ses idées les plus secrètes et sur l'objet de son angoisse. L'accent n'est donc pas mis, dans un premier temps, sur l'interprétation avec les faux «insights» qui l'accompagnent. Initialement, le but du traitement est d'améliorer le sens de soi, de diminuer l'attitude sévère de la patiente envers elle-même et de permettre une réelle autonomie dans l'action. L'adolescente est donc informée que la question du poids est en quelque sorte un écran de fumée empêchant d'identifier et de solutionner les problèmes de fond. Elle est encouragée à découvrir la signification de ses idées et de ses comportements et leurs interrelations avec l'événement réel précédant l'entreprise de la diète. L'idée ici : qu'elle identifie mieux ses limites, qu'elle ne s'implique pas dans des situations avec lesquelles elle ne peut composer et qu'elle allume une lumière rouge dans sa tête lorsque les préoccupations alimentaires deviennent importantes. Ainsi, elle pourra comprendre la source réelle de son angoisse.

Les interventions auprès de la famille aident souvent les parents à mieux saisir les besoins de leur fille et permettent la remise en question de la recherche effrénée du succès. La rencontre avec les parents permet de préciser les situations qu'ils doi-

vent éviter à leur adolescente, comme un changement d'école, son envoi en colonie de vacances en période de crise, etc.

Dans un deuxième temps, conscient cependant que cela ne sera pas toujours possible de par les nombreuses interventions qu'a nécessité le traitement de la période aiguë de la maladie, la thérapie s'engage dans la recherche des objets internes de la patiente qui ont été attaqués, clivés et projetés. À mon avis, l'interprétation du transfert et la reconnaissance de l'identification projective permet la reconstruction du symbole, de l'imago, des objets internes et, donc, du self. Je pense que l'anorexique, menacée dans son intérieur par ses objets internes (attaqués par son sadisme et devenus persécuteurs), projette activement sur l'extérieur ses objets bons, pour les protéger, et ses objets mauvais, pour se protéger. L'extérieur, c'est l'autre, la mère, le thérapeute, la nourriture, etc. L'idée, durant cette phase de la thérapie, est de favoriser la réintrojection des objets internes, d'analyser les désirs agressifs inavouables et de réparer les images. Selon moi, le comportement de l'anorexique est une tentative constante de réparer, dans la réalité, la mère réelle qu'elle a abîmée par ses fantasmes (mère imaginaire). Lorsqu'elle comprend que son attaque est dirigée contre l'image maternelle et qu'il n'est pas utile de vérifier dans le réel si la mère va bien, si elle n'a pas faim, si elle aime sa fille, etc., il devient possible d'analyser le désir homicide pour finalement réparer l'imago maternelle.

En terminant, je signale que je demeure fasciné par les nombreuses tentatives de l'anorexique pour protéger, dans le réel, la mère. Elle lui demande souvent pour aller étudier à l'extérieur et lui conseille de ne pas venir la visiter à l'hôpital, car elle demeure convaincue qu'elle peut réellement la détruire. Son comportement pourrait alors être vu comme étant agressif, et nous oublions malheureusement qu'elle se pense responsable de sa mère et qu'elle cherche par tous les moyens à la protéger.

NOTE

1. DSM III: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition).

RÉFÉRENCES

- ABRAHAM, S. *et al.*, 1982, How patients describe bulimia or binge eating, *Psychological Medicine*.

- BEMIS, K., 1978, Current approaches to the etiology and treatment of anorexia nervosa, *Psychological Bulletin*.
- BRUCH, H., 1973, *Eating Disorders : Obesity, Anorexia Nervosa and the person within*, Basic Book, N.Y.
- BRUCH, H., 1978, *Golden Cage*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- BRUCH, H., 1975, *How to Treat Anorexia Nervosa*, Roche Report: Frontiers of Psychiatry.
- HALMI, K., 1973, *The State of Research in Anorexia and Bulimia*, Psychiatric Developments, N.Y.
- KANDEL, E., 1983, From Metapsychology to Molecular Biology: Explorations into the Nature of Anxiety, *American Journal of Psychiatry*, octobre.
- LEVENKRON, S., 1982, *Treating and Overcoming Anorexia Nervosa*, Warner Book Edition, N.Y.

SIMARD, H., 1981, *L'anorexique et le médecin : au delà du corps maigre*, Cahiers de Bioéthique: Médecine et Adolescence, P.U.L.

SUMMARY

With its epidemic proportions and its resistance to therapy, anorexia nervosa has, for several years, been the object of the most diverse publications. In this text, we attempt to simply describe the symptomatology associated with the illness, the current etiological hypotheses so as to permit, on the basis of our clinical experience with adolescent anorexics, the disengagement of the main lines of a treatment plan.