

## LE TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Le terme « anorexie mentale » a été introduit dans la littérature médicale par Sir William Gull en 1874. L'anorexie correspond à une diminution ou un arrêt de l'alimentation, par perte d'appétit ou refus de se nourrir. Selon Debré et al (1950) "La faim est un état somatique provoqué par la privation des aliments. L'appétit est caractérisé par un désir de nourriture étroitement conditionné par une expérience antérieure et provoqué par l'intérêt pour tel ou tel aliment". La disparition de la faim est donc le propre de la maladie organique alors que le trouble de l'appétit est d'ordre psychologique.

Au départ on compte entre les troubles du comportement alimentaire TCA typiques : l'anorexie, la boulimie et les compulsions alimentaires (hyperphagie). Les personnes souffrant d'un TCA présentent un profil psychologique fortement marqué par le manque de confiance en soi ou encore le besoin de tout maîtriser dans un souci de perfectionnisme exacerbé. Et c'est justement cette idée de maîtrise qui revient dans les cas d'anorexie et ce aussi bien chez les enfants que chez les adolescents. L'anorexie est un signe de mal-être, tous les symptômes se cristallisent autour de l'image corporelle.

Selon le Dr Marie-France Le Heuzey du service de psychopathologie de l'enfant de l'hôpital Robert Debré (Paris) « *Les causes de l'anorexie demeurent inconnues, c'est une maladie plus complexe qu'il n'y paraît, aux origines multifactorielles. C'est d'ailleurs pour cela qu'il est si difficile d'en guérir* ». On parle de vulnérabilité génétique, de facteurs biologiques, de prérequis liées à la petite enfance, ou encore de facteurs traumatiques déclencheurs.

Tous ceux qui interviennent en tant que soignants de la psyché de l'enfant, savent que la bouche ne peut être réduite à sa dimension corporelle. L'emplacement anatomique de la bouche la place au carrefour du dedans et du dehors (c'est-à-dire entre le soi et le non-soi) en lien avec nombreux processus qui participent profondément à l'ontogenèse de la personne. Selon Annie Mercier (1999), « Manger consiste à faire franchir aux aliments la frontière entre le dehors et le dedans ».

Et pourtant ... entre l'angoisse d'avaler, et l'angoisse pour la nouveauté alimentaire nous voilà pris au cœur de l'ambiguïté du comportement alimentaire humain. Ainsi, le bébé ou l'enfant présentant une dysoralité présenterait une troisième angoisse, celle de « mettre » dans sa bouche. Par dysoralité de l'enfant on entend l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale ; et oui l'anorexie peut aussi s'exprimer chez le bébé.

En effet, l'enfant a pu avoir un parcours positif pendant l'alimentation infantile lactée, et apparaître pathologique lorsque l'alimentation devient solide. Ou encore, la succion spontanée a pu s'installer sans trouble, alors que la mastication apparaît impossible.

Chez les enfants plusieurs types d'anorexies sont à préciser.

1 - Les anorexies secondaires à une pathologie organique digestive, comme l'allergie aux protéines du lait de vache, la maladie cœliaque, le reflux gastro-œsophagien, la dyskinésie oro-œsophagienne du nourrisson.

2 - Les anorexies secondaires à une pathologie organique extra-digestive, comme les altérations de l'équilibre faim-satiété, les intolérances alimentaires d'origine « métabolique », le RAVINE (Réunion Anorexie Vomissement Neurologie) syndrome rare qui est

l'exemple type d'un tableau d'anorexie très sévère, les troubles de la déglutition, l'anorexie due à une cardiopathie congénitales, l'anorexie due à une pathologie pulmonaire. Parfois, les difficultés alimentaires sont un mode de révélation de certains syndromes : le syndrome de CHARGE, le syndrome de Pierre Robin, les microdélétions du chromosome 22, le syndrome de Noonan, le syndrome de Cornelia Delange, le syndrome de Williams, le syndrome de Willi-Prader.

3 - Les anorexies psychogènes du jeune enfant, qui sont selon Colette Vidailhet (2012) :

- L'anorexie commune précoce ou anorexie d'opposition : elle survient à l'occasion d'un événement extérieur qui modifie la vie de l'enfant (affection, diversification de l'alimentation etc.) et se manifeste par une conduite de refus de l'alimentation, mais la soif est conservée. Les bébés concernés par ce type d'anorexie ont environ 6 mois et sont généralement vifs et éveillés sur le plan psychomoteur. Le bébé a besoin de maîtriser son environnement et le repas devient un véritable combat : l'enfant détourne la tête, s'agite, recrache, garde les aliments dans la bouche sans les mastiquer. L'évolution est généralement favorable. Des colères, des spasmes du sanglot et des troubles du sommeil y sont souvent associés.
- Les formes sévères de l'anorexie précoce : elles sont moins fréquentes et plus inquiétantes. Dans ces formes d'anorexie, il existe un refus global de l'alimentation, y compris des boissons, ce qui engendre une altération rapide de l'état de l'enfant et nécessite une hospitalisation. Souvent, cette anorexie s'inscrit dans un contexte de troubles profonds de la relation mère-enfant, la dépression du nourrisson faisant écho à celle de la mère. L'anorexie peut aussi être un symptôme des psychoses infantiles précoces. Elle s'associe alors à d'autres symptômes portant sur l'ensemble du développement psychomoteur, affectif et relationnel.
- Les anorexies néonatales : elles apparaissent dès les premiers jours de vie chez des enfants peu réactifs, indifférents. L'enfant se comporte souvent comme si la nourriture ne l'intéressait pas : on appelle cela une anorexie d'inertie. Le tableau se rapproche de celui de la dépression. L'hospitalisation est souvent nécessaire, ainsi que le recours à l'alimentation artificielle et à une prise en charge pédiatrique et pédopsychiatrique de l'enfant et des parents.
- Les anorexies post-traumatiques, les causes les plus usuelles de traumatismes précoces à risque d'anorexie ultérieure sont la prématurité, un investissement négatif de la sphère orale du a la réanimation, les traitements par nutrition artificielle, la bronchodysplasie pulmonaire, les anomalies congénitales du tube digestif.

Selon Véronique Abadie (2004), un trouble du comportement alimentaire chez un nourrisson est toujours vécu par sa mère comme une mise en cause de sa capacité à être mère. Il en résulte un sentiment de culpabilité générateur de conflits. L'alimentation est un élément très fondateur du lien mère-enfant. Pendant la phase précoce de l'alimentation au sein ou au biberon, la fonction maternelle se construit par le don que la mère fait à son enfant et ses compétences à le satisfaire.

L'alimentation est également la première fonction qui permet à l'enfant d'affirmer son pouvoir sur le milieu extérieur et en particulier sur sa mère. Ces éléments expliquent pourquoi les difficultés alimentaires du jeune enfant ont toujours des répercussions psychiques sur les relations mère-enfant, lesquelles souvent pérennisent le trouble. Son amour propre atteint, la mère tente souvent l'épreuve de force, pour constater que l'enfant est toujours victorieux dans ce combat et peut s'enfermer dans un refus. Les repas sont un drame quotidien où se mêlent la colère, le désarroi et l'anxiété parentale.

Selon Caroline Tot (2010) le désir du contrôle et de la maîtrise reste évident dans l'anorexie. Chez les enfants et les adolescents, certains réduiront au fur et à mesure les portions de nourriture jusqu'à ne plus rien avaler. D'autres s'attacheront à se remplir, pour éviter la sensation de faim, de manque, en jetant leur dévolu sur des aliments à calorie zéro : courgettes, haricots verts, pastèques... On pourra encore trouver une catégorie intermédiaire, mangeant, mais peu et des choses réputées pour ne pas faire grossir. Il y aura aussi celles qui balanceront entre anorexie et boulimie, intercalant, soit dans un temps rapproché, soit éloigné, des épisodes de privation et de profusion compulsive. Et certaines ajouteront au mauvais traitement de leur corps, vomissements, laxatifs, diurétiques. Le corps est ainsi renvoyé à sa seule dimension d'organisme, avec une entrée et une sortie.

Que faire alors? Comment aider et accompagner les enfants/adolescents et leurs familles ? Selon Caroline Tot (2010), pour rectifier et normaliser le comportement, il est nécessaire de passer par une rééducation. L'anorexie devrait alors être traitée comme un trouble, et non pas comme un symptôme. La courbe du poids reste le baromètre essentiel permettant d'établir le caractère organique ou psychogène du trouble.

Un travail thérapeutique, avec l'aide d'un spécialiste des troubles du comportement alimentaire, s'avère souvent nécessaire. Thérapies psychanalytiques, psychocorporelles, comportementales et cognitives, hypnose... le choix des approches est nombreux et varié.

Les mères se sentent souvent incompetentes face à l'anorexie. En effet, assurer le bien-être de son enfant passe inconsciemment par la nourriture. Pendant longtemps, la famille a été tenue à l'écart de la prise en charge du jeune anorexique, soit parce qu'elle était considérée comme nocive, soit parce qu'on pensait que le chemin de la guérison devait nécessairement passer par une expérience psychologique de séparation. Il y a encore une dizaine d'années, certains cliniciens continuaient d'affirmer que l'anorexie mentale était une affection de la famille mais qu'elle ne pouvait pas se traiter en famille (Jacquin, 1996). L'hospitalisation de la patiente était donc (et est encore) traditionnellement assortie d'une séparation totale du milieu familial et d'une vision de la famille comme étant souvent délétère.

Aujourd'hui, famille et thérapie familiale restent au cœur des conceptualisations et du traitement actuels de l'anorexie, bien que les théories de causalité familiale n'aient pas été confirmées. Sans être nécessairement la cause du trouble, la famille est un agent important de guérison et la thérapie familiale constitue l'un des traitements de choix de l'anorexie de l'enfant et de l'adolescent. L'équipe du Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent de l'Hôpital Robert Debré a mis en place il y a une dizaine d'années un mode novateur de prise en charge des enfants et adolescents anorexiques, donnant une place centrale à la famille en tant que partenaire de soins. On parle de la thérapie familiale centrée sur l'anorexie mentale, la TF-AM, développée par l'équipe de l'Hôpital Maudsley de Londres dans les années 80.

La thérapie multifamiliale quant à elle, consiste à regrouper plusieurs familles (généralement de 4 à 7) autour d'une même pathologie (psychiatrique ou somatique) dans l'optique de créer un cadre et un réseau social thérapeutiques. Cette modalité combine des approches de thérapie de groupe et de thérapie familiale, ainsi que des éléments de thérapie psychoéducative. Les groupes d'entraide et de parole sont toujours d'une précieuse aide car ils apportent un soutien social de qualité. Les premières expériences d'application de la thérapie multifamiliale aux adolescents souffrant de TCA sont très récentes et ont été menées à Londres (Dare et Eisler, 2000) et à Dresde en Allemagne (Scholz et Asen, 2001). Les objectifs de ces groupes sont de combattre le vécu

d'isolement et de culpabilité familiale, de créer une dynamique de solidarité, d'introduire de nouvelles perspectives et techniques dans la gestion du refus alimentaire, et de favoriser des passerelles entre le monde hospitalier et le monde familial.

Ainsi selon **Gonzales et al. (1989)**, « dans la famille il faut donner une place à la maladie et remettre la maladie à sa place. »

Article rédigé par Elena Benedito Kourbi.

Bibliographie :

Debré, R., Mozziconacci, P., Ailloitau, J.J., Doumic, A., (1950). L'anorexie nerveuse de l'enfant. *Sem Hop Paris*; 26, 11 : 451.

Mouren, M.C., Doyen, C., Le Heuzey, M.F., Cook-Darzens, S., (2011). *Troubles du comportement alimentaire de l'enfant: Du nourrisson au pré-adolescent - Manuel diagnostic et thérapeutique*. Elsevier Masson.

Mercier, A., (1999a), « Oralite : Questions à propos de nourrissons en nutrition artificielle – Le concept freudien d'étayage est-il toujours pertinent ? », in *Psychiatrie de l'enfant*, 42/1/99.

Tot, C., (2010). Que nous apprennent les anorexiques ?. *La clinique lacanienne*, 18,(2), 151-156.

Corcos, M., (2000). *Anorexie mentale, malaise au cœur de l'adolescence*, Le Corps absent, Paris, Dunod.

Vincent, T., (2000). *Anorexie*. Paris, Odile Jacob. Poches Pratique.

Cook-Darzens, S., (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique : Approche systémique intégrée*, Dunod, Paris.

Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., LeGrange, D., (2002) . La prise en charge par la thérapie familiale d'adolescents anorexiques : Résultats d'une étude comparative entre deux types d'interventions familiales. *Génération*, 27,33-40.

Vidailhet, C., (2012). *Troubles du comportement alimentaire, Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique*, 2ème édition, 337-347, Doin.

Abadie, V., (2004). *Les troubles de l'oralité du jeune enfant in Les troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant - Rééducation orthophonique*, trimestriel n° 220.

Golse, B., Guinot, M., (2004). *La bouche et l'oralité in Les troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant - Rééducation orthophonique*, trimestriel n° 220.

Bohan, A., Zawieja, P., Costantino, C., (2013) L'olfaction comme médiation thérapeutique : un dispositif groupal original. *Pratiques Psychologiques*, 19.

Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., Rupert, F., Bouquet, M., Bergametti, F. & Mouren, M. (2005). *Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. Thérapie Familiale*, vol. 26,(3), 223-245.