

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

N° 114

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Psychiatrie

par

Victoire Béguet

née le 8 Août 1977 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 18 Septembre 2007

ESSAI DE COMPREHENSION DU FONCTIONNEMENT
FAMILIAL DANS L'ANOREXIE MENTALE, A PROPOS
D'UNE ETUDE.

Président : Monsieur le Professeur Michel AMAR

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Luc Venisse

TABLE DES MATIERES.

INTRODUCTION	p 9
LES QUESTIONS POSEES PAR MARION ET SA FAMILLE	p 14
LES QUESTIONS POSEES PAR BENOIT ET SA FAMILLE	p 25
HISTORIQUE DU CONCEPT D'ANOREXIE MENTALE	p 32
1. La période mystique	p 32
2. La période somatique	p 34
3. La période psychologique	p 35
4. La période actuelle	p 37
LA FAMILLE DES PATIENTS ANOREXIQUES: UNE REVUE DE LA LITTERATURE PAR THEMES	p 38
I / Approches socio-démographiques et culturelles de l'anorexie mentale	p 38
1. Le cadre familial selon Hilde Bruch	p 38
2. Epidémiologie générale de l'anorexie mentale	p 40
3. Epidémiologie familiale	p 44
4. Etude des antécédents familiaux	p 46
5. Etude des facteurs de risque	p 47
II / Approches génétiques de l'anorexie mentale	p 49
1. Etude de jumeaux	p 49
2. Etude des apparentés au premier degré	p 50
3. Arguments formels en termes d'hérédité de l'anorexie mentale	p 51
4. Conclusion	p 52
III / Approches psychanalytiques de l'anorexie mentale	p 53
1. Approches par le symptôme anorexie	p 53
2. Les approches par la fonction de nourrissage	p 55
3. Les recherches basées sur le style de vie des anorexiques	p 56
4. La notion d'une problématique du lien à l'autre dans l'anorexie mentale	p 57
5. Les approches en faveur d'une structure propre, entre psychose et névrose, voire "psychosomatique" de l'anorexie mentale	p 58
6. Une problématique de la dépendance	p 61
7. L'anorexie mentale du point de vue de sa genèse selon Bernard Brusset, ses rapports avec l'histoire familiale	p 66
IV / Modèles de compréhension systémique de l'anorexie mentale	p 69
1. Le modèle structuraliste de la famille psychosomatique selon Salvador Minuchin	p 69
2. L'approche systémique de la famille de l'anorexique selon Mara Selvini-Palazzoli, l'évolution de sa pensée	p 76
3. Conception de la pathologie anorexie mentale dans une perspective cybernétique selon Gregory Bateson	p 83

4. L'approche systémique des familles addictives selon Jean-Luc Venisse	p 85
---	------

V / Mise en perspective des différents types d'approche de la maladie	p 93
1. Une approche théorique psychanalytique des fonctions familiales	p 93
2. Eclairage psychopathologique des différents constats cliniques	p 98
3. Intérêt des thérapies familiales	p 107
4. Intérêt des thérapies intégratives	p 108

DU CONCEPT D'ETIOPATHOGENIE FAMILIALE AU CONCEPT DE FAMILLE RESSOURCE	p 117
1. Des dysfonctionnements familiaux	p 117
2. Redéfinition du concept de famille psychosomatique	p 118
3. Une étude sur le fonctionnement familial dans l'anorexie mentale en termes de distance relationnelle	p 121
4. Comparaison du fonctionnement familial dans l'anorexie mentale avec celui de familles témoin	p 122
5. Que reste-t-il des dysfonctionnements familiaux ?	P 124
6. Comment les familles deviennent une ressource pour le patient	p 126
7. Les modèles de compréhension systémiques normatifs de la maladie psychosomatique	p 131

ETUDE DU FONCTIONNEMENT FAMILIAL DANS L'ANOREXIE MENTALE, A DEUX TEMPS DE LA MALADIE	p 134
1. Problématique	p 134
2. Hypothèses	p 135
3. Méthodologie	p 136
4. Résultats	p 143
5. Discussion	p 152
6. Conclusion	p 158

POUR REVENIR A MARION ET SA FAMILLE	p 159
-------------------------------------	-------

POUR REVENIR A BENOIT ET SA FAMILLE	p 161
-------------------------------------	-------

CONCLUSION	p 162
------------	-------

ANNEXES	p 165
---------	-------

BIBLIOGRAPHIE	p 174
---------------	-------

INTRODUCTION.

Je vais m'attacher à développer en introduction comment m'est venue l'idée de ce sujet de thèse, et d'en dégager sa problématique.

Il vient tout d'abord de plusieurs expériences cliniques.

Je découvre l'anorexie mentale lorsque je suis interne dans l'unité d'hospitalisation « Lou Andréas-Salomé » du service d'addictologie du Pr. Venisse au CHU de Nantes, en novembre 2004. Il s'agit d'une unité qui prend en charge les addictions comportementales, essentiellement des troubles des conduites alimentaires mais aussi quelques joueurs pathologiques, pour des patients adolescents et adultes à partir de 16 ans. L'arrivée dans ce service ne se fait pas pour moi sans appréhensions. Je ne connais pas bien cette pathologie et suis donc imprégnée de mes propres fantasmes et représentations encore peu étayées par la théorie concernant ces jeunes filles. Je les imagine grandes, maigres bien sûr, froides et intelligentes. Je ne suis pas sûre d'être à la hauteur, bien entendu. Elles me renvoient quelque chose d'inaccessible. Pour être sûre de savoir où je vais, je me renseigne sur qui était Lou Andréas-Salomé qui était jusqu'à présent inconnue pour moi. A l'impression d'inaccessibilité s'ajoute alors une certaine fascination effrayante pour les jeunes filles habitées par cette maladie, il était temps à ce moment pour moi de dépasser ce vécu fantasmatique et imaginaire et de me plonger dans les conceptualisations théoriques de cette maladie.

Mon travail dans cette unité est celui du médecin référent de quelques patientes aux troubles des conduites alimentaires, pour la plupart des anorexiques restrictives, ou certaines ayant recours à des méthodes purgatives par vomissements ou laxatifs. Je rencontre moins de patientes boulimiques dans ce service, car elles étaient plutôt suivies en ambulatoire.

Les patientes hospitalisées venaient sur des critères de gravité somatique ou psychiatrique. Nous rencontrions donc beaucoup de patientes anorexiques très amaigries (BMI entre 12 et 14 environ, seuil en dessous duquel elles étaient orientées sur des services de médecine), ou bien des patientes qui montraient une aggravation symptomatique, ou qui traversaient une période de crise sur le plan personnel ou familial.

Nous travaillions sur la base de contrats thérapeutiques établis entre les deux médecins du service, le psychiatre responsable de l'unité et l'interne, une infirmière référente, et la patiente (ainsi que ses parents si elle était mineure). Il ne s'agissait pas de contrats de poids mais de contrats basés sur des objectifs personnels à atteindre, dont l'un d'eux devait correspondre à une amélioration symptomatique, et sur les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Parmi ces moyens figuraient les modalités de prises des repas pour les patientes aux troubles des conduites alimentaires, les activités thérapeutiques choisies en fonction des objectifs, les thèmes à privilégier en entretiens médicaux.

La sortie d'hospitalisation pouvait se décider en fonction du respect ou non du contrat, et si l'état somatique ou psychique de la patiente le permettait.

Il n'y avait pas de contrats de séparation stricte de la patiente avec sa famille dans cette unité, le lien était travaillé au travers des relations possibles avec l'extérieur (visites, téléphone...) et des entretiens « parents-enfants ».

Ces entretiens « parents enfants » étaient proposés systématiquement aux patientes et leurs familles, dans le but de travailler notamment la problématique de séparation pendant l'hospitalisation. En effet cette hospitalisation, même si elle ne réalisait qu'une relative séparation,

pouvait souvent être la première expérience de ce genre pour ces patientes et leurs familles. Nous pouvions en temps réel en mesurer les effets et interroger le vécu de chacun.

Ces entretiens étaient réalisés par trois soignants, le médecin référent de la patiente qui pouvait être l'interne du service (qui était ma position), la psychologue du service, et l'infirmier référent de la patiente. Nous nous retrouvions à trois en face de la patiente et du couple de ses parents. Des phénomènes de résonance décrits par M.Elkaïm(31) pouvaient survenir entre les différents intervenants.

Nous intervenions chacun à des niveaux différents selon notre formation de départ et pouvions donner une cohérence à ce que nous observions en mettant en perspective nos différents points de vue. C'était une expérience thérapeutique nouvelle pour moi, l'interne ou le médecin étant la plupart du temps mis à la place du seul référent médical et donc des soins. Ici nous nous trouvions en situation de thérapie plurifocale, dont j'appréciai rapidement l'intérêt et les effets.

Ma première impression fut de me retrouver au sein d'un système thérapeutique confronté à un « système familial patient ». C'est ici que survenaient des phénomènes de résonance entre les deux systèmes, sur lesquels nous nous appuyions et sur lesquels s'appuyaient les familles pour parler de leurs interactions.

Novembre 2004. Je suis le référent médical de Marion, 18 ans, hospitalisée dans le service d'addictologie pour une anorexie restrictive sévère, et qui ne parvient pas à retrouver un état somatique satisfaisant malgré une première hospitalisation en endocrinologie il y a quelques mois, au cours de laquelle elle a connu l'isolement thérapeutique, le traitement par sonde nasogastrique... Depuis elle était suivie par son psychiatre de ville et son médecin généraliste, mais son anorexie s'est poursuivie et son poids a rechuté.

C'est sur les conseils de son médecin endocrinologue qui l'a suivie pendant son hospitalisation de décembre 2003 à avril 2004, puis en juillet 2004 que ses parents ont fait appel au service d'addictologie. Ils sont pourtant originaire d'une ville éloignée, et j'ai l'impression qu'ils recherchent une équipe d'exception ce qui majore la tension dans laquelle je me trouve lors de ce premier entretien avec les parents de Marion après une semaine d'hospitalisation.

Il s'agit de la première patiente dont je m'occupe dans ce service, nous sommes arrivées en même temps pour ainsi dire. Lors de cet entretien sont présents Marion et ses deux parents, moi-même, le médecin référent institutionnel de l'unité, et une des infirmières référente de Marion, qui se trouve être une des infirmières les plus expérimentées du service.

Plus que jamais lors de cet entretien, j'ai eu l'impression et me suis fait la réflexion d'être moi aussi, comme Marion, comme une "petite fille" au milieu de ses deux parents.

Madame et Monsieur étaient bien sûr plus imposant que leur fille physiquement, bien qu'elle ne soit pas petite (1,68m), et Monsieur surtout prenait la parole plus facilement. Marion n'était pourtant pas une petite fille mais une jeune fille, malgré tout elle faisait très enfant, baissait les yeux, ne prenait pas la parole, rentrait les épaules. Madame était visiblement très touchée par ce qui arrivait à sa fille, et adoptait une attitude très protectrice.

Après quelques minutes d'entretien et ces réflexions étant venues à mon esprit, c'est à Monsieur que je me suis adressée en l'interrogeant sur son vécu affectif concernant la maladie de sa fille. Il parut alors troublé et évoqua quelques unes de ses difficultés personnelles dont le décès d'un ami très proche.

Peut-être à ce moment-là me suis-je fait la porte parole d'une Marion trop silencieuse, mais en tout cas mon intervention avait modifié le cours de l'entretien qui s'attachait à retracer l'histoire clinique des troubles de Marion. L'entretien s'est poursuivi en mêlant des éléments de l'histoire récente de Marion à celle de ses parents. Les trois soignants intervenaient et je parvenais à faire ma place dans la discussion.

Marion quand à elle restait fort silencieuse, elle ne parlait que si elle était interrogée, sa prise de parole lui demandait à chaque fois un effort.

Mon propre vécu en début d'entretien, s'il entrait en résonance avec celui de la patiente, s'en est progressivement éloigné. Je mesurai ainsi un des aspects particuliers de cette patiente, sa réserve extrême.

Les phénomènes de résonance décrits par M. Elkaïm (31) sont les hypothèses qui vont naître chez le thérapeute, ainsi que les sentiments peu habituels qu'il va ressentir, et qui ont une fonction, pas seulement par rapport à son histoire propre, mais aussi par rapport aux membres de la famille en thérapie.

La fonction principale de ces résonances est d'éviter la remise en question des constructions du monde des membres de la famille et du thérapeute.

C'est dans cette perspective que je me mis au travail. Je continuai de percevoir des phénomènes analogues lors des entretiens familiaux que j'accomplissais lors de ce stage, et cette façon de voir les choses m'éloignait d'une vision structuraliste de la famille de l'anorexique, alors que nous percevions des difficultés chez eux. Il est vrai que j'avais entendu dire que le problème venait d'une relation à la mère, mais ces notions restaient encore floues pour moi.

L'idée que la famille puisse être pathologique en soi me gênait, peut-être en lien avec ma propre histoire, mais quoi qu'il en soit, je préférais m'intéresser aux particularités de ces familles et m'attacher à faire évoluer le système.

Je me retrouvais plus tard en Mai 2005 en stage dans le service de pédiatrie du CHU de Nantes. Nous dépendions de l'unité universitaire de pédopsychiatrie du Pr Amar et avions une mission de psychiatrie de liaison au sein de la pédiatrie communautaire et des autres unités spécialisées de pédiatries.

Nous étions amenés à rencontrer différentes pathologies de l'enfant et de l'adolescent dont l'anorexie mentale. Les jeunes garçons et filles hospitalisés pour ce motif venaient lorsque leur état somatique était devenu trop précaire pour leur permettre de poursuivre leur vie habituelle. L'âge des jeunes hospitalisés allait de 0 à 15 ans et 3 mois.

Dans ce service, la porte d'entrée est évidemment somatique. Mais l'anorexie mentale est cette maladie d'origine psychologique au fort retentissement somatique, voire létal, qui justifie une approche à la fois physique et psychique. La prise en charge de ces patientes était donc par essence au moins bidisciplinaire.

Avec les maladies psychosomatiques, la prise en charge des patientes anorexiques était paradigmatique de notre activité de pédopsychiatrie de liaison.

Une des façons de s'occuper de ces patientes était de développer un travail conjoint pédiatre-pédopsychiatre, tant en hospitalisation que parallèlement lors des suivis ambulatoires. Ces jeunes patientes avaient une double référence médicale, et elle et sa famille était amenée à rencontrer les médecins en « couple ». Les médecins ayant cette pratique au CHU de Nantes ayant l'avantage d'être un homme et une femme, jouaient des interactions d'un couple parental auquel les parents d'une jeune patiente pouvait s'identifier, et que la jeune patiente pouvait identifier en tant que telle. Des phénomènes de résonance décrits plus haut pouvaient également survenir et être mis au travail.

Cet accompagnement des jeunes à deux, permettait un soutien mutuel des soignants, la reconnection de la sphère du corps avec celle de l'esprit, et une lutte contre ce clivage.

En tant qu'internes de psychiatrie, nous étions également invités à composer un "couple" avec notre homologue somaticien et ainsi intervenir auprès des patientes et de leur famille à la manière de thérapies bifocales. C'était encore un nouveau mode thérapeutique qui me permettait d'expérimenter la cohérence interne du système que nous formions, et de mesurer les effets de cette double approche.

Juillet 2005. Je suis l'interne de pédopsychiatrie de Benoît, un jeune garçon de 14 ans hospitalisé en pédiatrie pour une perte de poids importante compromettant la poursuite de ses activités habituelles. Il pèse 28 Kg pour 1m46, soit un BMI à 13,1.

Je travaille conjointement avec l'interne de pédiatrie qui s'occupe de l'état somatique de Benoît. Nous sommes confrontés à un garçon dont la prise en charge s'avère plutôt difficile puisqu'il restera fermement attaché à ses symptômes.

Le diagnostic d'anorexie mentale est posé, il sélectionne sa nourriture et restreint son alimentation, surveille son poids, présente une hyperactivité. Son développement pubertaire est retardé. PA1. Il ne prend pas de poids depuis plusieurs mois malgré un suivi médical conjoint pédiatre-pédopsychiatre en consultation au CHU de Nantes.

Le contact avec ce jeune garçon n'est pas facile, il est dans le contrôle de ses émotions, fait "le gaillard" ce qui contraste avec sa taille fluette. Il accorde difficilement sa confiance à l'autre.

La rencontre avec ce garçon m'a décontenancée, n'étant pas habituée à traiter des garçons atteints d'anorexie mentale et aussi jeunes. En revanche je n'ai pas ressenti le même sentiment que face à des jeunes filles ou jeunes femmes atteintes de la même maladie, qui pouvaient parfois être mes "semblables". (et à qui je m'identifiais ?) En tout cas de nouveau je m'appuie sur mon vécu intérieur pour constater qu'il y a quelque chose de différent, et sur lequel je peux m'appuyer pour la thérapie.

S'agissait-il vraiment de la même pathologie que celle de toutes ces jeunes filles que j'avais déjà rencontrées ?

L'objet de cette thèse n'est certes pas d'analyser la problématique de l'anorexie mentale masculine, mais la problématique particulière de ce garçon et de sa famille a amené chez moi de nouvelles questions concernant les relations interpersonnelles dans les familles touchées par l'anorexie mentale.

Sa prise en charge au sein du service de pédiatrie est basée sur un contrat de poids avec une structuration des contacts avec sa famille, la possibilité d'accéder à des activités, en fonction des objectifs atteints. L'objectif à atteindre est de 29 Kg 00, soit BMI 14, pour une durée d'hospitalisation maximale de 2 mois.

La séparation a d'emblée été très difficile à vivre pour ce garçon dont le fonctionnement habituel semblait très replié sur lui-même et son entourage très proche.

Nous ne pouvions pas manquer de voir les photos de famille affichées dès le premier jour dans sa chambre. Son vrai jumeau, comme son double, semblait regarder Benoît constamment, affiché sur le mur en face de son lit.

Nous ne pouvions pas manquer de remarquer la ressemblance, et aussi déjà les différences physiques dues au développement pubertaire de son frère.

Les questions particulières posées par les familles de Marion et de Benoît seront développées dans la partie suivante.

Etudier l'aspect familial de l'anorexie mentale, c'est étudier un des niveaux d'une pathologie complexe où de nombreux systèmes sont en interdépendance : niveau physiologique et organique, niveau intrapsychique, relations interpersonnelles dans le système familial, et système socioculturel.

Dans une première partie de cette thèse, j'amènerai les questions qui se sont imposées à moi au travers de la rencontre clinique avec les patient(e)s anorexiques et leurs familles.

Puis je présenterai une partie théorique pour amener les premiers éléments de réponse à mes questions, en reprenant d'abord quelques points historiques des théorisations autour de l'anorexie mentale, et en montrant comment progressivement s'est imposée une compréhension intrapsychique puis interpersonnelle de ce trouble; ensuite j'évoquerai les données sociodémographiques en rapport avec l'anorexie, qui ont tenté de définir une famille « type » de l'anorexie mentale; puis je m'intéresserai aux aspects organiques transmissibles de cette maladie, en faisant une brève mise au point sur les antécédents familiaux, les comorbidités familiales et les données récentes de génétique concernant l'anorexie mentale; enfin j'aborderai les aspects intrapsychiques de ce trouble, la psychanalyse nous amenant à l'idée d'une pathologie de la relation à l'autre concernant l'anorexie; annonçant la fin de cette partie théorique dans laquelle je m'attacherai à comprendre la maladie anorexie mentale dans le système familial, sujet et objet de cette thèse.

Nous verrons à l'issue de cette revue de la littérature, comment est né le concept de famille ressource, qui permet de sortir d'une vision pathologique de l'entourage familial des patients anorexiques.

La partie suivante de cette thèse tentera de répondre à la question suivante : les familles de patientes anorexiques sont-elles dysfonctionnelles voire pathologiques ? Les dysfonctionnements observés en cliniques ne sont-ils pas à rattacher à une période de crise dans laquelle se trouve la famille ? Comment comprendre les particularités observées dans un cycle de vie familiale ? Nous essaierons d'y répondre au travers d'une étude.

Une dernière partie tiendra lieu de discussion générale, en revenant sur les questions spécifiques posées par les deux patients présentés et leurs familles, qu'elle mettra en perspective avec la théorie, et les résultats de cette étude exploités prudemment.

L'esprit de cette thèse est de s'intéresser à comment une difficulté personnelle, le fait anorectique, peut être comprise au sein d'une difficulté familiale, qui est une des manières de comprendre le problème, peut-être parce que suis-je moi-même sensible à cette idée.

Les questions posées par Marion et sa famille.

Le cas de Marion a été évoqué en introduction. L'effet particulier qu'a provoqué chez moi la rencontre avec cette jeune fille et sa famille a suscité mon intérêt clinique et m'a amenée à approfondir mes connaissances théoriques.

Marion est une jeune fille de 18 ans et demi lorsqu'elle arrive en hospitalisation en addictologie en novembre 2004.

Elle vient alors pour la prise en charge d'une anorexie mentale restrictive aux répercussions somatiques alarmantes puisqu'elle a atteint un BMI de 12,75 (36 Kg pour 1m68).

L'histoire de ses troubles remonte à l'été de ses 16 ans, où elle commence à perdre du poids en restreignant son alimentation.

Elle adopte ce comportement alimentaire en même temps que sa petite sœur d'un an sa cadette, pour qui le diagnostic d'anorexie mentale venait d'être posé.

A l'époque, les parents ont tout de suite nommé "anorexie mentale" ce qui se passait pour Marion, dès le début de sa restriction alimentaire.

Il faut dire que cette famille a été particulièrement marquée par cette pathologie, puisque deux des sœurs de Marion ont déjà connu cette maladie.

a- Contexte familial et social.

La famille est composée des deux parents qui sont mariés, et de cinq enfants : une sœur aînée F., 27 ans, mariée sans enfants, travaillant dans un centre d'hébergement dans le sud de la France, qui a fait une anorexie mentale à l'adolescence; une seconde sœur A. de 25 ans partie travailler comme ergothérapeute en Guadeloupe; un frère J. de 23 ans qui fait des études de Design dans une autre ville, sans problèmes de santé; Marion, 18 ans; et une jeune sœur S. de 17 ans, en première année de faculté de sociologie dans une autre ville, qui a fait une anorexie mentale entre 15 et 17 ans, considérée comme stabilisée de sa maladie actuellement.

Les parents travaillent tous deux, le père comme ingénieur agricole, et la mère comme employée de service administratif. Ils n'ont pas d'antécédents de troubles des conduites alimentaires ni d'autres pathologies addictives, mais le père est porteur d'une pathologie cardiaque ayant nécessité la pose chirurgicale d'une valve cardiaque il y a plusieurs années.

Le pronostic vital de Monsieur aurait été compromis du fait de cette pathologie, peu après la naissance de Marion.

Dans la famille élargie, on retrouve comme antécédents notables une dépendance au tabac et à l'alcool chez le grand-père paternel de Marion, et chez un oncle maternel.

Marion a également une cousine germaine de 28 ans du côté paternel atteinte d'anorexie mentale.

Marion quand à elle n'a pas d'autres antécédents médicaux ni psychiatriques.

Sur le plan des études, elle a obtenu son Bac ES à l'âge de 17 ans, puis a commencé une faculté de géographie. Elle rentrait alors chez elle tous les week-end et partageait un appartement en collocation avec d'autres jeunes filles la semaine.

Cette année de faculté a dû être interrompue du fait de l'aggravation de sa perte de poids, entraînant son hospitalisation en service d'endocrinologie dans la ville de ses parents dès le mois de décembre et jusqu'en avril suivant.

Elle commence à la rentrée suivante un BTS agricole, orientation qui correspondrait plus selon elle à un choix personnel, mais néanmoins plus difficile à assumer puisque "c'est un milieu d'hommes". Elle vit alors seule dans un petit appartement.

De nouveau ce début d'année est difficile sur le plan des conduites alimentaires et Marion est hospitalisée en addictologie à Nantes en novembre et ce jusqu'en avril suivant (hospitalisation ponctuée d'un passage en endocrinologie du fait d'une aggravation somatique).

b- La relation de Marion avec sa sœur cadette.

Ce qui est frappant dans l'histoire des troubles de Marion, c'est le fait qu'elle ait débuté une anorexie mentale juste après sa petite sœur S.

Marion et sa petite sœur ont tout juste un an d'écart, les parents nous diront qu'elles se sont élevées l'une l'autre, Marion ne posait aucun problème d'éducation et sa petite sœur l'imitait en tout.

Leur relation est très proche jusqu'à l'adolescence, Marion représente un modèle pour sa petite sœur.

Toutes deux ont fait leur scolarité avec un an d'avance. La même année, elles ont passé une classe, alors que Marion finissait sa grande section, elle rentre en CE1. Cette année-là, la petite sœur de Marion se retrouve dans la classe de ses amies, et lui prend en quelques sortes sa place. Marion va garder une amertume de cet épisode, était triste de perdre ses amies, et le sentiment d'une confusion des places de chacun.

Marion se considérera comme très émotive depuis cette période. Cette vision d'elle-même est frappante parce qu'elle diffère énormément de la perception que l'on peut avoir de Marion, qui contrôle ses émotions à l'extrême, a un visage toujours égal et contenu. Nous retrouverons chez Marion une très faible confiance en elle-même, et sans doute une grande sensibilité aux événements qui ne s'exprimera jamais.

Pour Marion, parler sera toujours un effort. Sa voix ne sortant que grâce à l'air contenu dans sa bouche, semblant déconnectée de sa capacité expiratoire.

Dans leur proximité, il y a notamment l'admiration commune qu'elles ont pour leur sœur aînée qui a connu l'anorexie. Ce qu'elles aiment chez elle, c'est son aspect physique, elle serait restée plutôt mince.

Été 2002. Les deux sœurs rentrent en rivalité pour ressembler à leur sœur aînée. Marion a 16 ans, elle voudrait mincir en même temps qu'être plus féminine. C'est également ce que voudrait sa petite sœur, chez qui l'anorexie mentale a été repérée un peu plus tôt.

Marion nous dira à ce propos la façon dont elle a vécu le début de la maladie de sa petite sœur. "Ce que S... vivait à ce moment, c'est ce que je vivais moi-même. C'est comme si je m'exprimais à travers S...". Cette impression d'indistinction du rôle des deux sœurs que donne à ce moment le récit de Marion est frappante. Ce qu'elle décrit se rapproche de mécanismes d'identifications projectives.

Marion va exprimer également l'inversion des places dans la fratrie qu'elle ressent du fait de l'évolution de leurs maladies respectives. Depuis que S. est sortie de la maladie ou du moins stabilisée, Marion considère qu'elle a pris une place d'aînée entre elles deux.

Cette position n'est pas sans rappeler l'admiration commune qu'elles avaient pour leur grande sœur. Développer une anorexie et s'en sortir représenterait-il comme un rituel de passage vers l'âge adulte dans cette fratrie ? Comment alors leur deuxième grande sœur aurait-elle fait pour ne pas développer de troubles des conduites alimentaires ? La grande distance géographique qu'elle a posée entre elle et ses proches a-t-elle une fonction ? Même question pour le frère exempt de pathologies addictives.

La rivalité entre les deux sœurs s'exacerbe au travers du développement de leur anorexie mentale. Marion évoquera à ce sujet le pacte qu'elles avaient passé toutes les deux de perdre du poids. L'enjeu se situait autour de la perte de poids, de la place dans la fratrie comme évoqué plus haut, et de l'accès au statut de femme. Marion : « je ne voulais pas qu'elle me dépasse » ; « S. s'habillait en femme, se maquillait....Je devenais jalouse, la critiquais, je la haïssais mais en même temps je l'admirais et voulais faire comme elle. »

Cette rivalité prend la forme d'un conflit très dur au point que Marion demande à intégrer un internat en fin de terminale pour prendre de la distance avec la famille.

Au cours de son hospitalisation, Marion nous apprendra que la relation avec sa sœur S. est maintenant apaisée maintenant que S. est sortie de la maladie. Elles se disent les choses plus facilement. Le déclic se serait produit au moment où S. a été considérée comme guérie, en même temps qu'elle a commencé à la considérer plutôt comme une grande sœur.

Concernant la maladie et les soins, Marion nous dira qu'elle se fie beaucoup à ce qu'ont vécu ses sœurs et comment elles s'en sont sorties. Pour elles l'isolement thérapeutique a été une manière de s'en sortir, notion largement relayée par le père de Marion.

Les relations de Marion avec sa petite sœur posent la question de l'accès à l'âge adulte et au statut de femme dans la famille, l'anorexie jouant presque le rôle d'un rituel de passage.

En évoquant la guérison de sa sœur S., Marion dira l'envier, vouloir refaire des choses avec elle, mais ne pas vouloir guérir « comme elle ».

Il semblerait que l'enjeu pour Marion consistait à réussir ce passage « obligé », mais sans parvenir à se différencier.

Il ne nous a pas été possible de rencontrer la fratrie de Marion pendant la durée de ses soins. En effet, les parents voulaient protéger les autres membres de la famille des difficultés que rencontrait Marion, sans imaginer que l'expérience de celles qui s'étaient sorties de la maladie pouvait représenter une aide.

c- La relation de Marion à sa mère.

Des entretiens parent-enfant réguliers ont eu lieu pendant l'hospitalisation de Marion, ce qui nous a permis de travailler cette relation.

De même, des entretiens téléphoniques réguliers avec la mère de Marion ont eu lieu à la période où elle était hospitalisée en endocrinologie.

Madame était une femme d'âge mûr, de présentation classique et très sobre, et de contact

enjoué et bienveillant.

Les débuts dans la vie de Marion sont marqués par un accident cardiaque survenu chez le père. Alors que Marion n'a que quelques semaines, le pronostic vital de son père est engagé, l'évolution de son état de santé dépend de la réussite d'une opération cardiaque.

Madame se dira à ce moment très préoccupée et non disponible pour son bébé.

Dans le récit qu'elle fait de la petite enfance de Marion, nous avons l'impression que Marion s'est élevée toute seule. Elle n'a en tout cas posé aucune difficulté, au point de n'avoir besoin que de peu d'attention, "c'est comme si Marion savait à l'avance ce qu'elle devait faire". Il en est de même pour sa petite sœur S. qui marchait dans les pas de Marion.

La petite enfance de Marion a été marquée par la maladie de la sœur aînée F. qui a développé une anorexie mentale à 12 ans. Les parents de Marion vivent alors de nouveau une période de très grande préoccupation qui les laisse peu disponibles, Marion a alors 3 ans environ.

Cette succession d'épisodes difficiles suffit-il pour parler d'une discontinuité des liens mère-enfant dans les débuts de la vie de Marion ? On peut en tout cas parler d'une discontinuité de la disponibilité psychique de Madame vis-à-vis de Marion, qui est difficilement quantifiable. Par ailleurs toute interaction connaît des "ratés". Cependant ces éléments méritent d'être soulignés parce que ces périodes ont été vécues comme angoissantes par les parents.

Dans les entretiens téléphoniques que nous avons eus avec Madame, celle-ci s'est beaucoup interrogée sur son rôle de mère et la place qu'elle occupait notamment vis-à-vis de ses filles. Madame qui n'a jamais eu de sœurs, considérait ses filles comme ses sœurs, dans une indistinction des rôles et des générations.

Madame s'est beaucoup confiée à Marion aux débuts de la maladie de sa petite sœur S., ce qui faisait souffrir Marion qui se sentait incomprise.

Madame s'est rendue compte après coup de la distance inadaptée qu'elle avait mise entre elle et ses filles et l'a ensuite critiquée.

Un autre élément du récit de Madame semble frappant. A la naissance de leur premier bébé, les parents de Marion s'autorisaient des sorties le soir sans faire garder leur enfant âgé de quelques mois. Ceci était possible parce que cette petite fille dormait très bien et ne se réveillait jamais.

Plusieurs de ces éléments évoquent parfois une mauvaise adéquation entre les besoins réels de l'enfant et l'attitude de la maman, ou du moins un mauvais ajustement de la distance relationnelle qui paraît soit trop proche, soit trop à distance.

Il faut cependant se montrer prudent dans la critique de cette relation entre Marion et sa mère. En effet, une fois l'histoire d'une relation passée au crible, il est facile d'en faire ressortir tous les éléments dysfonctionnels. Il serait dangereux d'en tirer des conclusions trop hâtives en termes de causalité.

C'est sans doute dans l'exploration des liens transgénérationnels de Madame que pourraient s'élucider les difficultés qu'elle a elle-même évoquées.

Marion livrera en entretien sa difficulté à s'identifier à sa mère en tant que femme qui est survenue à l'adolescence. C'est plutôt à sa sœur aînée F que Marion voulait ressembler. A plusieurs reprises Madame nous dira que Marion et sa jeune sœur S. l'avaient critiquées sur son style trop

classique.

Pour tenter de se démarquer, Marion s'est fait faire un piercing sur le visage, mais son apparence globale reste très neutre et elle porte souvent le même type de vêtements, pantalon type jean et pull à col roulé.

L'accès à la féminité n'est pas évident pour cette jeune fille et elle semble accuser sa mère dans sa difficulté.

d- La relation de Marion à son père.

Nous avons rencontré le père de Marion très régulièrement pendant la durée de son hospitalisation lors des entretiens parent-enfant et par le biais d'entretiens téléphoniques lorsque Marion était hospitalisée en service d'endocrinologie.

La présentation de cet homme est également sobre et distinguée. Cet homme déjà d'un âge mûr, exerce la profession d'ingénieur agricole. Sa culture certaine et ses fonctions lui confèrent une attitude posée et assurée.

La maladie de Marion est une épreuve que sa fille doit surmonter, et qui lui cause du souci. Il lui sera souvent difficile d'exprimer ses émotions en entretien familial, il se réfugiera le plus souvent derrière une attitude rationnelle.

Monsieur, visiblement éprouvé par les maladies successives de ses filles, renvoie Marion à ses responsabilités.

Après lui avoir exprimé ses inquiétudes sur sa santé, et l'affection qu'il avait pour elle, il n'a pas souhaité aller plus avant dans l'élaboration psychique et le travail nécessaire à effectuer une nouvelle fois, imposé par cette troisième anorexie qui amène de nouveaux remaniements.

Il transmettait, lors des entretiens, le message à sa fille que chaque épreuve doit être surmontée, et que Marion était seule dans cette épreuve. Le dépassement de soi, l'effort étaient des valeurs transmises de Monsieur à sa fille.

Il remettait souvent en question nos méthodes thérapeutiques qui n'étaient pas assez dures pour les patientes. Il comparait nos soins avec l'isolement thérapeutiques qu'une autre de ses filles avait connu lors d'une de ses hospitalisations. Cet isolement, par sa dureté et sa contrainte, avait permis à sa fille S. de sortir de son comportement anorexique.

Cependant Marion qui avait connu ce type de contrat lors d'une précédente hospitalisation en endocrinologie, n'était pas sortie de la maladie.

L'accès à la féminité de ses filles pour Monsieur sera interrogé en entretien, mais sa position éclairera les difficultés dans lesquelles se trouve Marion, puisqu'il dira de ses filles qu'il les considère comme des « fleurs en bouton, d'une grande pureté ». Cette métaphore aux exigences de pureté, au caractère délicat et fragile, vulnérable, interroge sur l'idéal de féminité que propose Monsieur à ses filles, tellement en décalage avec la vie réelle.

D'ailleurs Marion dira à ce propos que le piercing qu'elle s'est fait faire représentait autant un défi envers elle-même qu'envers son père.

A propos de son orientation en BTS agricole, Marion s'exprimera sur ses interrogations quand au caractère masculin d'une telle filière. Elle se dira plus à l'aise entourée de jeunes hommes

de son âge plutôt que de jeunes femmes, même si elle reste très timide. La confrontation à ses semblables n'est pas aisée, comme si les identifications qui opéraient dans de telles situations la renvoyaient à ses propres failles difficultés.

Le fait que le père de Marion ait lui même fait un BTS agricole au début de ses études interroge également sur une tentative de rapprochement de Marion vers son père.

La relation de Marion à son père pose les questions de la possibilité d'un rapprochement quand on est père et fille, et celle de la différence des sexes. Comment ce père permet-il à ses filles de devenir des femmes ?

On entrevoit également le poids des valeurs familiales qui colorent les transactions entre Marion et son père. La maladie de ses soeurs prend presque valeur de rituel de passage vers l'âge adulte.

Le père de Marion a été difficilement en alliance avec les soins proposés, sans doute du fait d'une difficulté à s'exprimer dans le registre de l'émotionnel, ce que nous lui proposons en entretien familial.

L'évolution somatique de Marion étant péjorative au bout de quelques mois, il passa un « contrat » avec elle qui devait l'amener à la guérison.

e- Marion et le couple parental.

A propos de sa difficulté à s'exprimer, de l'effort évident que lui demande chaque parole, Marion dira qu'elle s'est habituée à se forcer à ne rien dire. « Je me suis toujours efforcée de garder un jardin secret, de peur que ce que je livre à mes parents ne me retombe dessus ». Marion dira avoir toujours « dosé » ce qu'elle pouvait dire de personnel. Le fait de donner un avis personnel, c'était s'affirmer et prendre le dessus sur ses parents, or Marion considérait que les enfants devaient rester soumis à leurs parents qui étaient en quelque sorte supérieurs à eux.

Quelques temps avant son hospitalisation à l'unité Lou Andréas-Salomé, une des sœurs de Marion lui a fait remarquer qu'elle devenait « dure » avec sa mère, parce qu'elle se permettait de lui parler plus franchement.

Cette façon de s'exprimer à sa mère procurait à Marion l'impression de s'élever par rapport à elle, de se sentir moins écrasée par elle.

Pour Marion, cela représentait une forme d'opposition vis-à-vis de ses parents, qui tranchait nettement avec son fonctionnement habituel et celui de ses frères et sœurs.

Pour Marion, c'est l'arrivée de la maladie qui avait permis ce changement : « Maintenant, stop, c'est fini, vous ne me prenez plus pour une enfant ! »

Cette façon de considérer les choses interroge sur la hiérarchie familiale, la difficulté de s'opposer aux règles établies.

De nouveau nous avons l'impression que la maladie est corrélée à une façon de s'opposer aux parents, revêt-elle cette fonction ?

Marion percevait également que dans le fait de grandir, il y avait le départ de la maison pour elle et ses frères et sœurs.

Quand Marion entre à l'unité Lou Andréas-Salomé en novembre 2004, c'est l'année où sa petite sœur S. commence une faculté de sociologie dans une autre ville que celle de ses parents. A propos de ses parents qui se retrouvent seuls : « ça va les changer de s'occuper un peu d'eux »

La suite des événements nous dira que les parents de Marion ont eu en fait peu de temps pour s'occuper d'eux en tant que couple conjugal, tant la maladie va prendre de place pendant les mois qui vont suivre.

Le changement qu'entrevoyait Marion dans la dynamique familiale, le fait que le couple parental puisse laisser plus de place au couple conjugal, n'a pas pu se produire. Cela peut-il être mis en lien avec le développement ou l'évolution de la maladie de Marion ?

f- Les parents de Marion et la maladie.

Nous avons souvent entendu les parents de Marion lui dire de faire de prendre ses responsabilités pour guérir.

Nous entendions en cela un message paradoxal : agis de manière indépendante mais rend-nous des comptes. Nous entendions un impératif de loyauté aux parents alors que le discours manifeste comprenait le fait qu'elle devait décider de son propre sort.

Les parents finalement accordaient peu de crédit aux soins psychiques tels qu'ils étaient prodigués à leur fille. Ils rappelaient régulièrement que la séparation psychique totale qu'avaient connue leurs deux autres filles avait permis leur guérison, par l'effet de la contrainte et de la dureté de ce traitement. Ils n'étaient pas prêts à travailler leurs relations interpersonnelles tel que nous leur propositions.

Une notion telles que l'expiation par la rudesse du traitement de l'anorexie prenait presque l'allure d'une valeur familiale.

En tout cas, le fait de pouvoir s'élever dans la contrainte, de souffrir pour parvenir à une dimension de progrès en était une. En ce sens le traitement de l'anorexie ne pouvait être que rude pour vaincre un tel fléau.

Et la rudesse du traitement devait consister en l'absence totale de plaisirs, et la séparation des siens dont Marion devait avoir tant besoin.

Cette façon d'envisager la distance dans les relations nécessaire pour un mieux-être interroge ici la problématique de dépendance dans cette famille.

Au mois d'avril, Marion est transférée en service d'endocrinologie une nouvelle fois, dans la ville de ses parents. Elle exprimera clairement le fait de vouloir être totalement isolée lors de cette hospitalisation.

A plusieurs reprises également, nous avons entendu les parents, et notamment le père, dire son admiration pour sa fille malade. Le fait de résister à la faim comme elle le faisait prouvait l'existence de qualités très importantes à ses yeux chez Marion, telles l'abnégation, le goût de l'effort, mais qu'elle ne mettait malheureusement pas à profit pour elle.

Ces remarques étaient toujours surprenantes mais contenaient également un message

paradoxal : guéris mais ne change pas.

Les différents messages paradoxaux évoqués et ce rapport à la maladie pour les parents de Marion posent la question d'une fonction qu'aurait cette maladie pour aider à l'équilibre familial.

g- Marion et la famille élargie.

Nous avons déjà évoqué le fait que Marion avait ses deux sœurs et une cousine germaine atteinte d'anorexie mentale.

La question légitime de la génétique comme responsable potentielle du développement de cette maladie a bien entendu été posée par les parents de Marion, et relayée dans la famille élargie.

Une partie sera spécifiquement dédiée à cette question.

Dans l'histoire de la famille élargie, il y a du côté paternel comme du côté maternel, un très fort sentiment d'appartenance.

Ceci se manifeste par un livre de famille qui existe dans la famille maternelle depuis deux siècles, et qui contient les signatures et certains écrits de tous les membres de la famille. Marion a signé ce livre au début de son adolescence.

La famille de Monsieur est marquée par le fait de descendre de personnages célèbres, grands inventeurs. Ce rattachement à la grande Histoire procure un sentiment de fierté aux membres de la famille.

Dans les deux familles, il est décrit des fêtes réunissant un très grand nombre de personnes. Les absents qui sont rares se font toujours remarquer.

Marion sera absente des fêtes de Noël qui ont lieu chez sa grand-mère maternelle pour la première fois pendant son hospitalisation à Lou Andréas-Salomé.

La description de la famille telle qu'ils nous l'ont faite fait penser à un clan, un grand groupe familial très soudé, entretenant une haute opinion de lui-même. (dans le sens positif du terme car ceci peut s'avérer très stimulant pour l'individu).

Nous nous sommes demandés jusqu'à quel point le fait d'appartenir à une telle famille pouvait être aidant, et si elle ne pouvait pas au contraire représenter un poids allant contre les identifications personnelles.

Du côté paternel, en plus du fait de descendre d'une famille de grands inventeurs, le grand-père de Marion était fondateur et directeur d'une grande société locale, dont Marion s'étonnera que je ne connaisse pas le nom.

Nous apprendrons de Monsieur que ses parents avaient une vie de couple plus que difficile. La tension était palpable entre eux. Monsieur dira de son père qu'il était autoritaire, et que son contact était rendu difficile par ses consommations abusives d'alcool. Il est décédé en 1999 et depuis le deuil semble difficile et pour Monsieur, et pour la grand-mère de Marion.

Monsieur nous dira être surpris de vivre ainsi le décès de son père, il avait imaginé, ainsi que sa mère, vivre un soulagement, alors qu'au contraire il vivait un grand vide. C'est le seul moment où Monsieur a pu participer aux entretiens dans le registre de l'émotionnel.

Du côté maternel, Marion a peu de représentations de la famille, ne sait pas situer sa mère dans sa fratrie (elle avait trois frères). D'ailleurs cet élément rappelle le fait que la mère de Marion disait considérer ses filles comme ses propres soeurs, n'ayant pas eu de soeurs elle-même. Nous savons peu de choses sur la relation de Madame avec ses parents, hormis le fait qu'elle avait reçu une éducation plutôt stricte.

Il est vrai que Madame se défendait beaucoup de l'introspection, surtout en entretien familial, ce qui se manifestait par son côté lisse, le fait qu'elle considérait qu'elle livrait le message en permanence que tout allait bien pour elle fermait la discussion.

Les familles des deux parents étaient originaires du Sud de la France. Les parents de Marion sont venus s'installer dans l'Ouest pour le travail de Monsieur, au moment de la naissance de leur premier enfant.

Avaient-ils voulu marquer une distance avec leurs familles d'origine ?

La question de la distance relationnelle dans la famille de Marion nous était déjà venue à l'esprit à l'évocation de sa deuxième soeur A., non touchée par l'anorexie mentale, et expatriée en Guadeloupe pour raisons professionnelles.

La distance géographique peut-elle revêtir parfois la fonction de marquer dans le réel une séparation qui ne peut avoir lieu sur le plan symbolique ?

h- Marion et la société.

Marion a noué peu de liens avec les autres pendant son hospitalisation.

Elle a beaucoup évité le contact avec les autres patientes anorexiques, qui étaient ses semblables, ce qui représentait un danger pour elle.

De même elle n'a pas noué de relations avec l'équipe soignante, elle se faisait facilement oublier.

Dans son histoire personnelle, Marion n'a pas gardé beaucoup d'ami(e)s. La relation avec ses amies filles a été difficile à partir du début de sa maladie à 16 ans, elle se sentait jugée dans leur regard.

Un autre déclencheur de sa maladie a été semble-t-il le fait qu'elle n'arrivait pas à trouver sa place dans un groupe d'amies avec qui elle mangeait à la cantine de l'école. Le rejet de quelques camarades a confirmé le sentiment qu'elle avait de ne pas valoir grand-chose. En évitant d'aller manger à la cantine, elle évitait ce vécu douloureux.

Marion n'a pas eu d'expériences amoureuses. Elle a un jour eu l'espoir d'attirer un autre garçon de son âge en suscitant chez lui un sentiment de pitié du fait de sa maladie.

En règle générale, la fréquentation des garçons de son âge est plus facile que celle des filles. Elle reste timide mais ne se sent pas en rivalité avec eux. L'ambiance de classe en BTS agricole lui plait, il y a une majorité de garçons. Cependant elle les côtoie peu et vit beaucoup seule dans son petit appartement.

Les expériences de vie en collectivité (internat en fin de terminale, collocation en 1^{ère} année de faculté) ont été marquées par des majorations de sa restriction alimentaire.

Le choix de Marion serait de vivre en Afrique, parmi des « tribus » qui « vivent de rien », de la façon la plus « naturelle » possible. Marion exprimait ainsi ses désirs d'évasion, d'absolu, et de rupture avec sa vie actuelle : une autre société, des règles simplifiées, la disparition de la contrainte alimentaire. Le fait de vouloir appartenir à une tribu n'a pas été sans nous évoquer la réalité de sa propre famille, au sein de laquelle régnait un très fort sentiment d'appartenance.

- i- L'évolution de la maladie de Marion et les questions qui restaient à l'issue de sa prise en charge.

Cette maladie commence donc vers les 16 ans de Marion, de façon parallèle avec celle de sa sœur S.

Elle connaît une première hospitalisation en service d'endocrinologie à l'âge de 17 ans. Cette hospitalisation avec contrat de séparation dure 5 mois (décembre 2003 à avril 2004) et lui permet de retrouver un état physique satisfaisant. C'est l'année de sa première année de faculté de géographie qu'elle ne peut donc pas valider.

L'année scolaire suivante est marquée par un changement d'orientation pour Marion, elle fait donc un BTS agricole. Elle rencontre le service d'addictologie de Nantes pendant l'été dans le but de préparer des soins en ambulatoire.

Elle connaît à cette période une nouvelle perte de poids qui s'aggrave au moment de la rentrée où elle intègre un appartement seule.

Elle sera donc hospitalisée à l'unité Lou Andréas-Salomé de novembre 2004 à avril 2005, avec un passage en endocrinologie au CHU de Nantes en janvier 2005 pour une dégradation somatique dans notre service.

L'alliance thérapeutique n'est pas allée de soi avec Marion. Elle ne voulait tout simplement rien, et le fait de vouloir plus qu'elle sa guérison de la part des soignants nous amenait dans des impasses.

Sa perte de poids était continuelle malgré la mise en place de contrats tels que nous les avons décrit en introduction.

Le travail avec la famille nous a semblé crucial rapidement, et particulièrement dans le cas de Marion. En effet, nous avons été interpellés par la prégnance de la maladie au sein de cette famille, faisant évoquer une agrégation familiale de la maladie.

Pouvait-il y avoir une origine génétique à cette maladie comme ils nous le demandaient ; ou bien le contexte familial et leurs interactions ne pouvaient-ils pas intervenir dans le développement de ce trouble ?

Le travail familial minimal à effectuer était celui de recevoir les parents de Marion avec elle régulièrement pendant la durée de son hospitalisation.

Les parents ont dit leur incompréhension, leur réticence à s'engager dans le travail proposé de réflexion autour de la séparation /individuation, et de l'expression des affects.

Ils considéraient que le travail psychique consistait à « réparer une anomalie », ce qui n'était pas notre perspective. Ils préféraient s'en tenir à ce moment au « bilan de santé » de Marion.

Pourtant ils viennent de façon assidue aux entretiens et le contact téléphonique sera gardé avec eux pendant l'hospitalisation de Marion en endocrinologie. Ces contacts ont permis de

préparer le retour de Marion dans notre service. Parallèlement, Marion était suivie par un psychiatre du service d'addictologie qui exerçait en liaison en endocrinologie.

Marion restait souvent silencieuse en entretien familial, investissait plus facilement les espaces d'entretiens individuels.

La période qui a suivi son retour du service d'endocrinologie en janvier 2005 a été marquée par une stabilisation de son poids durant 1 mois et demi.

Parallèlement, c'est la période à laquelle elle a le plus investi ces espaces individuels, a pu y exprimer des émotions. Elle a eu des retours positifs venant des autres patientes. La relation était plus facile avec elle.

Sa nouvelle rechute symptomatique en mars 2005 est difficilement explicable. C'est la période à laquelle le contact avec ses parents devient difficile, ils n'accordent plus de crédit à notre prise en charge thérapeutique.

Marion exprime sa difficulté à faire confiance au cadre de soin.

La difficulté de travailler avec Marion et sa famille a peut-être consisté dans le fait que nous n'avons pas su les rejoindre dans leur système de valeurs et de croyances. Notre façon de voir les choses allait « contre » la leur.

Pourtant comment aurions-nous pu nous saisir de la demande que les parents faisaient à Marion de fonctionner de façon opératoire ? Cette incompréhension a amené à la rupture.

La proposition de thérapie familiale que nous avons faite à la famille n'a pas aboutie.

Il m'est devenu de plus en plus évident au cours de cette prise en charge et avec le recul, que les particularités que nous avons perçues dans leur mode de communication, les interactions parent/enfant, la dynamique au sein de la fratrie, les liens transgénérationnels, les valeurs familiales, ne devaient pas être vues sous l'angle de relations pathologiques si je voulais « rencontrer » le patient et sa famille.

La question de faire alliance avec ces familles rencontrant des problèmes m'a paru cruciale, et c'est pourquoi j'ai voulu approfondir mes connaissances théoriques sur les familles de patients anorexiques, et trouver des modèles thérapeutiques satisfaisants le paradoxe suivant : nous ne vous considérons pas comme une famille pathologique, mais une thérapie familiale serait nécessaire pour sortir de la crise que représente l'arrivée de cette maladie.

Après son départ pour un nouveau service de médecine dans la ville de ses parents, dans lequel elle avait déjà été hospitalisée plusieurs mois l'année précédente, nous n'avons plus reçu de nouvelles de Marion ni de sa famille, malgré la proposition faite de reprendre les soins ultérieurement.

Son état de santé à l'heure actuelle reste une question.

Les questions posées par Benoît et sa famille.

Nous avons présenté Benoît en introduction. C'est un jeune garçon de 14 ans qui vient dans le service de pédiatrie du CHU de Nantes pour le traitement de son anorexie mentale.

Les parents de Benoît ont été amenés à consulter dans le service de Pédiatrie au CHU de Nantes, sur les conseils de leur pédiatre dans un département voisin, en raison des possibilités de prises en charge conjointes pédiatre-pédopsychiatre permises par la pédopsychiatrie de liaison.

Son état somatique a nécessité l'aide à une reprise de poids qui sera contractualisée. Le choix du service était d'associer la séparation d'avec l'entourage avec ce contrat de poids.

a- L'histoire des troubles de Benoît.

La maladie de Benoît a commencée alors qu'il avait 9 ans.

C'est l'année où sa mère a un accident de la circulation, en accompagnant ses enfants à l'école, aux répercussions importantes. Elle est touchée physiquement gravement au niveau de la face et des membres inférieurs.

Son état de santé nécessite des soins pendant plusieurs mois en service de rééducation fonctionnelle. Au début de sa prise en charge elle ne peut plus s'alimenter du fait d'un trauma facial, et elle est alimentée par sonde nasogastrique. Elle bénéficie par ailleurs d'une rééducation locomotrice.

A l'époque où la mère de Benoît est alimentée par sonde, celui-ci commence à refuser de manger des aliments solides. Il se nourrit exclusivement d'aliments liquides, et ne fait que deux repas par jours, le petit déjeuner et le goûter. Il sélectionne son alimentation, se nourrit essentiellement de laitage et n'ingère jamais ni viande, ni poisson, ni fruits, ni légumes. Ce comportement alimentaire durera jusqu'à la période où nous le connaissons, entraînant la stagnation de sa courbe staturo-pondérale.

L'hospitalisation de madame en rééducation est également la première expérience de séparation de Benoît avec sa mère.

La symptomatologie de Benoît s'accroît et se pérennise même si parallèlement l'état de santé de sa mère s'améliore. Son alimentation par sonde n'est que de courte durée. Madame récupère progressivement toutes ses fonctions locomotrices. Elle garde quelques cicatrices visibles sur le visage que Benoît qualifiera de bénignes.

L'hospitalisation de la mère de Benoît constitue pour lui une période « traumatique ». Il vit alors une tension importante, il subit complètement la situation, son comportement change, il développe des rituels obsessionnels autour du rangement, il paraît triste. Il refusera de rendre visite à sa mère, se disant incapable de la retrouver et d'assumer ces rencontres sur le plan émotionnel.

La symptomatologie de Benoît centrée sur les aliments solides fera envisager dans un premier temps une phobie de la déglutition. Le suivi de Benoît permettra de poser le diagnostic d'anorexie mentale du jeune garçon, devant un bilan somatique complet normal effectué en hospitalisation à la Clinique Médicale Pédiatrique, et devant la peur intense de prendre du poids, le déni de la gravité de sa maigreur, le retard pubertaire.

Le suivi médical de Benoît a consisté en des consultations régulières chez son pédiatre, et un suivi pédopsychiatrique en consultation, depuis l'âge de 9 ans.

La non évolution des troubles de Benoît a fait penser à son médecin à la nécessité d'une prise en charge moins disjointe, plus cohérente, qui a pu commencer grâce à la consultation conjointe pédiatre-pédopsychiatre au CHU de Nantes.

L'enjeu était de pouvoir reconnecter les sphères somatiques et psychiques chez ce garçon qui développait de nombreux rituels obsessionnels autour de son alimentation.

b- Les antécédents de Benoît.

Benoît a toujours été un garçon petit et plutôt maigre jusqu'à l'âge de 9 ans, avec une croissance pondérale régulière au 3ème percentile.

Il s'alimentait tout à fait correctement jusqu'à l'âge de 9 ans.

Sur le plan somatique, Benoît a un asthme nécessitant un traitement régulier par bêta-mimétiques.

Il a également un terrain allergique avec une allergie prouvée à l'arachide.

A noter que dans sa première année de vie, il a fait une bronchiolite grave sur le plan respiratoire, nécessitant son alimentation par sonde nasogastrique.

Dans les antécédents familiaux, nous retrouvons :

- la notion d'un cancer du sein guéri depuis 2005 chez la grand-mère maternelle
- une dépendance à l'alcool chez le grand-père paternel
- une dépendance à l'alcool chez le conjoint de la grand-mère paternelle
- la surdité d'un oncle du côté maternel, frère de madame, et qui vit toujours au domicile de la grand-mère maternelle
- Le polytraumatisme de la mère de Benoît.

c- Le contexte familial et social.

Benoît est un jeune adolescent de 14 ans. Il vit avec ses deux parents, son frère (vrai) jumeau V., et leur soeur aînée S. de 18 ans.

Il est en classe de 4ème et passe en 3ème, comme son frère. Il voudrait faire un BEP

sanitaire et social.

Il a la passion des pompiers, et voudrait en faire son métier plus tard, ou bien exercer le métier d'aide soignant comme son père.

Son père est donc aide-soignant, sa mère assistante commerciale. Sa soeur aînée a passé son Bac dans l'année et projette de faire une école de masseur kinésithérapeute, projet qui soucie Benoît en raison du coût.

Benoît ne fait pas d'activités extra-scolaires, il a des copains qui sont les mêmes que son frère.

d- La problématique de séparation pour Benoît.

Cette situation clinique pose la question des événements de vie difficiles comme inducteurs de la maladie. Ici un événement vient bouleverser la configuration familiale, les représentations que Benoît peut avoir de ses parents.

L'angoisse de la mort, à un âge où Benoît peut tout juste l'élaborer, vient trouver écho dans la vie réelle. La séparation est effective avec la mère, et est vécu comme une rupture.

A noter qu'avant cet accident, Benoît avait vécu très peu d'expériences de séparation.

D'ailleurs Benoît nous décrira sa vie actuelle comme particulièrement repliée sur elle-même. Originaire de la campagne, ce jeune garçon ne se montrait pas très ouvert sur le monde, idéalisait sa vie campagnarde de façon étonnante pour un adolescent.

Il disait régulièrement « chez nous » en évoquant sa région, ce qui nous laissait entendre que nous étions pour lui des étrangers.

La séparation pendant l'hospitalisation à la Clinique Médicale Pédiatrique a été un moment très difficile pour lui.

Sa première hospitalisation pour bilan qui avait eu lieu quelques mois auparavant avait été marquée par une véritable crise de panique le premier soir, nécessitant le retour en urgence de son père pour le rassurer.

Ultérieurement, il évoquera cette première séparation comme étant très douloureuse, pleurera à son souvenir. De même, il ne se dira pas tout à fait le même depuis cette période, comme si cette séparation « traumatique » avait laissé chez lui des séquelles.

Lors de sa deuxième hospitalisation, plus longue, assortie d'un contrat de poids et de séparation, Benoît s'était préparé à vivre les mêmes difficultés. Il s'est bien souvent montré très défensif, goguenard, avec le sourire, mais livrant peu d'émotions. Cette présentation était assortie de nombreux rituels obsessionnels qui avaient pour fonction de contenir son angoisse.

Ses défenses ont par moment été débordées, notamment à la période où ses médecins référents pédiatre et pédopsychiatre avec qui il avait établi le contrat sont partis en vacances.

Il a alors laissé libre cours à son angoisse et s'est confié sur sa crainte de voir sa famille entière détruite par cette séparation. Il se disait « cassé, détruit ». Il faisait part alors d'angoisses massives d'éclatement de son Moi, et de l'unité familiale, témoignant de processus archaïques.

La double séparation, de sa famille et de ses médecins référents, le menaçait de destruction

psychique, ainsi que sa famille.

Nous percevions à ce moment le peu de distinction qu'il faisait de son espace psychique personnel, et de celui de sa famille.

De façon paradoxale, cette angoisse de séparation n'a pas permis à Benoît d'avancer dans les objectifs de son contrat, puisque son poids a stagné ne lui permettant pas d'accéder à plus de visites ou de contacts avec sa famille.

De ce fait l'hospitalisation de Benoît a duré les deux mois maximum prévus initialement. La dimension temporelle avait semblé importante pour lui, puisqu'il ne se projetait pas dans une durée d'hospitalisation plus courte.

Benoît livrait peu de choses sur la façon dont se passait la visite hebdomadaire de ses parents. Cela se passait forcément bien puisqu'ils étaient une famille très unie.

En général ses parents venaient lui rendre visite le week-end, pas forcément ensemble. Son frère et sa soeur ne sont venus le voir qu'une seule fois.

Ces éléments cliniques soulèvent la question de la problématique de séparation comme étant liée au développement de l'anorexie mentale.

e- Benoît et son frère jumeau.

Nous étions frappés par la ressemblance entre les deux frères, celui-ci étant très présent puisque faisant face au lit de Benoît en photographie.

Sans avoir de trouble des conduites alimentaires, son frère V. présentait lui aussi un retard pubertaire et une petite taille, sensiblement la même que Benoît, ce qui faisait nier à Benoît la gravité de ses troubles puisque leur répercussion ne devait pas être si dramatique que cela.

La question de la ressemblance semblait épineuse pour Benoît. Il disait ne pas savoir s'ils étaient vrai ou faux jumeaux, ne pas savoir lequel des deux était né le premier. Il paraissait agacé par ces questions.

Manifestement la question de la distinction, de l'identification différenciée des deux frères n'était pas résolue.

L'élaboration de Benoît était plutôt pauvre, il disait de son frère « il est comme moi ». Sa crainte de voir une différence apparaître entre eux dans leur relation après l'hospitalisation était grande.

Benoît évoquera également la grande rivalité qui régnait entre eux deux notamment sur le plan de la croissance.

L'histoire de Benoît pose la question de l'influence de la fratrie comme « contexte » au développement d'un tel trouble. La problématique de l'identification ne pourrait-elle pas être majorée par l'existence d'un frère ou d'une soeur proche en âge, voir d'un jumeau ?

L'histoire de Benoît et de son frère pose également la question de la génétique. En effet, si le

diagnostic d'anorexie mentale était posé pour Benoît, son frère était également fluet, avec un retard pubertaire, qui n'étaient rattachés à aucune pathologie.

Pouvait-il y avoir une vulnérabilité physiologique, déterminée par la génétique, qui s'exprimait d'avantage chez Benoît ?

Ou bien, cette parenté de troubles était-elle à mettre sur le compte du contexte environnemental qu'ils partageaient ?

Une partie de cette thèse tentera de répondre à cette question du poids respectif de la génétique et de l'environnement dans la genèse de l'anorexie mentale.

f- Benoît et son père.

Nous nous sommes posés la question de l'identification de Benoît à son père. Il voulait exercer la même profession que lui, et aurait souhaité que cette profession se transmette de père en fils dans la famille. Il disait vouloir jusqu'à prendre sa place dans son travail.

Cette forte revendication d'une identification paternelle, dans le registre du concret, posait la question d'une possible identification sur le plan symbolique, et de l'introjection de cette imago paternelle.

Ce questionnement était alimenté par la référence fréquente que Benoît faisait d'un personnage extraordinaire, un des pompiers qui l'avait secouru lors de l'accident de voiture, et qui était décédé depuis.

Ce personnage idéalisé, inaccessible, faisait office d'image paternelle toute puissante, sur le plan symbolique.

Son véritable père exerçant le métier d'aide-soignant, réputé pour être une profession féminine, ne devait pas faciliter l'identification.

La question de l'identification comme centrale dans l'anorexie mentale est de nouveau posée.

g- Benoît et sa mère.

Nous n'avons pas rencontré la mère de Benoît pendant l'hospitalisation. Plusieurs entretiens conjoints pédiatre-pédopsychiatre avec les parents étaient prévus auxquels seul son père s'est présenté. Il est vrai que l'objectif de ces entretiens était de faire le point sur son état somatique, mais aussi de travailler autour de la question des liens et de la problématique de séparation/individuation.

Son absence était probablement due à ses contraintes professionnelles et à l'éloignement, le père de Benoît semblait avoir plus de disponibilités du fait de sa profession.

Nous nous sommes posés la question de l'absence (relative puisqu'elle était venue en visite) de Madame pendant cette hospitalisation. Elle n'était pas sans rappeler le fait que Benoît n'avait

jamais rendu visite à sa mère pendant son long séjour en rééducation.

Comment se négociait la séparation entre eux autrement que dans le tout ou rien ?

h- La communication familiale.

Benoît est un garçon qui se présentait souvent souriant comme nous l'avons déjà dit. Nous percevions qu'il s'agissait d'une façade.

Hormis les moments où il a laissé libre cours à son angoisse, Benoît n'a rien livré de ses émotions ou de ses affects. Sa vie imaginaire semblait plutôt pauvre.

La proposition de dessiner sa famille a été insupportable pour lui. Il avait déjà réalisé ce dessin lors de sa première hospitalisation et ne souhaitait pas le refaire, le dessin aurait été imparfait ce qui semblait beaucoup l'angoisser. Il a refusé pour les mêmes raisons de dessiner sa maison, il a préféré dessiner un camion de pompier, avec un souci extrême de certains détails, mais dont la forme globale n'est pas évidente d'emblée.

De même, il a été très réticent à réaliser son génogramme, de sorte que je l'ai dessiné sous sa dictée. " Ça ne représentera pas tout à fait ma famille, ce ne sera jamais exact..."

Dans sa famille, tout allait bien, il s'est pressé de me donner des indications quand aux métiers de chacun, et était agacé de ne pas connaître l'âge de tout le monde.

Cette façon de s'attacher au concret, de rester dans le factuel sans imaginer, sans donner d'anecdotes sur l'histoire familiale, d'avoir peu de souvenirs, de mettre à distance les affects, évoquait une pensée pour le moins opératoire.

Les entretiens qui ont eu lieu avec le père de Benoît dans le service ont révélé sensiblement le même type de communication. Monsieur était toujours souriant, de contact facile, demandait comment se passait l'alimentation. Il était difficile de se dégager du registre concret, somatique, directement alimentaire.

Ce type de communication me faisait penser à une communication de type alexithymique, du fait de la pauvreté des souvenirs, de la référence prédominante au concret, de la pauvreté de la fantasmatisation.

Leur mode de communication dégagé de l'affect, du moins pendant le temps de l'hospitalisation, n'a pas permis de travailler autant que nous aurions souhaité les questions de séparation/individuation. Une des questions qui m'est venue a été de savoir comment rencontrer au mieux ces familles sur le plan psychothérapique, alors que nous avions du mal à réassocier le corps et la psychée au cours des entretiens conjoints pédiatre-pédopsychiatre normalement dédiée à cela.

La question d'une séparation du psychisme de Benoît d'un appareil psychique familial indifférencié, que nous percevions dans ce qu'il nous rapportait, n'a pas pu être travaillé en grand groupe.

Particulièrement pour Benoît, je me sentais handicapée dans sa prise en charge thérapeutique du fait de n'avoir rencontré ni sa mère, ni son frère jumeau.

Ce qui me faisait penser qu'il s'agissait d'un type de communication alexithymique, c'est la

fait que je ne parvenais pas à me *représenter* la mère de Benoît, ni son frère jumeau, alors que c'est parfois possible même si les personnes n'ont pas été rencontrées, à condition que le récit qui en est fait soit chargé d'affect.

Nous tenterons de répondre à ces questions posées par Benoît et sa famille au cours de cette thèse.

Historique du concept "d'anorexie mentale".

On distingue classiquement trois périodes distinctes dans l'histoire des jeûneuses en Europe occidentale, ces périodes se chevauchant plus ou moins. L'examen des différents courants de pensée nous fera remarquer que la problématique de l'anorexique n'est jamais totalement étrangère d'une problématique familiale. (42)

1. La période mystique.

Du Vème au XVIème siècle, c'est dans la littérature théologique essentiellement que l'on retrouve des cas de jeunes filles jeûnant jusqu'au refus alimentaire complet. Ces conduites étaient considérées soit comme un signe d'élection divine, soit comme un signe de possession démoniaque... ce qui pouvait les mener indifféremment à la canonisation ou au bûcher. C'est entre les XIIIème et XVIème siècles que l'on trouve en Italie un nombre non négligeable de femmes ensuite canonisées, présentant un comportement anorectique caractérisé.

Je citerai l'exemple de Catherine de Sienne relaté par A.Guillemot et M.Laxenaire (42), qui me semble caractéristique et qui peut introduire notre propos de la problématique anorexique au sein de la famille.

Catherine Benincasa était une jumelle née prématurément à Sienne en 1347. Des deux soeurs, c'est elle que sa mère décide de nourrir elle-même, alors que sa soeur confiée à une nourrice décèdera rapidement.

Fille d'un teinturier, artisan à Sienne, Catherine est élevée dans la religion, comme tous les enfants à cette époque. Dès sept ans elle a sa première vision : Jésus enrobé de blanc lui sourit, entouré de plusieurs saints nimbés de rayons lumineux. Dès cet âge, elle commence à se priver de viande. A sa puberté, elle refuse obstinément de se marier comme ses parents le lui ordonnent. Elle s'impose des pénitences de toutes sortes : jeûne, flagellation... « A partir de 16 ans et jusqu'à sa mort, elle ne mange plus que du pain et des herbes crues, ne boit plus que de l'eau et perd rapidement la moitié de son poids » (Raimbaud et Eliacheff, 1989). Elle entre ensuite dans l'ordre de Dominicaines, contre la volonté de sa mère. Elle devient la conseillère de Grégoire XI, pape en Avignon, à qui elle ordonne purement et simplement de revenir à Rome. Après la mort de Grégoire, elle soutient son successeur Urbain VI, envers et contre tous, affirmant sa légitimité contre des cardinaux qui cherchent à le supplanter. Malgré ses efforts, Catherine n'empêchera pas le schisme de l'Occident et l'élection d'un antipape en Avignon. C'est après ces événements dont elle se sent responsable, qu'elle décide de sacrifier sa vie pour l'Eglise, ainsi qu'elle l'écrit à Urbain VI. Elle décide de ne plus s'alimenter du tout jusqu'à sa mort, qui survient au bout de trois mois.

Catherine a en commun avec les anorexiques d'aujourd'hui une volonté farouche, un refus de soumission à autrui, et une négation totale de son corps et de ses souffrances. De plus, son conflit avec sa mère n'est pas sans rappeler celui de beaucoup d'anorexiques avec la leur. La mère de Catherine entend soumettre sa fille à ce qu'elle, la mère, veut qu'elle soit et à ce qu'elle en attend. Sourde à la demande d'amour de Catherine, elle lui répond devoir, santé, réussite...

Le message ne passe pas, ou s'il passe, c'est la perception qui en est déformée : Catherine a un devoir certes, celui de priver son corps de toute satisfaction, de tout plaisir, sa santé n'en sera à ses yeux que meilleure et elle ne saurait, dans cette entreprise, que réussir. Le message maternel peut être passé ainsi... se traduisant par l'anorexie de la fille. Par ailleurs, en dépit de ses restrictions, Catherine garde une activité intense et ne se sent jamais fatiguée.

Tous ces points permettent de considérer le cas de Catherine comme une véritable anorexie, anorexie primaire et non pas une manifestation hystérique ou le symptôme d'une pathologie psychotique comme cela peut être le cas dans nombre de descriptions d'ascèse mystique de l'époque. Il ne manque que l'aménorrhée dont il n'est pas fait mention dans la description de A.Guillemot et M.Laxenaire pour parfaire le tableau. Catherine, à la différence des jeunes filles anorexiques d'aujourd'hui, a pour ainsi dire « réussi » son anorexie, puisque destinée à la sacrifier à Dieu, elle a abouti à sa canonisation. Selon les auteurs, le contexte socioculturel dans lequel se déroule l'histoire de Catherine, et son inscription dans le phénomène religieux, lui a permis de sublimer sa pathologie, alors qu'elle n'aurait pu être qu'une anorexique mentale comme une autre à notre époque.

Pour revenir à la problématique qui nous préoccupe, je soulignerai comme A.Guillemot et M.Laxenaire le conflit qui lie Catherine à sa mère, et la farouche résistance de Catherine de se soumettre au désir de celle-ci. Catherine est investie dès le début de sa vie par sa mère comme l'enfant qu'elle va nourrir, contrairement à sa jumelle qui mourra. Comme à contre-pied, elle choisit un peu plus tard, et bien avant l'adolescence, de se distinguer en ne mangeant pas de viande. Dans le récit tel qu'il est fait par les auteurs, il n'est pas fait mention du père et de son positionnement. Ceci rejoint les observations qui seront faites ultérieurement de pères distants de la relation mère-fille.

Les valeurs véhiculées par cette famille semblent être de hautes valeurs telles la Morale, le Devoir, la Religion, la Réussite. Les intérêts personnels passent au second plan derrière les attentes familiales.

La place de Catherine au sein de sa fratrie est particulière, sa jumelle est décédée. On peut imaginer que ce décès ait eu un retentissement sur le psychisme de Catherine et celui de sa mère, bien que la valeur de la vie d'un nourrisson à l'époque n'était pas la même qu'aujourd'hui dans nos sociétés occidentales. Les auteurs ne mentionnent rien à ce sujet.

Après avoir quitté la famille, Catherine a lutté contre un schisme au sein de sa famille d'adoption, l'Eglise, mais a échoué.

A mon sens, et sans vouloir entrer dans un débat religieux, la vie de Catherine est celle d'une femme qui a du rompre avec sa famille d'origine pour s'en démarquer, et qui d'une certaine manière a rejoué au sein de l'Eglise sa problématique familiale autour des liens, de la loyauté, de la cohésion familiale.

Selon Bell (10), le modèle anorectico-religieux connaît son apogée vers l'an 1500. Par la suite, les « vitae » (récits de la vie de ces femmes par leurs confesseurs) révèlent une méfiance grandissante envers les anorexiques, depuis longtemps suspectées d'éréthisme, car « vivant d'un feu intérieur » plutôt que de « nourriture terrestre ». La sainte devient « alors avant tout une femme qui souffre » et le modèle anorectique est progressivement abandonné sur le chemin qui mène à la Sainteté.

2. La période somatique.

Du XVI^{ème} au XVIII^{ème} siècle, les causes surnaturelles restent la première explication des quelques cas de refus alimentaire observés. Cependant les jeûnes intéressent maintenant les médecins qui leur consacrent quelques travaux. Le point qui est alors débattu est celui de la possibilité de vivre ou non sans alimentation, de même que l'on s'intéresse à la possibilité ou non de vivre sans air. Ainsi la majorité des cas de jeûne étudiés le sont dans l'optique de savoir si l'on peut jeûner indéfiniment. C'est pourquoi les écrits de l'époque s'étendent surtout sur la durée du jeûne, ses modalités pratiques, le dépistage des fraudes éventuelles...

Les travaux de Robert Whytt, professeur de médecine à Edimbourg à partir de 1747, méritent d'être notés car il est le premier à décrire des troubles des conduites alimentaires qu'il rattache à une origine « nerveuse ». En 1764 il publie un volumineux traité qui relate, entre autres, le cas d'un palefrenier de 14 ans qui aurait présenté une anorexie suivie d'une boulimie. (90).

Le nom de Morton est plus souvent retenu en raison de la richesse de ses descriptions cliniques. Il exerce la médecine en Angleterre au XVII^{ème} siècle (70).

Le cas de Miss Duke qu'il rapporte est caractéristique des anorexies mentales que l'on rencontre de nos jours, avec un début à 18 ans, un état de cachexie avancée lors de la première consultation à 20 ans, une hyperactivité physique et intellectuelle avec surinvestissement des études. Cette jeune fille présentait comme les jeunes filles anorexiques que nous connaissons une dénégation de ses troubles. Elle mourut trois mois après la consultation, alors que Morton lui avait conseillé de se distraire et d'abandonner pour un temps ses études.

Morton relate également le cas du fils de son ami, le révérend Steel, qui à 16 ans, perdit l'appétit en raison, dit-il, « de ses études trop difficiles et de la passion de son esprit ». Là encore, la description de Morton rappelle l'anorexie actuelle. Après plusieurs tentatives thérapeutiques toutes plus infructueuses les unes que les autres, le jeune homme finit par guérir après que Morton lui ait conseillé d'abandonner ses études et d'aller vivre quelques temps loin de sa famille.

Ce médecin était déjà à cette époque, sans le savoir, un des précurseurs de la méthode de séparation familiale encore exercée en France par certaines équipes, et en tout cas au cœur de la problématique de l'anorexique au sein de sa famille.

Morton distingue dans ses écrits la perte de poids du syndrome de « consommation nerveuse », de celles qui accompagnent la tuberculose, puis au sein des dénutritions attribuées à des origines nerveuses, il la différencie d'autres « affections nerveuses » comme la mélancolie ou des affections hypocondriaques ou hystériques.

Alors que les auteurs classiques jugeaient « nerveuse » l'origine du syndrome, et que des contemporains ont parlé d'« hystérie », la découverte par Simmonds en 1914 de la cachexie hypophysaire va ouvrir une nouvelle phase du concept d'anorexie mentale.

Les endocrinologues considèrent alors l'anorexie mentale comme une forme de panhypopituitarisme nécessitant un traitement endocrinien. Après la vogue de l'hystérie, souligne Jeammet (49), « on assiste ainsi au retour en force d'une explication physiopathologique en accord avec les critères des modèles scientifiques de l'époque, mais qui étend indûment l'application de son modèle et se renforce à la découverte de troubles endocriniens. »

Ces conceptions relèvent en effet de la considération erronée des troubles endocriniens comme cause du symptôme, alors qu'ils sont la conséquence de la dénutrition.

Il faut attendre 1938 pour que Sheehan, après avoir décrit la névrose antéhypophysaire du post-partum, lève l'équivoque en montrant que, dans l'insuffisance hypophysaire l'amaigrissement n'est jamais précoce, et donc que la « névrose » antéhypophysaire d'origine ischémique doit être différenciée de l'anorexie mentale classique.

Devant la constatation que les traitements hormonaux se révélaient inefficaces, et que les psychiatres utilisant l'isolement et la séparation d'avec la famille obtenaient de bons résultats thérapeutiques, la plupart des endocrinologues comme Decourt abandonnèrent la vision organiciste du syndrome d'anorexie mentale.

De nos jours, des théories génétiques très sérieuses ont mis en évidence la probabilité d'une telle origine au syndrome d'anorexie mentale. Ces conceptions relancent le débat entre les défenseurs d'une vision organiciste et ceux d'une vision psychologique de cette affection. Les données de la recherche actuelle iront plutôt dans le sens d'une origine plurifactorielle de l'anorexie mentale.

La théorie génétique fera l'objet d'une partie de ce travail.

3. La période psychologique.

1873 est l'année qui voit la description quasi simultanée par Gull en Angleterre et Lasègue en France des cas de restriction alimentaire évoquant l'anorexie mentale.

Gull suppose d'abord une cause organique de l'ordre d'un désordre du tractus digestif, puis se laisse convaincre par Lasègue, partisan d'emblée d'une hypothèse psychogénétique. « Le défaut d'appétit est, je crois, dû à un état mental morbide. Que des états mentaux puissent supprimer l'appétit est un fait établi et il sera admis que les jeunes femmes aux âges donnés sont particulièrement exposées à la perversion mentale. » (43)

Le terme d'« anorexie mentale » en France, est due aux travaux de Huchard (1883), légèrement postérieurs à ceux de Lasègue.

Dans son travail de systématisation neurologique, Lasègue distingue les cérébraux atteints de lésions ou malformations, des nerveux, sans lésions, dans lesquels s'inscrit l'hystérie. Gull le rejoint sur l'absence d'organicité et opte pour le terme d'« anorexia nervosa ».

Lasègue décrit à partir de huit observations « l'anorexie hystérique » chez la jeune fille de 15 à 20 ans. (57).

A cette affection pour lui nouvelle, il distingue trois phases successives. Dans la première phase, l'allégation de douleurs épigastriques tend à justifier la restriction alimentaire, mais celle-ci est poursuivie alors même que la patiente se dit bien portante.

La deuxième phase, dite orale, est caractérisée par le paradoxe d'une conduite anormale justifiée par un bon état de santé (puisque les douleurs ont disparu par la cessation de toute

alimentation). Cette aberration fait parler Lasègue de « perversion mentale », « à elle seule presque caractéristique » et qui justifie le nom qu'il propose, « faute de mieux », « d'anorexie hystérique ».

Dans la troisième phase, celle de la cachexie, « le thème de la maladie est fait, elle systématise, ne se met plus en quête d'arguments, manifeste un optimisme inexpugnable (...) son indifférence déconcerte ». C'est d'ailleurs celle-ci, à rapprocher de la belle indifférence de l'hystérique décrite par Freud, qui incite Lasègue à ranger le tableau présenté par ces jeunes filles dans le cadre de l'hystérie. Sans doute faut-il y voir plutôt le témoin du déni par l'anorexique mentale, de sa pathologie.

La description faite par Lasègue rejoint en tout point, hormis l'aménorrhée non précisée, celle de l'anorexie mentale primaire.

Pour rejoindre notre propos de la problématique anorexique au sein de la famille, il est à noter que Lasègue insiste déjà sur l'importance de l'attitude de l'entourage, notamment des médecins, et sur la nocivité de la présence de la famille, « les plus mauvais gardiens possibles ».

Il décrit les réaménagements familiaux autour du symptôme et les boucles de renforcement des attitudes de chacun.

« La famille n'a à son service que deux méthodes qu'elle épuise toujours : prier ou menacer, et qui servent l'une et l'autre comme de pierres de touche. On multiplie les délicatesses de la table dans l'espérance d'éveiller l'appétit, plus la sollicitude s'accroît, plus l'appétition diminue. La malade goûte dédaigneusement les mets nouveaux, et après avoir ainsi marqué sa bonne volonté, elle se considère comme dégagée de l'obligation de faire plus. On supplie, on réclame comme une faveur, comme une preuve souveraine d'affection que la malade se résigne à ajouter une seule bouchée supplémentaire au repas qu'elle déclare terminé. L'excès d'insistance appelle un excès de résistance. C'est une loi bien connue et conforme à l'expérience de tous, que le meilleur moyen de doubler l'opiniâtreté des hystériques, c'est de laisser percer la supposition implicitement ou explicitement exprimée que si elles voulaient elles pourraient dominer leurs impulsions malades. Une seule concession les ferait passer de l'état de malade à celui d'enfants capricieux, et cette concession, moitié d'instinct, moitié de parti pris, elles ne la consentiront jamais. »

On ressent également dans le texte de Lasègue la fonction d'opposition ou de démarcation aux parents que revêt le symptôme anorexie.

Plus loin dans le texte, avec la description des états pré morbides de la maladie, Lasègue évoque l'inquiétude des parents et amis.

« Qu'on ne s'étonne pas de me voir, contrairement à nos habitudes, mettre toujours en parallèle l'état morbide de l'hystérique et les préoccupations de son entourage. Ces deux termes sont solidaires et on aurait une vision erronée de la maladie en bornant l'examen à la malade. »

Il évoque à ce sujet que la famille constitue le lieu de mise en scène de l'anorexie, mais aussi que le milieu familial exerce une influence dans le développement de la maladie, sans en dire plus.

Dans la lignée de ces observations, Charcot (1895) est l'initiateur de l'isolement dans un but thérapeutique.

Cet isolement thérapeutique sera repris par la plupart des auteurs dans la première moitié du

XXème siècle, alors que leurs recherches en psychogénétique contribuent à préciser de plus en plus des modèles de compréhension psychopathologiques de l'anorexie mentale. Ces principales hypothèses feront l'objet d'une partie de ce travail.

Cette notion d'isolement préconisé alors, fait de toutes façon penser que la problématique anorexique n'est pas étrangère d'une problématique familiale.

A partir des années 1960, les modèles de compréhension de l'anorexie mentale vont se diversifier, avec en plus des conceptions psychanalytiques, les conceptions systémiques dans la lignées de M.Selvini-Palazzoli et S.Minuchin, ainsi que les approches comportementales et biogénétiques. Certaines de ces approches seront développées dans ce travail.

4. La période actuelle

Celle-ci est marquée par une pluralité des approches, à relier d'une conception plurifactorielle des troubles des conduites alimentaires. On peut penser que ces différentes manières d'aborder le syndrome sont de nature à favoriser l'adaptation du traitement à chaque problématique individuelle. Les auteurs actuels adoptent une vision de plus en plus intégrative et plurifactorielle de la maladie, ce qui a le mérite de ne négliger aucune piste de compréhension et de thérapeutique, mais qui a le désavantage de rendre cette dernière de plus en plus complexe.

La famille des patientes anorexiques : une revue de la littérature par thèmes.

I / Approches socio-démographiques et culturelles de l'anorexie mentale.

1. Le cadre familial selon Hilde Bruch.

En 1973 dans « les yeux et le ventre », H. Bruch (13) tente de dresser un tableau des typologies des familles touchées par l'anorexie mentale.

Ce travail autour des relations familiales se justifiait par le constat clinique suivant : les parents et notamment les mères des patientes anorexiques n'avaient pas su s'ajuster aux besoins réels de l'enfant, dans de nombreux domaines et plus particulièrement celui de l'alimentation. Les mères avaient imposé à l'enfant leurs propres conceptions de ses besoins, à l'excès, et ceci aboutissant à une mauvaise reconnaissance du besoin de manger notamment.

Elle fit à partir de ce constat clinique l'hypothèse psychopathologique selon laquelle le ou la future malade a une difficulté à concevoir sa propre identité, et une difficulté à développer une bonne conscience de soi et de ses propres possibilités, à partir de ces avatars relationnels et physiologiques.

Elle ajouta que les perturbations du besoin de manger étaient dues à un mauvais fonctionnement des schémas réciproques des relations entre la mère et l'enfant.

C'est à partir de cette hypothèse que l'étude des relations familiales se justifie pour Hilde Bruch en 1973. De formation psychanalytique, elle considère que les théories intrapsychiques et interpersonnelles ne sont pas mutuellement exclusives mais se complètent. Les deux types de problématiques sont interdépendants.

Elle tente au tout début de dresser un tableau clinique de ces familles au travers d'une grande étude portant sur 70 d'entre-elles touchées par la maladie anorexique.

Elle note que jusqu'à son rapport, les quelques études qui se sont intéressées à la nature des relations familiales, ou au passé clinique prémorbide de la famille, ont révélé des résultats contradictoires, en rapport certainement avec les différences de critères d'inclusion. En effet étaient confondues dans ces études l'anorexie mentales et d'autres formes de dénutrition.

Son étude révèle quelques traits communs à ces familles qui sont jugés caractéristiques :

- sur le plan socio-démographique :
 - 85 % de femmes parmi les malades,
 - la prépondérance des aînés parmi les malades (50 %), surtout être l'aînée de deux filles,
 - des familles numériquement faibles,

- la prépondérance du nombre de femmes dans ces familles et particulièrement dans les fratries,
 - la prépondérance des classes moyennes ou supérieures sur le plan socio-économique,
 - la stabilité des couples parentaux avec un taux particulièrement bas de divorces ou de séparations.
 - l'âge des parents relativement élevé à la naissance de la future (du futur) malade.
- Sur le plan des relations :
- les futures anorexiques ont joui de biens matériels pendant leur enfance, ont reçu un fort apport culturel, mais n'ont pas développé une confiance suffisante dans leurs propres ressources ni dans leurs idées personnelles. Un facile acquiescement est devenu leur mode de vie, jusqu'à ce que leur développement exige plus qu'une obéissance conforme. Le négativisme est alors un symptôme qui devient croissant avec le développement de la maladie.
 - les notions de bonheur et d'harmonie étaient véhiculées par ces familles, alors qu'un travail thérapeutique poussé révélait de fortes dissensions et tensions,
 - la notion de normalité était également véhiculée par ces familles, dans le déni de l'aspect catastrophique de la maladie d'un de ses membres
 - l'enfant malade avait une supériorité supposée par rapport au reste de la fratrie,
 - les mères étaient présentées comme frustrées dans leurs aspirations professionnelles, mais consciencieuses dans leur travail de mères, subordonnées à leur mari mais ayant cessé de le respecter et de l'admirer
 - les pères étaient présentés comme des hommes ayant réussi professionnellement et financièrement, préoccupés par l'apparence physique d'eux-mêmes et de leurs proches, prônant la réussite de leurs enfants.
 - H. Bruch dresse le tableau d'une famille « égocentrique ».

H. Bruch note que ces éléments ne sont en rien spécifiques de la maladie anorexique. En effet on peut trouver nombre de ces points partagés par beaucoup de familles de la classe bourgeoise.

Un point qui selon elle est plus caractéristique serait la grande imperméabilité aux besoins authentiques de l'enfant, en termes de nourrissage et dans d'autres domaines.

La mauvaise perception des besoins de l'enfant pouvait aboutir dans le recueil d'informations sur le déroulement de l'enfance avant la maladie, à une description d'un fonctionnement idéal, qui était perçu ainsi par les parents alors qu'il ne s'agissait que d'une réponse ultra conformiste aux attentes des parents.

Bien que certains de ces résultats aient été contredits par la suite, différentes études vont venir confirmer certains des traits caractéristiques de ces familles.

Nous verrons que les élaborations théoriques concernant la maladie anorexique, notamment en psychanalyse et systémique, viendront éclairer ce que H. Bruch avait décrit des relations familiales.

Toutes les données culturelles confirmeront le fait que l'anorexie mentale est une maladie du monde occidental, c'est-à-dire du monde dans lequel on ne manque pas de nourriture.

Un des points particuliers soulevés par H. Bruch n'est pas facilement explicité par la psychopathologie ni la génétique et une réflexion à laquelle nous tenterons de répondre, c'est celui de la surreprésentation des filles et des femmes, à la fois dans le développement de la maladie elle-même, et sur le plan numérique au sein des familles.

2. Epidémiologie générale de l'anorexie mentale.

a- Incidence et prévalence.

L'incidence de l'anorexie mentale semble en augmentation croissante dans le monde occidental.

P.Hardy (46) en 1989 évoque la complexité de l'étude du taux d'incidence de la maladie anorexie mentale, du fait de problèmes méthodologiques.

En effet les études ne sont pas toujours comparables car ne se sont pas toujours adressées aux mêmes types de population. Le recensement a tantôt été réalisé en hôpital psychiatrique, tantôt en service de médecine endocrinologique ou en pédiatrie.

Les tranches d'âge des populations n'étaient pas toujours les mêmes non plus.

Par ailleurs les études n'ont pas toujours eu recours aux mêmes critères diagnostic pour recenser les cas d'anorexie, les questionnaires de dépistage utilisés ne sont pas toujours les mêmes, et il n'y a pas toujours d'entretien de validation des résultats.

Les résultats pouvant donner lieu à des interprétations plus justes sont ceux des études qui se sont adressées à la population générale, comme celles qui se sont adressées à la population lycéenne ou étudiante.

D'après certaines de ces études selon P. Hardy, on retrouve une prévalence de 1/200 à 1/300 adolescente atteinte d'anorexie mentale.

Ces résultats ne peuvent être interprétés facilement non plus, car il existait souvent de faibles taux de réponses au dépistage de masse par autoquestionnaire.

Il est probable qu'un certain nombre de cas d'anorexie mentale ne puisse jamais être recensé du fait qu'il existe des malades qui n'entreront jamais dans un processus de soin.

De plus, la caractéristique de ces personnes malades qui se considère en bonne santé habituellement ne facilite pas les démarches de dépistage.

Les taux d'incidence et de prévalence exacts de la maladie restent inconnus.

L'étude de A.R.Lucas (61) aux Etats Unis en 1991 fait part d'une augmentation de la fréquence de l'anorexie mentale entre 1934 et 1984 dans la population des adolescentes de 15 à 24 ans. (à Rochester dans le Minnesota).

Le taux d'incidence faible (1 à 2 pour mille chez les femmes) rend difficile la mise en évidence d'une tendance évolutive (nécessité d'échantillons larges).

Le taux de prévalence pour la vie entière était estimé à 0,5%.

b- Réflexion sociologique autour de l'augmentation du taux d'incidence.

L'augmentation apparente du taux d'incidence de la maladie retrouvé par certaines études n'est pas facilement interprétable.

Il est vrai que la société occidentale de la seconde moitié du XXème siècle a prôné chez la femme, puis chez l'homme, la minceur, la maîtrise de son apparence physique. J.J.Brumberg citée par G.Russel (85), (100), considère que les médias tels la mode, le cinéma, la presse féminine a largement contribué à l'augmentation du comportement de jeune dans notre société, et ainsi à l'augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale.

Cependant nous disions en préambule que l'augmentation de ce taux d'incidence était difficilement interprétable. En effet, s'il est exact, traduit-il une réelle augmentation de la prévalence ou bien une augmentation des cas recensés par un système de soins qui devient plus performant ?

Cette augmentation ne peut-elle pas traduire également le fait que l'entourage immédiat de ces personnes malades étant mieux informé, la durée d'évolution de la maladie ne diminue avant l'heure du diagnostic ?

De plus, de nouvelles formes de la maladie semblent apparaître au travers de personnes qui revendiquent leur maigreur et l'exposent de façon provocante. Certains mouvements de patient(e)s anorexiques font la propagande de leur trouble sur internet et incitent d'autres à devenir comme eux ou elles.

Nous sommes certes à une époque où l'extrême et l'agir sont devenus des valeurs prépondérantes. Il y a également maintenant une difficulté à respecter les espaces privés, tout peut être rendu public.

Nous assistons donc aujourd'hui, depuis les années 2000 à l'émergence d'une nouvelle génération de patientes anorexiques qui a un rapport au monde différent avec sa maladie. Celle-ci est parfois revendiquée de façon provocante et agressive vis-à-vis de la société, par certains mouvements de malades, qui s'expriment par le biais d'internet notamment. Le déni du trouble et des difficultés psychiques demeure certainement, mais pas toujours celui du symptôme ou de la maigreur. Ce type de patientes anorexiques « à visage découvert » ne peut-il pas contribuer à l'inflation récente du nombre de malades anorexiques retrouvé par certaines études ?

Ou faut-il y voir plutôt le signe d'un nouveau mode d'expression de la maladie, dans une société où l'extrême et l'agir sont devenus des valeurs prépondérantes, et où il n'existe plus de délimitation franche entre les espaces privés et publics.

Les jeunes filles anorexiques n'ayant jamais cherché à dissimuler leur maigreur, puisque qu'elles ne la considèrent pas comme telle, peut-être sont elles plus facilement repérées dans notre société actuelle dans laquelle tout devient « transparent » ?

c- Sexe ratio.

La prédominance féminine de cette maladie est constamment retrouvée avec 5 à 15 % seulement de patients masculins recensés en traitement, selon D.M.Garner en 1993. (35)

P. Hardy (46) retrouve également 90 à 97 % de femmes parmi les patients selon les études.

Des interprétations de ce constat ne peuvent se faire qu'en le mettant en perspective avec des données génétiques et psychopathologiques, ce qui fera l'objet d'un chapitre dans la partie consacrée aux interprétations psychopathologiques des différents constats cliniques.

d- Participation culturelle.

La prédominance dans les classes sociales aisées est de moins en moins flagrante, l'anorexie mentale étant maintenant (en 1993 selon D.M.Garner) bien représentée dans toutes les classes sociales. (35).

De même les milieux ruraux et urbains sont également touchés par la maladie.

Cependant ce constat est celui d'une société occidentale dont toutes les classes sociales sont touchées. Cette pathologie reste une pathologie qui n'existe pas ou peu dans les pays du tiers monde, d'après P. Hardy. (46)

MH Pinto de Azevedo confirme en 1993 (80) la très grande rareté de cette maladie relevée dans ces pays, et qui ne faisait pas l'objet d'un recensement précis.

Il constatait parallèlement la très grande rareté des publications consacrées à cette maladie dans ces pays.

Il formula l'hypothèse selon laquelle la très grande rareté de ce trouble pouvait être attribuée au fait qu'il n'existait pas dans ces pays une pression sociale et culturelle tournée vers le contrôle du poids et de la ligne chez les femmes.

Par ailleurs, l'augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale a été décrite au Japon, et contemporaine de l'occidentalisation, dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle. (46).

e- Réflexion sociologique autour de la « féminité » de la pathologie anorexique.

Les différentes constatations d'ordre épidémiologique amènent à se questionner sur la féminité de cette pathologie, qui se retrouve tout d'abord dans le sexe ratio, puis dans la corrélation de l'augmentation de l'incidence de ce trouble avec les modifications du contexte culturel dans lequel ont évolué les femmes au XX^{ème} siècle.

La revue de la littérature sociologique faite par A.Guillemot et M.Laxenaire (42) permet d'amener quelques éléments de réponse à ce sujet.

D'après ces auteurs, M. Selvini Palazzoli insistait dès 1974 sur le rôle des valeurs occidentales et les contradictions de la femme moderne, partagée entre ses obligations traditionnelles de gardienne du foyer et ses nouvelles ambitions professionnelles, dans le développement de la maladie.

Elle expliquait ainsi la baisse de la fréquence de la maladie observée à l'époque du nord vers le sud de l'Italie, plus traditionnel et conservateur.

Les auteurs (42) soulèvent le paradoxe que vivent les femmes occidentales, coincées entre deux images : celui de la mère, la *mamma* pour laquelle la nourriture est un don d'amour, qui est forcément grosse car elle-même symbole de nourriture, et celui de la femme objet, mince et érotique, séductrice et sensuelle.

Dans les années 1980, la pression sociale en occident s'exerçait simultanément dans ces

deux directions opposées, et ce paradoxe a été soulevé par de nombreux auteurs.

La deuxième guerre mondiale a précipité la mutation des rôles féminins au XX^{ème} siècle, et a été un accélérateur et un révélateur de ce paradoxe.

Les femmes qui ont acquis une certaine autonomie à cette époque, se voient de nouveau assignées à domicile, cantonnées aux rôles d'épouses et de mères dans les années 1945-60. Cette période est d'ailleurs marquée par un fort taux de natalité dans les pays vainqueurs du conflit, accompagné d'une forte croissance économique.

Vers 1965, les femmes frustrées dans leurs aspirations sociales et professionnelles font naître le mouvement de revendication féministe pour la libération de la femme.

Plusieurs auteurs féministes se sont intéressés au trouble anorexique et ont élaboré des théories de leur point de vue.

K. Chernin, selon A. Guillemot et M. Laxenaire (42), a fait de l'anorexie une maladie symbolique d'un conflit culturel ou même d'une protestation sociale. L'anorexie mentale exprimerait la même protestation que les mouvements pour la libération de la femme qui refuse d'être assimilée à la mamma ou à la femme objet.

La restriction alimentaire s'assimilerait à un refus de devenir une femme comme sa mère dans cette société-là. La restriction alimentaire est choisie parce que c'est l'arme que lui tend la société, laquelle cherche à convaincre les femmes que le contrôle de leur corps est la clef de tous leurs problèmes.

Derrière ces éléments historiques et ces théories féministes se dessine déjà il me semble la problématique de séparation / individuation.

Le conflit psychique dans lequel se retrouvent ces femmes est celui d'une dépendance ou indépendance vis-à-vis d'une société occidentale traditionnellement dominée par les hommes.

Les féministes soulèvent également l'échec des patientes anorexiques dans leur lutte pour leur indépendance. En effet, celles-ci en restreignant leur alimentation et leur développement corporel, répondent en fin de compte aux exigences culturelles imposées par les hommes qui voudraient limiter leur développement, à la manière des jeunes filles chinoises qui se voyaient leurs pieds bandés afin de répondre aux canons de la beauté.

S. Orbach, toujours selon A. Guillemot et M. Laxenaire (42) est un autre auteur féministe qui tente de concilier ses conceptions avec les théories psychanalytiques.

Là aussi la problématique de séparation / individuation apparaît, dans les messages paradoxaux que la mère de la patiente anorexique adresse à sa fille. La mère ne peut ni permettre à sa fille d'acquérir son autonomie, sous peine qu'elle n'ait plus sa place de femme adaptée à notre société qui la veut soumise, ni la laisser exprimer ses besoins de dépendance, sous peine qu'elle ne soit plus capable plus tard de s'occuper des autres (ses propres enfants, son mari...)

Quelques critiques peuvent être apportées à ces considérations féministes qui ne tiennent pas compte des cas d'anorexie masculine, et qui omettent de considérer la psychopathologie individuelle ou une éventuelle organicité.

Cependant, elles ont le mérite de rattacher le trouble anorexie mentale à des conflits d'ordre sociétaux, ce qui peut se rapprocher d'une démarche de réflexion systémique au sens très large du terme, en considérant le ou la patiente anorexique au sein d'un très vaste groupe d'appartenance.

Par ailleurs, le point de vue féministe est celui de personnes qui luttent pour une cause, et dont la démarche n'est pas purement scientifique.

Cependant et pour conclure après ces réserves, l'éclairage sociologique qu'elles apportent

mérite d'être considéré dans une perspective intégrative de la pathologie anorexique.

De plus, dans la société occidentale du XXI^{ème} siècle, où les rôles des femmes et des hommes paraissent de plus en plus égalitaires, le trouble anorexie mentale est encore en forte croissance.

Il faut peut-être y voir le signe que la non distinction des rôles entre hommes et femmes n'est pas non plus la réponse qu'attendent les patients atteints d'anorexie. Cette idée sera développée plus avant dans la partie consacrée aux particularités des familles addictives selon un point de vue systémique.

3. Epidémiologie familiale.

a- Caractéristiques socio-démographiques.

F.Askevold, cité par J.Vanderlinden (100) démontrait en 1982 que les malades souffrant d'anorexie mentale ou de bulimie à poids normal, appartenaient le plus souvent à des familles socialement privilégiées.

Néanmoins, l'étude de D.M.Garner (35) a montré que la maladie était maintenant bien représentée dans toutes les classes sociales de la société occidentale, et aussi bien dans les milieux ruraux que urbains.

Il est vrai que si l'hypothèse selon laquelle l'anorexie mentale est une maladie des sociétés dans lesquelles il y a abondance de nourriture s'avère exacte, cette caractéristique s'étend maintenant aux différentes classes sociales de notre société occidentale. Ce n'était peut-être pas le cas dans la première moitié du XX^{ème} siècle dans les classes moyennes et inférieures de la société.

b- Age des parents.

Selon S.Weiss cité par J.Vanderlinden (100), l'âge des parents au moment de la naissance du futur patient anorexique, n'est pas caractéristique.

c- Rang dans la fratrie des patientes anorexiques.

La revue de la littérature menée par W. Vandereycken en 1991 (99) relève les résultats très contradictoires en matière de rang dans la fratrie des patients anorexiques.

Le constat de H.Bruch (13) selon laquelle les patients occupaient le plus fréquemment une place d'aîné, voire d'aînée de deux filles n'est pas retrouvée.

Il mentionne au total 12 études dont les résultats sont très disparates, les unes allant en faveur d'une position d'aîné pour le ou la patiente, les autres en faveur d'une place de cadette après une soeur aînée, d'autres encore relevant une majorité de derniers nés(e)s.

Certaines de ces études ne retrouvent aucune tendance en faveur de tel ou tel rang au sein de la fratrie.

De même, la grande enquête menée par D.J. Britto (12) en 1997, auprès de 308 patients dont 106 anorexiques et 202 boulimiques, ne retrouve pas de résultat significatif qui indiquerait un la plus forte probabilité d'un rang dans la fratrie pour le ou la patiente.

Il analyse en détail les patients anorexiques et boulimiques et ne retrouve pas de distinction entre les résultats les concernant.

d- Surreprésentation des filles au sein des fratries.

Les résultats de l'enquête de H.Bruch en 1973 (13) en faveur d'une surreprésentation des filles au sein des fratries de patientes anorexiques a été retrouvée par la suite par A. Hall en 1978 (44).

H.Bruch (13) notait déjà en 1973 les résultats très disparates en matière de typologie familiale. Elle mentionnait que Crisp en 1970 n'avait pas démontré de différences significatives en termes de composition de la fratrie des patientes avec celles de la population générale.

Cependant étaient notées des biais de recrutement concernant ces études, plusieurs causes de dénutrition étant confondues avec l'anorexie mentale.

De même DJ Britto (12) mentionne en préambule de son étude consacrée au rang dans la fratrie et à la composition de la fratrie des patientes anorexiques, les résultats souvent contradictoires des précédentes études.

Il rappelle que Garner and Garfinckel en 1982 n'avaient pas retrouvé de prédominance féminine au sein de ces fratries.

Dans une revue de la littérature consacrée aux frères et soeurs de patients atteints de troubles des conduites alimentaires, W. Vandereycken (99) mentionne au total 11 études menées par différents chercheurs entre 1950 et 1988 qui retrouvent une prépondérance de filles au sein des fratries de patients anorexiques.

Il ne retrouve que 2 études qui ne confirment pas ce résultat dont celle de Crisp sus citée.

Il est vrai que certains résultats semblent contradictoires, mais on ne peut écarter une tendance générale à la surreprésentation des filles au sein de ces fratries, qui est retrouvée par la majorité des études.

L'étude de D.J.Britto (12), en 1997, porte sur 308 patients présentant des troubles des conduites alimentaires et leurs fratries.

Parmi ces patients, il y avait 101 femmes anorexiques, 5 hommes anorexiques, 191 femmes boulimiques et 11 hommes boulimiques.

En termes de composition de la fratrie, il ne retrouve pas de surreprésentation de fratries composées uniquement de filles par rapport à la population générale.

Il ne mentionne pas cependant s'il existe ou non une surreprésentation féminine au sein de ces fratries, en dehors du cas particulier des fratries exclusivement féminines.

De plus il existe un biais de recrutement, étant donné que les deux types de troubles des conduites alimentaires sont confondus. Le détail concernant l'anorexie mentale n'est pas donné.

Nous ne pouvons pas éliminer formellement la notion d'une surreprésentation féminine au sein des fratries d'après son étude.

Une étude récente menée à l'hôpital Simone Veil en 2005 par J.P.Gueguen (41) retrouve les données épidémiologiques de cette surreprésentation :

Il s'agit d'une étude portant sur 25 patients atteints d'anorexie restrictive ou de boulimie, qui avaient nécessité une hospitalisation, et leurs familles. Tous les patients étaient âgés de 15 à 32 ans. Les critères diagnostique d'inclusion pour la maladie étaient ceux de la CIM 10.

L'auteur remarque une nette surreprésentation des filles au sein des fratries, avec 38 sœurs pour 19 frères, soit un rapport de 2 pour 1.

Si l'on ne considère que les patients atteints d'anorexie, en excluant la boulimie, le rapport est également élevé, de l'ordre de 31 sœurs pour 18 frères, soit un rapport de 1,7 pour 1.

De plus l'auteur retrouve la surreprésentation des filles dans le développement de la maladie, avec 3 garçons pour 25 filles pour l'ensemble des troubles de conduites alimentaires, et 3 garçons pour 25 filles si l'on ne considère que l'anorexie. (Soit un rapport de 6 filles pour 1 garçon.)

Toutes les études épidémiologiques ont retrouvé cette prédominance féminine dans le développement de la maladie, dans un rapport plus élevé que celui-ci soit généralement 10 filles pour 1 garçon.

La composition totale des fratries, en incluant le ou la patiente anorexique, retrouve par conséquent 21 garçons pour 49 filles, soit un rapport de 2,3 filles pour 1 garçon.

Ce résultat diffère nettement de la population générale dans laquelle on retrouve sensiblement un rapport égal entre les garçons et les filles.

A partir de ces résultats tendant vers la confirmation d'une surreprésentation des filles parmi les fratries de patients anorexiques, nous discuterons de ce phénomène à mettre en rapport avec d'autres données cliniques familiales. Ces hypothèses psychopathologiques seront reprises dans la partie consacrée aux éclairages psychopathologiques des différents constats cliniques.

4. Etudes des antécédents familiaux dans l'anorexie mentale.

Plusieurs études sont concordantes pour retrouver dans la famille des patients anorexiques, en comparaison avec la population générale :

- la plus grande fréquence d'antécédents familiaux de dépression (94), (100), notamment

- chez les mères des patients (79) ;
- la plus grande fréquence d'une dépendance à l'alcool chez le père (56) ;
- la plus grande fréquence de l'obésité chez les apparentés, et notamment les mères, de patients anorexiques-boulimiques ou boulimiques à poids normal (100) ;
- la plus grande fréquence de maladies somatiques grave dans les familles de patients anorexiques-boulimiques ou boulimiques à poids normal (100) ;
- la plus grande fréquence de troubles des conduites alimentaires (94), notamment chez les mères et fratries des patients (79).

Ces différents constats sur les antécédents familiaux font penser qu'une certaine hérédité pourrait prédisposer certains sujets à développer des troubles des conduites alimentaires. Cette hérédité pourrait être d'ordre génétique et environnementale, elle fragiliserait le sujet qui pourrait développer, dans certaines conditions, un tel trouble.

La question d'une hérédité génétique sera discutée dans la partie suivante.

La question d'une association entre les troubles des conduites alimentaires et les troubles de l'humeur est discutée par certains auteurs (79).

L'étude des antécédents psychiatriques familiaux peut soulever de nouvelles hypothèses étiopathogéniques. Nous pouvons entrevoir, par exemple, une relation possible entre une dépression maternelle et la discontinuité des liens mère-enfant, ou d'une adaptation inadéquate de la mère aux besoins de l'enfant. Cette notion sera reprise dans l'étude des interactions mère-enfant.

Dans tous les cas cités ci-dessus, nous pouvons entrevoir que des troubles parentaux pourraient être un facteur de pérennisation voire d'aggravation du trouble alimentaire, si le parent n'est pas disponible psychiquement ou physiquement pour son enfant.

L'examen de la famille entière, et la recherche de troubles chez celle-ci s'avèrent donc nécessaire quand il s'agit d'accompagner un patient atteint d'anorexie mentale.

Des indications de thérapie familiale pourront être posées en fonction de ce critère, voire des indications de suivi individuel pour les parents ou la fratrie.

5. Etude des facteurs de risque.

a- Facteurs de risque avérés.

Les facteurs de risque avérés pour développer une anorexie mentale sont, le fait d'être une femme, être à l'âge de l'adolescence, faire partie d'une société occidentale-libérale. Faire parti d'un milieu dans lequel le corps et son image sont au cœur des préoccupations, est aussi un facteur de risque (danseurs, mannequins, sportifs de haut niveau...)

b- Influence des évènements de vie intrafamiliaux.

La question d'antécédents d'abus sexuels a été étudiée. Les résultats en sont contradictoires.

Selon M.Flament cité par M.Corcus (21), la relation entre abus sexuels dans l'enfance et trouble des conduites alimentaires en termes de co-occurrence n'a rien de spécifique.

De même il n'est pas retrouvé de différence significative entre le pourcentage d'antécédents d'inceste chez les femmes atteintes de troubles des conduites alimentaires et les femmes de la population générale. (21).

Cependant d'autres études sérieuses (voire J.Vanderlinden (100) pour une revue de la littérature), font état de la plus grande fréquence des vécus familiaux traumatisants chez les patients atteints de troubles des conduites alimentaires.

Parmi les vécus familiaux traumatisants retrouvés, l'inceste, la maltraitance physique, le rejet parental, ou bien les désaccords graves du couple parental étaient retrouvés dans 30 % des cas chez des patients atteints de troubles des conduites alimentaires (TCA). (Etude menée par J.Vanderlinden (100) sur une cohorte de 100 patients suivis pour TCA.)

Ce type d'antécédent était retrouvé plus fréquemment en cas de boulimie que d'anorexie : respectivement chez 26 % des anorexiques, 46 % des boulimiques, 66 % des TCA atypiques ou de formes multi-impulsive.

Une étude menée par C.North (74) observe l'impact des événements de vie négatifs sur le développement de l'anorexie mentale.

Son étude démontre que les patients atteints d'anorexie mentale et ayant connu un événement de vie négatif dans l'année qui a précédé l'émergence de la maladie, ont un meilleur pronostic de leur maladie après deux ans de suivi.

Cette étude ne distingue cependant pas les différents types d'évènements de vie négatifs.

On peut imaginer que certains événements de vie difficiles peuvent précipiter la survenue de l'anorexie mentale chez certains patients, mais que ceux-ci parviennent à surmonter leurs difficultés à condition d'une relative bonne santé psychique avant l'évènement, ainsi qu'un étayage familial et social satisfaisant.

D'ailleurs l'étude démontre qu'un fonctionnement familial jugé satisfaisant par l'adolescent anorexique est corrélé à un meilleur pronostic de la maladie à court terme (2 ans).

On peut se poser la question de l'impact d'expériences d'inceste, qui remettent en question les possibilités d'un étayage familial satisfaisant.

Ces différentes études incitent à se montrer attentif à l'impact des événements de vie négatifs, et à rechercher des expériences familiales traumatisantes dans l'histoire du patient.

La prise en charge de contextes familiaux traumatisants pourra faire l'objet de thérapies familiales, d'un soutien psycho-éducatif, voire d'un étayage familial de type socio-éducatif.

II / Approches génétiques de l'anorexie mentale.

Un essai de compréhension du fonctionnement familial dans l'anorexie mentale ne peut se faire sans une étude concernant l'influence des facteurs familiaux sur le développement de la maladie. Dans ces facteurs familiaux, il est à distinguer les facteurs génétiques des facteurs environnementaux.

Nous reprendrons la revue de la littérature faite par J. Vanderlinden pour une brève mise au point concernant l'influence respective de ces deux facteurs. (100).

En effet, la recherche d'arguments en faveur d'une prédisposition innée à l'anorexie mentale semble susciter un intérêt croissant.

1. Etudes de jumeaux.

Classiquement, les études cherchant à démontrer l'existence d'un facteur génétique dans les troubles des conduites alimentaires ont fait appel à la comparaison de jumeaux. Plusieurs études britanniques sont particulièrement instructives.

Une première menée par l'équipe de A.M. Crisp en 1985 (27) porte sur 34 paires de jumeaux et une série de triplés. Parmi les 30 paires de jumelles, 9 des 16 paires (55%) monozygotes et une seule des 14 paires (7%) dizygotes étaient concordantes pour l'anorexie mentale.

Une seconde étude menée par A.J.Holland (48), plus approfondie, a porté sur 59 paires de jumelles : il y avait une concordance pour l'anorexie mentale pour 68 % des paires monozygotes contre 8 % des paires dizygotes. La différence est significative ($P < 004$), ce qui permet de faire la preuve d'une vulnérabilité personnelle de l'individu à ce type de troubles du comportement alimentaire.

La concordance pour la boulimie était similaire dans ces deux groupes (35 % et 29 % respectivement).

Les auteurs ont conclu que les facteurs génétiques rendent compte de plus des quatre cinquièmes de la tendance à développer une anorexie mentale et que le caractère familial de la boulimie s'explique probablement par des facteurs liés à l'environnement.

Dans un article discutant des influences respectives de la génétique et de l'environnement, K.L. Klump et al (55) retrouvent selon la littérature concernant les jumeaux atteints de troubles des conduites alimentaires, une influence de 17 à 46 % des facteurs d'environnement comme pouvant rendre compte du développement de l'anorexie ou de la boulimie.

Il confirme donc la notion d'une influence génétique mise en évidence par A.J.Holland (48).

Ces conclusions sont mises en doute par d'autres études plus récentes. Dans une étude de 11 cas d'anorexie mentale chez des sujets qui avaient un jumeau de même sexe, B.G.H.Waters et coll. (105) n'ont pas retrouvé le même trouble chez l'autre jumeau.

L'hypothèse selon laquelle il existerait une origine en partie génétique à l'anorexie mentale, soulève d'autres types de questionnements : ces facteurs génétiques seraient-ils reliés au trouble anorexie mental lui-même, à un trait de personnalité associé à l'anorexie, ou bien à une vulnérabilité générale prédisposant à des désordres d'ordre psychiatrique ?

Rien pour le moment ne permet de résoudre ces problèmes. (35)

Le problème principal posé par toutes ces études est le fait qu'elles portent sur des jumeaux élevés ensemble. Ainsi on ne peut éliminer une induction d'origine psychique, qui pourrait expliquer la survenue de plusieurs cas d'anorexie mentale dans la même famille.

La preuve d'une vulnérabilité personnelle est faite pour l'anorexie, mais la façon dont elle s'exprime n'est pas claire. Russel (85) propose que ce soit par l'intermédiaire d'une déficience des mécanismes homéostatiques qui assurent normalement un retour au poids normal après une perte de poids. Ceci expliquerait pourquoi dans une société où il est courant de faire des régimes et où la minceur est encouragée, seule une minorité développe une anorexie, probablement ceux qui présentent une vulnérabilité génétique.

Ce débat concernant l'importance relative de l'environnement et du patrimoine génétique ne pourra trouver sa conclusion définitive que grâce à la comparaison de jumeaux monozygotes élevés séparément.

2. Etudes chez les apparentés au premier degré.

Parmi ces études, les travaux les plus récents sont de plus en plus clairement en faveur d'une prédisposition génétique au syndrome d'anorexie mentale.

En 2000, l'équipe de M.Strober et coll. (95) a étudié la prévalence d'anorexie mentale ou de boulimie chez les apparentés au premier degré de personnes atteintes de ces troubles, en comparaison avec un groupe contrôle.

Ils ont détecté également la présence de syndromes partiels d'anorexie ou de boulimie chez ces apparentés. Cette étude portait sur 504 patients et 1831 apparentés au premier degré.

Les résultats montraient une agrégation familiale pour des syndromes partiels d'anorexie chez les apparentés de patients anorexiques et boulimiques.

Le Risque Relatif pour une anorexie mentale avérée était de 11,3 et 12,3 chez les femmes apparentées au premier degré de patientes anorexiques et boulimiques respectivement, contre 1,2 % d'anorexie mentale chez les apparentés au premier degré des sujets témoin.

La boulimie était plus fréquente que l'anorexie chez les apparentés de sujets témoin.

Il y avait une agrégation familiale pour la boulimie également, avec un Risque Relatif d'avoir une boulimie de 4,2 et 4,4 chez les femmes apparentées au premier degré de patients anorexiques et boulimiques respectivement.

Les auteurs concluaient à une origine familiale de ces troubles alimentaires, au vu de leur transmission croisée au sein de ces familles.

La double observation que l'agrégation familiale et que la transmission croisée s'étendait à des expressions plus partielles des syndromes d'anorexie mentale et de boulimie, ont amené les auteurs à parler d'une susceptibilité familiale pour ce types de troubles, sur un continuum allant de perturbations minimales du comportement alimentaires aux syndromes complets d'anorexie ou de boulimie.

Même si l'on parle dans cette étude d'une forte présomption pour une origine génétique en évoquant l'agrégation familiale ou la transmission croisée, rien ne permet encore de faire la part entre la participation génétique et celle de l'environnement.

3. Arguments formels en termes d'héritabilité de l'anorexie mentale.

Certains auteurs considèrent que l'héritabilité, c'est-à-dire le poids des facteurs génétiques par rapport à l'environnement, est estimée à 50-70%.

K.A.Halmi et al dans une étude (45) estiment que les formes endogènes de troubles des conduites alimentaires avec dimension obsessionnelle et dépressive des troubles se recrutent préférentiellement chez les anorexiques restrictives pures, tandis que les formes borderline, où l'influence de l'environnement est prévalente, se retrouve plus volontiers chez les anorexiques purging type et les boulimiques. Ils estiment à cet égard que le "perfectionnisme" est une caractéristique clinique singulière et discriminante dans l'anorexie et qu'elle renvoie à une vulnérabilité génétique.

Les gènes impliqués pour l'anorexie connus prennent une part de plus en plus importante dans ces facteurs d'héritabilité.

L'équipe de Collier (17) avait mis en évidence l'association significative d'un allèle du gène codant pour le récepteur serotoninergique 5HT2A et anorexie mentale. Cependant cet allèle de vulnérabilité n'augmentait le risque relatif que de 1,8%.

Plus récemment encore, l'équipe de Grice a mis en évidence la localisation sur le génome d'un autre locus de susceptibilité pour l'anorexie. (39).

Leur étude a porté sur un échantillon réduit de 37 familles au sein desquelles il y avait au moins

deux personnes apparentées au premier degré et qui présentaient une anorexie restrictive pure sévère, en l'absence de boulimies ou de conduites purgatives, ceci afin d'obtenir le groupe de patients le plus homogène possible.

La comparaison par technique de « linkage analysis », qui permet de marquer le génome avec différents marqueurs, montre pour les cas étudiés une convergence des marqueurs aboutissant à un pic au niveau du locus D1S3721 du chromosome 1, argument en faveur d'un gène de susceptibilité pour l'anorexie mentale restrictive sur ce locus.

Ils ont démontré que cet allèle de vulnérabilité augmentait le risque relatif de 3,45% d'être touché par l'anorexie mentale restrictive pure.

Selon ces données, les augmentations du risque relatif restent modérées et il faut donc exclure la notion de gène candidat car la transmission est probablement oligogénique voire polygénique.

Il semblerait que les études de génétique vont plus dans le sens d'une endogénicité plus le trouble alimentaire se rapproche d'une anorexie restrictive non « purging type » au sens du DSMIV et sans boulimie.

4. Conclusion.

Si la preuve d'une héritabilité de l'anorexie mentale est faite, il reste que celle-ci se fait de manière au moins oligogénique voire polygénique.

Il s'agit donc vraisemblablement d'une vulnérabilité génétique qui s'exprimera chez telle ou telle personne en fonction de l'influence d'autres facteurs.

C'est donc dans une perspective intégrative et multifactorielle que nous pouvons comprendre l'influence de la génétique dans l'apparition de cette maladie.

III/ Approches psychanalytiques de l'anorexie mentale.

Cette partie va traiter principalement des études psychanalytiques qui ont eu cours jusqu'à aujourd'hui, de l'évolution de la pensée psychanalytique autour de l'anorexie, et nous verrons comment elles peuvent contribuer à nous faire comprendre la problématique anorexique d'un point de vue familial.

En effet même si l'objet de la psychanalyse est le déroulement des conflits intrapsychiques, ceux-ci sont connectés d'une manière ou d'une autre aux relations du sujet avec l'extérieur.

L'évolution des modèles psychanalytiques jusqu'à aujourd'hui a suivi assez fidèlement le mouvement régrédient qui caractérise les troubles des conduites alimentaires et plus particulièrement de l'anorexie mentale. Nous verrons que nous sommes passés d'un modèle proche de l'hystérie, à celui d'une pathologie sévère du Moi, prenant ses racines dans la première enfance. L'accent s'est ainsi déplacé des contenus fantasmatiques et de la problématique libidinale génitale, à une pathologie de l'incorporation et des assises narcissiques, mettant en échec le processus d'individuation.

Nous verrons que les apports les plus récents de la psychanalyse font de plus en plus clairement un lien entre les troubles des conduites alimentaires et les conduites relationnelles du sujet.

1. L'approche par le symptôme « anorexie ».

Les premières considérations sur l'anorexie mentale de nature psychanalytiques sont les études qui se sont centrées sur le symptôme, c'est-à-dire qui ont fait de la difficulté de s'alimenter le centre de leur intérêt. Nous les reprendrons schématiquement.

Ces observations incluaient souvent les cas de vomissements psychogènes, et d'autres formes de troubles de l'alimentation d'origine névrotique.

A la base ces recherches reposent toutes sur l'hypothèse de Freud selon laquelle le délabrement de l'instinct de nutrition est lié à l'impossibilité pour l'organisme de maîtriser les excitations sexuelles. En mettant l'accent uniquement sur la signification « orale » de la maladie et sur sa relation avec la sexualité, elles seront jugées imparfaites par certains auteurs. (13).

H.Bruch (13) relate un des premier cas d'anorexie mentale traité par la psychanalyse a été

présenté en 1929 par Maria Oberholzer devant la société suisse de psychanalyse. Il y était question d'une fillette de 13 ans qui présentait une perte de poids importante associée à un dégoût de la nourriture et une perte de la sensation de faim. Ses vomissements étaient si importants qu'on craignait un spasme du pylore.

L'analyse révéla une intense fixation au père et le désir d'avoir un enfant de lui; c'est ce qui était considéré comme la motivation psychique de ses vomissements.

On interprétait cependant ce refus de nourriture comme lié au désir du pénis, chose qu'on n'observait pas généralement dans les vomissements d'origine névrotique. Ainsi on décrivit l'anorexie comme ayant surgi des conflits entre le désir d'être comme un homme et le désir d'avoir un enfant du père.

Le cas était représenté six ans après avec une évolution jugée favorable et un diagnostic porté d'hystérie, bien que la discussion ait été soulevée au sujet d'un possible schizophrénie.

D'autres psychanalystes virent derrière le problème de l'anorexie l'expression symbolique d'un conflit sexuel intériorisé. Ils s'efforcèrent de plus en plus de déterminer de façon spécifique la nature de ce conflit. Le point culminant de ces recherches se trouve dans un texte publié en 1940 par Waller, Kaufman et Deutsch : (103)

« Les facteurs psychologiques qui tournent autour de la symbolisation de fantasmes de grossesse ont une certaine constellation spécifique qui touche toute la région gastro-intestinale...(...) Le désir d'être enceinte par la bouche qui aboutit parfois à une prise de nourriture compulsive ou qui provoque la culpabilité et le rejet de nourriture, par conséquent, la constipation qui symbolise l'enfant dans le ventre et l'aménorrhée, sont les conséquences psychologiques directes des fantasmes de grossesse. L'aménorrhée peut faire également partie du refus de sexualité génitale. »

D'après les auteurs, les troubles de l'alimentation sont en relation avec les conflits dans la famille et le syndrome est accéléré par le besoin de s'adapter à la vie adulte, et les malades anorexiques au lieu de cela régressent jusqu'à un niveau infantile.

L'idée que l'anorexie mentale exprime un refus de la sexualité, et en particulier des fantasmes de « fécondation orale » a dominé la pensée clinique jusque dans les années 1970.

A.H.Crisp en 1980 (25) a suggéré que l'anorexie se développe quand la jeune adolescente ne peut plus affronter les conflits générés par sa sexualité naissante. Elle s'en échappe en provoquant une perte de poids qui entraîne une régression biologique.

M.Corcus en reprenant l'évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires (23), considère que les premiers psychanalystes qui ont eu à s'occuper d'anorexiques ont été conduits à mettre en avant le rôle de la régression devant la sexualité génitale, celle-ci étant massivement déniée par les patientes qui »symptomatiquement « gommaient » les manifestations sexuelles secondaires émanant du processus pubertaire.

C'est ainsi qu'un double mouvement affecterait la sexualité génitale : l'un amène à déplacer les représentations la concernant sur l'oralité et à conflictualiser celle-ci qui fait l'objet de dégoût, d'inhibition et de refoulement; l'autre, plus authentiquement régressif, conduit à une réactivation des relations d'objet et d'un érotisme qui appartient aux stades antérieurs de la libido, anal et oral.

On a pu ainsi rattacher à l'oralité le refus de manger comme un désir et une peur

(investissements et contre-investissements étroitement mêlés) liés à des fantasmes inconscients de pénétration orale du pénis paternel et de la fécondation orale.

Dès lors la phobie de grossir pouvait être comprise comme un refoulement et un contre-investissement d'un désir de grossesse incestueuse.

Nous nous situons dans un modèle proche de l'hystérie.

Pour M.Corcros (23), la fonction économique de cette régression orale et de son contre-investissement est le maintien d'un fantasme d'union orale où la question du sexe biologique du sujet (et donc de la séparation d'avec l'objet maternel) n'est pas centrale comme elle peut l'être lors de l'avènement et du développement d'une sexualité génitale.

2. Les approches par la fonction de nourrissage.

Parallèlement, certains auteurs ont de plus en plus cherché à mettre l'accent sur les facteurs qui ont contribué à produire un conditionnement préalable chez le futur anorexique, sur les expériences liées à l'alimentation, ce qui revient finalement à se rapporter à l'environnement uniquement en fonction d'une sous-alimentation ou d'une suralimentation.

Meyer et Weinroth (68) ont souligné que la crise de la puberté a donné lieu à des interprétations erronées des conflits oedipiens dans la genèse de l'anorexie mentale. Pour étudier un symptôme ou un syndrome en fonction d'un ensemble d'expériences critiques, comme par exemple la lutte des tendances oedippiennes, il faut pouvoir montrer ses liens avec les effets des tendances antérieures, pré-oedippiennes.

L'allaitement est une expérience qui semble être souvent l'occasion de trauma, de rejet, de confusion, de frustrations, l'annonce de conflits ouverts qui surgissent ultérieurement.

Nemiah (71) a démontré qu'on peut prévoir ce que produit l'attitude trop protectrice d'une mère, c'est-à-dire une dépendance excessive, une obéissance inconditionnelle, et espèce de passivité et un manque de confiance, phénomènes qui apparaissent très tôt chez de nombreux anorexiques.

Petit à petit apparaissent à partir de réflexions autour de l'oralité, des hypothèses sur un lien mère-enfant particulier qui se développe autour de la fonction de nourrissage des mères, pour expliquer l'émergence de l'anorexie mentale chez un sujet.

Selon Corcos (23), penser la problématique en termes d'incorporation et non pas d'introjection, de pulsions partielles émanant du ÇA plutôt que de défaillances du Moi, d'oralité plutôt que de génitalité revenait in fine à sous-entendre que cette problématique se jouait au plus près de la construction identitaire psychique et corporelle du sujet au regard de l'objet pourvoyeur de soins, et de mettre en exergue la dimension dépressive de la personnalité.

3. Les recherches basées sur le style de vie de l'anorexique.

Les années 1930 sont marquées pour l'anorexie mentale de la prédominance des conceptions endocrinologiques pour expliquer ce syndrome. Celles-ci sont tenues pour acquises par la majorité des médecins de l'époque.

Il n'empêche que les psychanalystes s'intéressent de près à cette maladie, et c'est dans la perspective d'une vision intégrative de ce trouble que Meng emploie en 1944 le terme de « psychose organique ». (67)

Il remarquait en effet que la régression au cours de l'anorexie mentale dépassait tout ce qu'il avait pu observer au cours des névroses et il la comparait à la régression des psychoses. Cette régression était beaucoup plus profonde et instinctuelle que celle des névrotiques. Le terme de « psychose organique » n'a pas été retenu par le reste de la communauté scientifique parce que trop paradoxal par essence, mais son idée novatrice de la déformation de la structure du Moi demeure valide encore aujourd'hui.

Il décrit en particulier le fait que les anorexiques se plaignaient comme les schizophrènes d'une dépersonnalisation, et de leur inaptitude à reconnaître leurs vrais sentiments.

Dans une perspective similaire, Nicolle en 1938 rendit compte d'importantes observations suivant lesquelles elle était à même de faire la différence entre l'anorexie mentale et le refus de nourriture symptomatique de l'hystérie. (72)

Nicolle considérait que l'anorexie mentale était une affection mentale grave, souvent un état prépsychotique, qu'il était nécessaire de distinguer de l'hystérie si l'on voulait trouver un traitement qui convienne. Elle mit en parallèle deux malades qui étaient en traitement, l'une pour anorexie mentale, l'autre pour hystérie.

« L'hystérique fait montre de son incapacité à manger et elle mange quand cela lui convient indiscutablement; l'anorexique cherche à dissimuler le fait qu'elle ne mange pas. L'hystérique cherche à provoquer la sympathie. Cela ne ressemble pas à l'anorexique, mais elle peut prendre plaisir, de façon plus ou moins directe, à tourmenter les gens et à les décevoir. Je dirai que le projet de l'anorexique qui consiste à s'affamer, a une importance fondamentale. »

Elle attira l'attention sur les aspects potentiellement schizophrènes de l'anorexie mentale et comparait son état affectif avec celui qui avait été décrit antérieurement au cours du diagnostic de schizophrénie où les malades font preuve à la fois d'un caractère superficiel et d'atonie sentimentale.

Selon Corcos (23), les auteurs vont conférer au symptôme non plus seulement la signification d'une issue du conflit pulsionnel, mais la finalité de répondre aux failles d'ordre psychotique de l'organisation du Moi par la tentative de rétablissement de l'unité mère-enfant. On est passé d'un modèle proche de l'hystérie à celui d'une pathologie sévère du Moi, prenant ses racines dans la première enfance.

L'accent s'est ainsi déplacé des contenus fantasmatiques et de la problématique libidinale génitale, à une pathologie de l'incorporation et des assises narcissiques, mettant en échec les processus d'individuation.

4. La notion d'une problématique du « lien à l'autre » dans l'anorexie mentale.

Bruch reprend en 1973 dans « Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique »(13), l'observation du « Cas d'Ellen West » publiée par Binswanger en 1944 et 1945, qui relate les expériences intérieures d'une jeune femme atteinte d'anorexie mentale et de boulimie. Il s'agit d'un cas d'anorexie même si le diagnostic n'est pas posé ainsi dans son observation.

Il est fait mention bien entendu des préoccupations alimentaires de cette jeune femme, habitée par deux envies paradoxales, celle de maigrir à tout prix et son désir indéfectible de manger. Ces deux forces opposées sont décrite par la patiente comme « des pouvoirs maléfiques qui sont plus forts que moi » et contre lesquels elle se bat mais sans pouvoir avoir de prise sur eux ni les atteindre.

Bruch (13) considère cette image comme un des aspects essentiels de l'anorexie et qu'elle appelle « un sentiment d'inefficacité qui envahit tout. »

Un autre élément remarquable de cette observation est la référence à l'isolement et à la solitude, l'impression d'être coupée de la vraie vie, la sensation qu'a la jeune femme de manquer complètement de liens.

Un autre élément essentiel du diagnostic d'anorexie, présent dans cette observation, est cette perturbation de l'image corporelle décrite par Bruch dès 1962 sous le terme de « peur morbide de grossir », élément qui est maintenant incorporé aux critères de diagnostic de la maladie dans les classifications internationales. (4).

A partir de cette observation, Hilde Bruch relie la problématique corporelle et symptomatique à celle d'un lien à l'autre.

Pour résumer la pensée de Bruch, trois catégories de désordres psychologiques sont repérables dans l'anorexie mentale (13) : une perturbation de l'image du corps et du concept corporel, une perturbation de la perception ou de l'interprétation cognitive des signaux intéroceptifs indiquant un besoin nutritionnel, et ces perturbations à la fois conceptuelles et perceptives de la conscience du corps, seraient le résultat d'un grave problème de communication établi à partir d' « une mauvaise organisation précoce ».

Bruch conclut (13), que « quoique l'idée fixe de manger et de grossir apparaissent dans le tableau d'ensemble comme ce qui domine, d'après mon expérience les troubles dans l'anorexie mentale, essentiellement sous-jacents, sont liés chez les malades à une défectuosité de la conscience de soi et à des expériences perturbées avec les autres. C'est seulement en concentrant tous nos efforts sur ces déficiences que nous serons capables de trouver une thérapeutique efficace pour ces malades désespérés. »

Dans cette perspective émerge l'hypothèse d'une problématique du lien à l'autre pour rendre compte du développement d'une anorexie mentale.

C'est au cours des interactions précoces mère-bébé, dans le nourrissage, qu'une juste adaptation de la mère aux réels besoins de l'enfant n'a pas eu lieu.

C'est une interaction marquée par un investissement ambivalent et narcissique de la mère vers son enfant, qui ne laisse pas de place au désir propre de l'enfant. Celui-ci n'apprend pas à s'étayer sur ses sensations physiologiques, non reconnus comme signaux valides par la mère. Le bébé s'étaye ainsi principalement sur le désir narcissique de la mère.

C'est ainsi que naissent les perturbations de la conscience interoceptive et perceptive du corps chez le futur malade, la difficulté d'une réelle conscience de soi et de ses propres ressources.

Ces difficultés sont le résultat pour H Bruch d'un avatar de la relation précoce mère-bébé, dans un investissement narcissique de la mère à son enfant.

Les hypothèses psychopathologiques en faveur d'une pathologie du lien et de la relation d'objet seront développées par P.Jeammet et B.Brusset.

5. Les approches en faveur d'une structure propre, entre psychose et névrose, voire « psychosomatique », de l'anorexie mentale.

a- Arguments en faveur d'une structure psychosomatique des patientes anorexiques.

Lors du symposium de Göttingen sous la direction de Meyer et Feldmann en 1965, est officialisée un tournant dans la conception psychopathologique de l'anorexie mentale.

Il en ressort alors des conclusions communes : l'anorexie mentale a une structure spécifique; le conflit essentiel se situe au niveau du corps et non au niveau des fonctions alimentaires sexuellement investies; elle exprime une incapacité d'assumer le rôle génital et les transformations corporelles propres à la puberté.

D'ailleurs le modèle de la maladie psychosomatique est un modèle psychopathologique qui a été souvent retenu, d'après Corcos (23), pour rendre compte de la structure psychique des anorexiques.

On retiendra pour aller dans ce sens chez ce type de patientes, les difficultés associatives, la pauvreté ou l'absence d'élaboration des fantasmes, la tendance à la reduplication projective, l'entrave aux capacités projectives prisonnières des formations de caractère et de l'adhérence à la réalité objective qui évoquent des difficultés de liaison entre processus primaire et secondaire, une carence du rôle du préconscient, que l'on retrouve dans la pensée opératoire des malades décrits par Marty.

Ces conclusions mettant le corps au centre de la problématique de l'anorexique, et considérant les difficultés psychiques de ces patientes à mi-chemin entre psychose et névrose, vont alors être reprises et développées dans des voies spécifiques par différents auteurs.

Bruch en décrivant « la peur morbide de grossir », considère que le trouble fondamental et pathognomonique, est un trouble de l'image du corps, secondaire à des perturbations de la

perception intéroceptive. L'ampleur de cette triade : trouble de l'image du corps, de la perception intéroceptive, et de l'autonomie prend un caractère déréel, sinon délirant, et place l'anorexie primaire dans la lignée des schizophrénies dont elle constituerait une forme particulière.

Selvini-Palazzoli (L'anorexie Mentale) en 1982 fait de l'anorexie mentale une forme de « psychose mono symptomatique » qu'elle qualifie de paranoïa intra personnelle » et qui se situe à mi-chemin entre les positions schizoparanoïdes et dépressives.

Elle fait l'hypothèse que l'anorexie est une lutte contre l'impulsion boulimique.

Kestemberg et coll., cités par Bruch (13), en 1972 mettaient en avant les modalités spécifiques de la régression et de l'organisation pulsionnelle. La régression est vertigineuse en ce qu'elle ne rencontre aucun point de fixation et d'organisation au niveau des zones érogènes. Celles-ci, dans leurs modalités spécifiques d'organisation de la relation objectale, sont « inefficaces », « balayées » par le mouvement régressif qui ne trouve à s'arrêter qu'au niveau de ce que les auteurs appellent les précurseurs de la relation avec l'objet et de l'organisation du Moi et qu'ils conceptualisent dans une acceptation très originale du Soi.

La conduite boulimique est alors considérée comme une tentative de résolution dans un acte, un plaisir plus ou moins dénié, de ces conflits fondamentaux de l'anorexie mentale.

b- Vers une théorisation des structures limites de la personnalité.

Dans « la faim et le corps » en 1977 E.Kestemberg et coll. (53) s'interrogent sur la structure de personnalité des patientes anorexiques. Ils appelleront celle-ci « psychose froide ».

En effet ils mettent en évidence chez l'anorexique une fantasmatisation assez riche, composée de fantasmes archaïques et mégalomaniaques, un Surmoi et un Idéal du Moi archaïques confondus, des investissements narcissiques massifs contrecarrés par des investissements libidinaux très pauvres et surtout la dissociation de ce corps « qui n'en est pas un, qui n'est qu'un tube représentant tous les appareils anatomiques réduits à un seul » témoignant de l'indistinction de zones érogènes.

Ces patientes connaissent des difficultés d'introjection relayée par des mécanismes d'identification projective, et se traduisant chez elles par la non différenciation des imagos paternelles et maternelles, au profit du fantasme de mère toute puissante.

On retrouve également chez ces patientes une incapacité d'aménagement de la position dépressive, le refus de la perte d'objet ne la permettant pas, le mécanisme alors prévalant étant la fusion avec un objet idéal.

Ces difficultés aboutissent à une relation d'objet de type fétichique chez ces patientes, que nous reprendrons ultérieurement en développant la pensée de P.Jeammet.

On se retrouve face à un Moi primitif d'un niveau préobjectal, lieu de clivage préservant les activités cognitives séparées du Moi corporel.

Ce n'est pas tant la réalité extérieure qui est déniée que la réalité du corps propre et le clivage du Moi permet de maintenir le principe de réalité dans certains secteurs notamment cognitifs.

Cette théorisation autour d'une « psychose froide » (54) sera reprise par d'autres auteurs pour décrire des structures de personnalité se situant entre la psychose et la névrose, comme les organisations limites de la personnalité d'O.Kernberg (52), la psychose blanche d'A.Green (38) ou bien la personnalité dépressive de J.Bergeret.

Ces structures de personnalité auraient en commun:

- un Moi vulnérable à la fois rigide et sans cohésion, lieu de clivage,
- un Idéal du Moi hypertrophié qui remplace le Surmoi qui manque de maturation
- une organisation oedipienne mal structurée, les deux imagos parentales n'étant pas identifiées selon le critère de leur identité sexuée, mais selon leur qualité bonne ou mauvaise clivée, (ambisexualité psychique pour E.Kestemberg, tri-bi-angulation pour A.Green)
- la négation de l'ambivalence, et le mauvais objet est un contenu à évacuer par le mécanisme de l'identification projective,
- des mécanismes de défense archaïques prévalents, tels que le clivage qui protège le moi des conflits mais qui nuit aux processus d'intégration, et d'autres mécanismes primitifs sous-tendus par le clivage, tels que l'idéalisation primitive, le déni, l'omnipotence et la dévalorisation.
- L'angoisse de la perte d'objet prévalente (plutôt qu'angoisse de castration),
- une pathologie des relations d'objet,
- une faillite de la constitution de l'espace transitionnel, un défaut d'élaboration de la position dépressive.

E.Kestemberg et coll. (53) parlent également de cette pensée « sans racines qui donne chez l'anorexique cette impression qu'elle fonctionne comme un automate », la présence de la perversion au niveau profond de l'instinct apporterait une satisfaction à la non-satisfaction, le « non-assouvissement du besoin vital qu'est la faim, provoquant un vrai orgasme, l'orgasme de la faim ».

Pour ces auteurs, la satisfaction du « masochisme érogène », porteur de mort dans cette pathologie et ne se rendant plus gardien de la vie, atteste l'existence d'une étiopathogénie de type psychosomatique.

Dans l'anorexie, tout se passe comme si la libido au service de la pulsion de mort par la satisfaction orgastique de la faim, n'assurait plus son rôle de créer un lien avec l'objet. Elle est détournée de l'objet par un processus autocentré, jusqu'à la mort. Les personnes atteintes d'anorexie ont été incapables de développer un masochisme érogène gardien de la vie.

Cette dimension destructrice des auto-érotismes, déconnectés des fantasmes, dans leur vaine visée expulsive de l'objet, évoque parfois les défenses autistiques.

Ces différentes études psychopathologiques, avec chacune leur approche et leur théorisation propre, placent la problématique de l'identité au coeur des troubles des conduites alimentaires. Elles soulignent l'importance du conflit dépendance/autonomie et la vulnérabilité fondamentale de ces sujets qui sera développée par Jeammet.

Les questions de la psychose froide, psychose blanche, et des pathologies limites amènent à s'interroger sur leur rapport avec le modèle des addictions, puisque tous ces auteurs (11), (38), (52), (54) s'accordent pour dire qu'il existe un lien étroit entre pathologies limites et conduites addictives.

La question d'une structure spécifique des addictions a ensuite été débattue, mais finalement, nous verrons que les auteurs confirmeront ce rapprochement entre pathologies narcissiques (personnalités narcissiques, limites et psychopathiques) et conduites addictives autour des failles des assises narcissiques, avec le dysfonctionnement du processus de séparation/individuation en position centrale.

6. Une problématique de la dépendance.

Ce sont principalement les travaux de Jeammet et Brusset qui ont permis de mettre en évidence la dimension addictive des troubles des conduites alimentaires, et de les faire entrer dans le vaste champ des toxicomanies. Nous reprendrons schématiquement la pensée de P.Jeammet (50), qui nous permettra de replacer la problématique de l'anorexique au sein de sa dépendance relationnelle et ainsi de nous rapprocher de notre propos concernant les liens familiaux dans l'anorexie.

Tout d'abord, P.Jeammet souligne que sous l'apparente simplicité des troubles des conduites alimentaires, lié au caractère très stéréotypé de leur expression comportementale, se cache une grande diversité et une grande complexité :

- les troubles des conduites alimentaires occupent une position carrefour entre l'enfance et l'âge adulte, comme l'illustre leur survenue électorale à l'adolescence;
- entre le psychique et le somatique;
- entre l'individuel et le social;
- et entre ces deux derniers dans une problématique du groupe familial.

Cette position carrefour révèle le lien probable entre ces troubles et les processus de changement :

- sensibilité aux changements pubertaires et à l'accès à l'autonomie;
- sensibilité aux changements sociaux culturels;
- impossibilité d'une expression purement psychique et représentationnelle de ces difficultés, et nécessité d'une expression agie comportementale et à une inscription corporelle.

a- La relation d'objet chez les anorexiques.

Au delà du caractère répétitif et stéréotypé du symptôme, les troubles des conduites alimentaires révèlent une dynamique spécifique des relations et des investissements.

L'observation des attitudes et des comportements de ces patientes montre à l'oeuvre des couples d'opposés et des jeux d'équilibre entre des contraires, entre le manifeste et le latent.

Le couple antagoniste anorexie/boulimie en est l'expression la plus manifeste. Selon Jeammet (50), il n'y a pas d'anorexiques qui ne craignent de devenir boulimiques.

La peur de grossir décrite par Bruch, le désir de maigrir davantage, le contrôle des calories ingérées, les tris d'aliments, les prises de laxatifs ou de diurétiques, la surveillance anxieuse de leurs formes physiques, apparaissent comme autant de contre-investissements d'un désir boulimique tyrannique qui s'exprime plus directement chez les anorexiques restrictives au travers des manifestations de leur « passion » pour la nourriture : collection de recettes, fascination pour les étalages de nourriture, volonté de nourrir les autres etc...

Les études catamnétiques, toujours selon Jeammet (50), concernant le devenir des patientes

anorexiques 4 ans après leur prise en charge thérapeutique, montrent que les troubles des conduites alimentaires ont disparu chez 80% d'entre elles, mais que 50% présentent des difficultés psychiques notables de trois types principaux : troubles dépressifs, phobiques et hypocondriaques.

Cette constatation chez Jeammet l'amène à penser que l'anorexie est un concept transnosographique et que cette pathologie ne relève pas d'une structure psychologique spécifique, mais témoigne d'une modalité particulière des investissements du sujet et en particulier de ses relations d'objet.

Il constate en effet que la nature des relations d'objet chez les anorexiques place leurs modalités d'investissement selon deux grands types :

- une relation de type passionnel,
- ou une attitude de retrait des investissements.

Il s'agit en fait de deux modalités relationnelles en miroir qui ont en commun d'être le renversement en son contraire l'une de l'autre, avec des résultats apparemment opposés quand à la relation établie, mais en fait relevant du même type de relation d'objet.

Celle-ci se caractérise par la massivité de l'engagement narcissique et la mauvaise différenciation sujet/objet, qui témoigne de la prééminence de ce que Jeammet a appelé à la suite de Green « le registre de l'archaïque ».

Dans les deux cas de relations décrites ci-dessus, on retrouve la massivité des investissements et au niveau du fonctionnement mental, le défaut des possibilités de déplacement et donc l'absence de défenses à la fois solides et nuancées.

Toute relation suivie engage massivement le Moi et compromet l'équilibre narcissique.

- dans le premier cas de relation de type passionnel, toute menace sur cette relation entraîne l'émergence d'un vécu persécutif à tonalité paranoïaque plus ou moins affirmée tandis que la personnalité s'organise sur un mode sensitif;
- dans le second cas, le danger des investissements se traduit, au mieux par des aménagements phobiques en général mal focalisés et extensifs, au pire par des attitudes de retrait et de désinvestissement qui peuvent conduire à un désinvestissement extensif des liens et par là une progressive psychotisation de la relation.

Ces études sur le devenir montrent clairement que le risque majeur, au sens psychodynamique, se situe dans l'extension de la conduite anorexique à l'ensemble des investissements.

Cette progressive anorexie des investissements illustre a posteriori la fonction de focalisation des conflits de la conduite anorexique, mais aussi l'étroite analogie qui existe entre la relation que l'anorexique entretient avec la nourriture, l'image de son corps, et ses investissements objectaux.

La conduite anorexique comporte une dimension phobique avec tentative de déplacement et de projection du fantasme de désir anxiogènes sur un objet extérieur.

On peut d'ailleurs constater, en tout cas au début de la conduite anorexique, que le développement de celle-ci permet de protéger les autres investissements de ces patientes, en particulier les investissements scolaires, qui sont en général particulièrement satisfaisants, mais aussi les investissements de la relation aux plus proches, notamment aux parents, et en particulier à la mère, préservée en apparence de toute conflictualité.

Le passage chez ces patientes d'une phobie de grossir à un désir de minceur reflète le passage d'une position phobique à un contre-investissement par lequel le sujet tente de contrôler ses désirs et de les réprimer, en l'occurrence ce que Jeammet regroupe sous l'appellation globale

d' « appétence objectale ».

b- Trouble des conduites alimentaires/troubles des conduites relationnelles.

La relation à l'alimentation est ainsi le prototype de l'ensemble des relations. Celles-ci sont faites d'une lutte active contre un désir de s'approprier ce qui leur manque, un désir de se remplir sans restriction, désir contre lequel les anorexiques luttent par la conduite opposée de privation, de ce qui, en fait, leur fait le plus envie.

Jeammet (50) note dans ce sens le fait que toute relation chez ces patientes est vécue non pas sur le mode de l'échange, mais sur celui du vol réciproque.

En effet désirer n'est plus éprouvé comme un plaisir du Moi, une potentialité d'épanouissement de celui-ci dans la quête et la rencontre avec l'objet désiré, mais comme une menace de l'objet sur le Moi, et comme un pouvoir conféré à l'objet. Le désir ne sert plus à soutenir et enrichir le Moi, il est devenu le cheval de Troie de l'objet au sein du Moi.

Jeammet va ensuite développer ce qui se passe dans les relations qu'entretiennent les anorexiques avec leur mère :

Pour une jeune fille dans ce type de pathologies, se rapprocher de la mère dans un mouvement identificatoire, ce n'est pas devenir comme la mère, c'est se substituer à celle-ci et, de plus ce fantasme prend d'autant plus de poids qu'il entre en résonance avec la complicité incestueuse et en deçà de l'inceste, avec la complicité narcissique d'un ou des deux parents.

Les patientes anorexiques ont une peur de l'objet, et plus encore du besoin qu'elles peuvent avoir de cet objet, qui les amène à éviter les situations où une relation d'investissement s'établit avec l'autre. Elles ont besoin de maîtriser et de réprimer leurs émotions, de tirer satisfaction de la non-satisfaction de leurs besoins pour se prouver qu'elles n'ont besoin de rien, l'objet ne saurait leur manquer parce qu'elles ne manquent de rien.

L'abandon du trouble du comportement alimentaire comme substitut objectal, pourrait les désorganiser.

Le trouble du comportement alimentaire est une défense contre la peur d'être envahi par cet objet, le besoin de celui-ci étant tel que dès qu'elles ont une relation de plaisir avec quelqu'un, dès qu'elles ont une relation de proximité, celle-ci constitue une menace narcissique.

Un exemple frappant de cette idée est le fait que nous observons fréquemment des déclin sur le plan symptomatique et physique chez certaines patientes anorexiques qui investissent leur lieu psychothérapique jusqu'à l'établissement d'un transfert. La patiente se protège alors de cet investissement par un renforcement de ses conduites anorexiques, le trouble du comportement alimentaire endossant la fonction de limite entre soi et l'objet.

La seule chose qu'elles perçoivent comme étant vraiment à elles, le Soi, c'est le comportement en tant qu'il échappe au désir de l'autre.

Or, souligne Jeammet (50), justement ces patientes se rencontrent le plus souvent dans des familles où revient le souhait exprimé par les parents que leur fille ne puisse pas leur reprocher quoique ce soit, évitant par là toute conflictualité qui serait pourtant le seul moyen d'élaborer une différence avec eux.

c- Une dépendance sans produit, une dépendance à l'objet.

Pour M.Corcus (22), les troubles du comportement alimentaire sont paradigmatiques de ce qu'il appelle les aménagements de la dépendance; la dépendance pouvant être décrite comme l'utilisation à des fins défensives de la réalité perceptivo-motrice comme contre-investissements d'une réalité psychique interne défaillante ou menaçante.

Dans cette perspective la dépendance est une virtualité sinon une constante du fonctionnement mental car il existe toujours un jeu dialectique d'investissement et de contre-investissement entre la réalité psychique interne et la réalité externe du monde perceptivo-moteur. Elle pose problème dans la mesure où elle devient un mode prévalent et durable de ce fonctionnement au détriment d'autres modalités.

Il s'agit donc d'une modalité de fonctionnement susceptible de concerner des structures et organisations psychiques différentes, et d'apparaître ou de disparaître en fonction des variations de la conjoncture interne et environnementale à laquelle elle est par définition extrêmement sensible. Vont devenir dépendants ceux qui vont utiliser de façon dominante, contraignante, la réalité externe, c'est-à-dire le monde perceptivo-moteur pour contre investir une réalité interne sur laquelle ils ne peuvent pas s'appuyer car elle ne leur donne pas la sécurité interne nécessaire, base de cette relative liberté.

Une réalité interne suffisamment sécurisante offre en cas de conflit ou de difficultés, une possibilité de régression qui n'est pas synonyme de désorganisation. Les sujets dépendants ne disposent pas, pour de multiples raisons, de cette base suffisamment sécurisante au niveau de leur réalité interne.

La question de la maîtrise du lien et du contrôle de la distance aux objets devient centrale. Le travail psychique d'intériorisation et de recours à la satisfaction hallucinatoire de désir s'efface au profit du surinvestissement du contrôle perceptivo-moteur. On se retrouve face à cet apparent paradoxe que c'est cet accroissement potentiel de la dépendance aux objets externes et de leur importance pour assurer l'équilibre interne qui rend cette relation si difficile à aménager et ces objets si intolérables. Comme toujours quand l'équilibre narcissique est massivement dépendant d'appuis externes, les phénomènes de réaction en miroir sont sollicités en une sorte de réflexe de protection de l'identité. Le Moi cherche à rendre dépendant de lui l'objet dont il dépend.

L'importance de la dépendance se traduit en parallèle par la force des mécanismes d'emprise mis à l'oeuvre à l'égard de l'objet de dépendance et par l'importance de l'investissement du monde psychique interne des représentations et des affects. Simultanément le plaisir d'emprise prend le pas sur le plaisir de la satisfaction.

- d- Le point de vue économique et la place du symptôme dans la dynamique propre du patient.

En s'intéressant au point de vue économique, nous sortons de la question évoquée plus haut de savoir s'il existerait ou non une structure propre des addictions ou de l'anorexie mentale, pour nous recentrer sur la fonction du symptôme.

Pour J.Bergeret (11), il n'existerait pas de structure psychique profonde de l'addiction, puisque celle-ci est une tentative de défense et de régulation contre les déficiences ou les failles occasionnelles de la structure profonde en cause.

Selon E.Kestemberg (53), il s'agit pour les patientes anorectiques de protéger leur Moi de l'éclatement psychotique, de protéger leur intégrité narcissique, en protégeant les bons objets de l'attaque des mauvais.

« Ainsi, leur fantasmatisation, le niveau de régression atteint, celui de 'organisation des conflits nous laisse percevoir que ces anorectiques, tels les autistes, n'ont pu que se replier, rompre une relation objectale toujours vécue comme dangereuse, intrusive et destructrice, pour nouer avec eux-mêmes une relation destinée à les protéger mais qui en fait sournoisement les détruit. »

Pour O.Kernberg (52), si les patients limites et les schizophrènes ont en commun des relations d'objet internalisé pathologiques et une prédominance des opérations défensives primitives, ces mécanismes défensifs n'ont pas la même fonction pour ces deux catégories de patients.

Ils protègent le patient limite d'une ambivalence intense et d'une redoutable contamination et détérioration de toutes les relations d'amour par la haine, d'une destruction des bons objets par les mauvais objets. Pour le schizophrène, il s'agit de se protéger d'une perte totale des frontières du Moi et des redoutables expériences de fusion qui traduisent leur manque de différenciation entre les images de soi et d'objet.

Enfin M.Corcros (22) s'est particulièrement intéressé à la place du symptôme clinique extériorisé dans l'économie psychique du patient, ainsi qu'à son poids et à sa dynamique propre:

- le soulagement psychique opéré par le symptôme, sa fonction pare-excitante, autothérapeutique, antidépressive liée à sa fonction de défense effective contre l'intrusion ou l'abandon de l'objet;
- la jouissance souterraine à laquelle il donne lieu et les bénéfices secondaires qu'il procure dans le cadre intime du patient;
- sa capacité d'auto-entretien et d'autorenforcement, sous-tendue par des mécanismes bio-psychologiques et sa potentialité à réorganiser la personnalité du sujet et son identité sociale, voire à pervertir la relation aux autres pouvant moduler sensiblement et durablement le fonctionnement psychique du sujet.

Ces dernières considérations sur la fonction du symptôme « anorexie » dans l'économie psychique du sujet nous permettent de le concevoir dans un processus de régulation de l'équilibre du du sujet via le comportement, qui ne peut pas être obtenu par les moyens habituels, en particulier les régulations par les ressources internes du sujet (capacités contenant, liantes et élaboratrices de l'appareil psychique du sujet).

Nous entrevoyons également au travers de cette fonction économique, le caractère adaptatif du fait d'adopter un tel comportement. La fonction réorganisante du symptôme sur la personnalité et les relations sociales du sujet souligne la pertinence de considérer l'anorexie mentale selon un point de vue systémique, en complément d'un point de vue analytique.

7. L'anorexie mentale du point de vue de sa genèse selon Brusset, ses rapports avec l'histoire familiale.

Selon B Brusset (14), la psychogenèse des troubles alimentaires comporte deux dimensions auxquelles correspondent deux facteurs différents : celle du processus d'allure addictive de l'anorexie, et celle des conditions de survenue de celle-ci.

Brusset , en évoquant le consensus maintenant admis par les différents spécialistes en charge de l'anorexie dans les années 1990, établissant que cette pathologie a une étiologie polyfactorielle organique, sociogénique ou familiogénique, réintroduit la notion d'une psychopathologie particulière à l'œuvre dans le processus anorectique.

Il souligne l'exactitude de certains portraits psychologiques dressés qui incluaient la famille depuis Lasègue, et ceux qui faisaient intervenir les traits psychologiques antérieurs retrouvés par l'anamnèse.

En effet, deux dimensions doivent être distinguées selon cet auteur :

- d'une part celle de la logique du comportement alimentaire qui s'apparente à celle des addictions, et prend en ligne de compte les implications physiopathologiques et corporelles, aussi bien que la valeur de décharge pulsionnelle, d'autoérotisme, mais aussi de demande, voire de provocation, qui trouve sens dans le transfert régressif sur la mère elle-même.

- d'autre part celle des caractéristiques du fonctionnement psychique dans la problématique particulière de l'adolescence, telles qu'elles résultent des interrelations familiales actuelles mais aussi et surtout de l'enfance.

L'hypothèse centrale est que chez ces adolescentes, la fragilité des mécanismes de défense spécifiquement psychiques laisse place, pour éviter l'inhibition, l'angoisse et la dépression, à l'extériorisation addictive. Celle-ci remplit des fonctions défensives et substitutives.

La contrainte des désirs et des identifications (à l'objet), ne peut être évitée qu'au prix d'un assujettissement perçu comme aliénant à la contrainte anorectique, et à des degrés divers, à des sensations corporelles qui sont, par là même, concrétisées et déconnectées des représentations qui leur correspondent.

Les introjects persécuteurs internes sont transformés en sensations négatives qu'il faut à tout prix éliminer : d'où restriction alimentaire, laxatifs, vomissements... comme satisfactions substitutives à court terme, et relance ultérieure de la perturbation des rapports avec le corps, et avec la pensée devenue obsédante du corps (gros...) devenu lieu de projections.

S'y retrouvent condensée et, en quelque sorte écrasée, la double dimension inconciliable du

narcissisme et des relations d'objet fantasmatiques, dont la métapsychologie rend compte dans la double polarité sans issue de la quête objectale, que la régression pulsionnelle tend à réduire à l'incorporation destructrice de l'objet, et de l'idéal du moi de contrôle et de toute puissance : toute réalisation dans un sens active la contrainte exercée par l'autre, d'où l'instabilité et la poursuite de buts déréels et mortifères.

L'idéal de minceur et d'affranchissement ascétique du corps, dans lequel peut se laisser voir la sauvegarde occultée du moi idéal et les effets du narcissisme primaire absolu, est d'autant plus contraignant que dans le corps se manifeste le désir primitif d'incorporation et d'identification primaire, vis-à-vis duquel il a fonction de contre-investissement : ainsi la fierté anorectique s'inverse en honte boulimique de manière catastrophique.

Dans les deux cas, le retrait libidinal narcissique et autoérotique, révèle l'intensité de la dépendance à l'objet primaire dans ses divers statuts.

Cette logique régressive tend à se signifier, en deçà de la représentation qui suppose la différence d'un sujet et d'un objet, la triangulation, la nécessité du tiers à partir duquel les rapports sujet-objet peuvent être objectivés et représentés.

Dans un temps logiquement second, le travail analytique conduit à des constructions génétiques qui permettent, en fonction de l'histoire psychique singulière, d'en démêler progressivement les avatars, notamment dans les diverses fonctions de l'imgo maternelle.

Outre l'anamnèse de soumission conformiste aux désirs de l'entourage familial et social, on pourra percevoir les conditions structurelles de l'engagement dans le processus anorectique devant l'impossibilité du travail d'élaboration psychique que requiert l'adolescence : d'où les difficultés d'intégration de la sexualité génitale, les troubles du caractère et les tendances dépressives sinon auto-destructrices.

Brusset retrouve en analyse le déploiement comme en fractales, des mêmes formes qui se déploient successivement, témoignant de la répétition dans différents registres de la même problématique fondamentale, comme inscrite dans une première organisation.

Cette primo-organisation est construite à partir des premières relations mère-enfant.

Tout se passe comme si l'ajustement convenable sujet-objet n'avait pas pu se faire, laissant persister une dépendance qui prive le sujet de lui-même.

Les rapports conflictuels entre objet total et objet partiel montrent bien que les auto-érotismes renvoient à la dépendance foncière à l'objet sans pouvoir établir un espace d'investissement propre et durable.

En clinique, les alternances de restrictions et d'excès témoignent des mouvements antagonistes du narcissisme et des mouvements vers les objets de désir d'amour et de haine.

Dans l'anorexie, il n'y a que le déplacement sur le vécu corporel de cette conflictualité fondamentale qui rend possible le maintien d'une position active de contrôle relatif.

Les violentes contradictions qui caractérisent les rapports à l'objet et à soi-même comme objet, ne trouvent d'issue suffisante ni dans l'élaboration psychique et la formation de compromis, ni dans les mécanismes psychotiques de déni, de clivage et de projection, ni dans le repli auto-érotique qui ne peut évacuer la référence à l'objet que dans l'autodestruction.

Schématiquement, on peut dire qu'il s'agit d'un retournement sur le corps propre de ce qui a été subi passivement de la part des parents, et notamment de la mère, telle qu'elle est constituée en imago primitive.

Ainsi, Brusset met en perspective les approches **systemiques** et **analytiques** qui peuvent se

compléter même si intervenant à différents niveaux.

Des recoupements avec les données sur le milieu familial, objectivées par les thérapies familiales et les groupes de parents, permettent d'éclairer comment les expériences de la future anorexique avec la mère ont été marquées par l'investissement narcissique et ambivalent de celle-ci, comment sont les rapports que le mère a avec elle-même comme femme, et donc avec sa propre mère, mais aussi avec son père et son mari., et comment ces rapports se sont retrouvés déplacés dans ses échanges conscients et inconscient avec son bébé-fille.

Brusset aboutit à un modèle général des conflits fondamentaux dans une double dimension pour faire part de ce qui se joue dans l'anorexie :

- celle de l'indifférenciation sujet-objet électivement et défensivement localisée dans le corps sexué qui identifie l'adolescente à sa mère malgré ses désirs conscients. Les identifications secondaires en rapport avec l'organisation oedipienne sont compromises par l'identification primaire fusionnelle (l'autre comme soi, soi comme l'autre), l'organisation oedipienne ne peut jouer son rôle structurant et l'image du père tend à n'être plus qu'un double de la mère.
- Celle de l'ambivalence pulsionnelle qui correspond dans ses formes évoluées à l'amour et à la haine, mais qui implique ici l'angoisse de la perte de l'objet qui vaut pour la perte de soi, d'où le défaut d'élaboration symbolique, d'activité transitionnelle, et introjective. D'où également selon Brusset le défaut d'intégration de l'analité dans sa dimension structurante de l'autonomie, et le renforcement régressif de la dépendance.
Ainsi s'explique que la bonne distance sujet-objet soit introuvable, trop près ou trop loin, trop ou pas assez, boulimie ou anorexie, la satiété tout de suite ou jamais.
Coller à la mère, c'est être à l'abris de l'intrusion comme de l'abandon, au prix de la perte du sentiment de la limite.

Dans l'anorexie mentale, l'évitement des conflits dépressogènes suscite la recherche d'une issue dans l'extériorisation et les passages à l'acte.

Les conduites agies anorectiques composent une situation actuelle dans laquelle les rapports avec le corps propre et les besoins sont au premier plan des préoccupations, substituant ainsi à l'impossible activité de représentation, de pensée ou de relation, les sensations et les actions concrètes, leur anticipation, la structuration de leurs variations dans l'intolérance à certaines sensations et la recherche de celles qui leur sont opposées : le dur opposé au mou.

Le processus défensif et compensatoire peut rester localisé et provisoire, mais il peut aussi être lieu de transfert, actualisant et donnant figuration à la problématique narcissique des limites comme à celles d'attentes anachroniques vis-à-vis des objets parentaux.

Il en résulte souvent des contradictions inélaborables dans les relations actuelles avec la mère, à la fois avidement sollicitée et violemment rejetée dans la réalité.

Dans cette perspective, Brusset met en rapport la nature des conflits intrapsychiques, et la réalité des relations parents/enfants.

Il considère qu'il n'est pas incompatible de travailler sur les deux plans, de manière bifocale, et en distinguant les deux niveaux logiques différents.

Il démontre que ces deux niveaux logiques sont interdépendants, et que leur connaissance peut amener à une meilleure prise en compte de la genèse, du développement, ainsi de ce qui est à l'oeuvre dans la maladie.

III / Modèles de compréhension systémique de l'anorexie mentale.

Le développement de la théorie psychanalytique éclaire la dimension interpersonnelle de la problématique anorexique, et en partant de l'intrapsychique, introduit la dimension relationnelle de cette pathologie.

Nous détaillerons comment les descriptions cliniques systémiques des familles touchées par l'anorexie, complètent les théories psychanalytiques qui ont mis en évidence une pathologie du lien dans l'anorexie mentale.

En parallèle du développement des théories systémiques depuis les années 1960, naissent de nouveaux modèles de l'anorexie mentale, qui se démarquent des conceptualisations intrapsychiques et dyadiques. (19).

Devant la diversité des hypothèses étiopathogéniques en vogue dans la seconde moitié du XXème siècle, couvrant les domaines psychiatriques, endocrinologiques, neurologiques et psychosomatiques, un courant très actif à cette époque faisait passer au second plan les préoccupations nosographiques pour porter toute l'attention à la compréhension dynamique de l'interaction entre les mécanismes intra et interpsychiques à l'œuvre dans l'état anorectique, et semblait se rapprocher davantage de la perspective systémique.

En restituant l'anorexie dans son contexte de développement naturel, c'est-à-dire la famille, ce trouble n'est plus uniquement défini en termes de pathologie mentale individuelle, mais également en termes interactionnels : la famille, perçue comme directement impliquée dans le développement, le maintien, voire l'aggravation du trouble alimentaire, doit donc être impliquée dans le processus thérapeutique.

Deux modèles sont décrits en 1978.

1. Le modèle structuraliste de la famille psychosomatique selon Salvador Minuchin.

Salvador Minuchin est un psychiatre de l'équipe de Philadelphie. Il est d'abord de formation psychanalytique.

Il développe à partir de 1978 une théorie sur la structure des familles parmi lesquelles vit un enfant porteur d'une maladie psychosomatique comme l'anorexie mais pas seulement (asthme, diabète...), à partir de ses observations cliniques et d'études.

a- Vers une conceptualisation systémique des maladies psychosomatiques.

Le changement qu'il apporte dans sa conception de la causalité des maladies psychosomatiques est de passer d'un modèle de compréhension linéaire à un modèle de compréhension circulaire, donc se rapprochant progressivement d'un modèle systémique.

En effet, Minuchin fait une brève revue de la littérature dans son article « Un modèle conceptuel sur les maladies psychosomatiques des enfants » (69) publié dans « Les langages du corps » sous la direction de L. Onnis.

Dès le début du XXème siècle, les recherches en maladie psychosomatique inspirées du modèle linéaire ont donné d'importantes contributions dans l'étude du système nerveux central, autonome et endocrinien et dans l'examen de comment ces systèmes répondent aux émotions.

En 1920, Cannon met en évidence les réactions physiologiques qui accompagnent la peur et la colère.

De même, la structure de personnalité du patient affligé de maladie psychosomatique a été explorée dans le cadre de modèles linéaires. Dunbar en 1954 fait les premières observations sur la base desquelles fut formulée une théorie de la « spécificité de la personnalité » dans les maladies psychosomatiques.

De manière analogue, Ruesch en 1948 définit la personnalité infantile comme problème de base dans les maladies psychosomatiques.

Puis plusieurs auteurs mettent l'accent sur les facteurs de stress impliqués dans le développement de la maladie psychosomatique.

Alexander en 1961 pensa que la situation initiale de l'individu, au moment du déclenchement de la maladie psychosomatique, combinée à la personnalité de celui-ci, représentait un aspect crucial dans le développement et le maintien des symptômes psychosomatiques.

La même année Wolff fournit une documentation significative sur la relation entre stress environnemental et modifications physiologiques.

La notion de stress environnemental amène à celle des conflits propres à chaque environnement et va conduire progressivement à considérer la particularité des conflits familiaux en relation avec les maladies psychosomatiques.

En effet, Senay et Redlich en 1968, dans une ample révision du sujet, attirèrent l'attention sur la variété des facteurs sociaux qui influencent l'apparition et les modèles de maladie psychosomatique. Cette variété de facteurs va de contextes de grande échelle, comme les différentes cultures, à des contextes intermédiaires, comme les sous-cultures ou classes sociales, corrélées à des phénomènes environnementaux, jusqu'à de petits groupes comme la famille. Les auteurs considérèrent les troubles dans le contexte familial comme les plus liés à la maladie psychosomatique.

La colite ulcéreuse a été largement étudiée de ce point de vue et des typologies familiales particulières, observables, ont été associées à cette maladie (Finch et Hess en 1962).

La même année, Myer et Haggerty citèrent la présence fréquente de problèmes familiaux, observés avant l'apparition d'une maladie psychosomatique sur une grande cohorte de patients.

Pinkerton en 1967 a étudié la corrélation entre les comportements des parents et la structure de

personnalité de l'enfant asthmatique.

Toutefois les thérapies familiales selon ces conceptions linéaires d'apparition d'une maladie psychosomatique ont maintenu l'individu au centre de l'attention. Les facteurs de la personnalité individuelle étaient considérés comme déterminants majeurs de la maladie psychosomatique et, comme corollaire logique, la thérapie se centrait sur l'individu.

Jusqu'à cette période, l'importance du contexte dans lequel vivait l'individu était reconnue mais les tentatives pour le modifier restèrent limitées. Les enfants étaient pourtant perçus comme le récepteur passif d'influences contextuelles nocives. La réponse thérapeutique prévalente se limitait à séparer l'enfant de ces influences, soit par une thérapie individuelle, soit par un traitement comportemental ou encore par la « parentectomie »

Tous ces traitements faisaient porter le poids du changement par le seul patient.

La transition dans la conceptualisation des maladies psychosomatiques, faisant passer l'individu isolé à l'individu dans son contexte social, puis au processus de corrélation (feed-back) entre individu et contexte, a permis le développement d'un modèle conceptuel moins réducteur, défini modèle des systèmes ouverts.

C'est Pinkerton en 1969 dans son travail sur les enfants asthmatiques qui amorce cette transition. Son évaluation de l'impact du stress familial sur l'enfant a représenté un effort thérapeutique, dans l'identification et ensuite l'amélioration de l'atmosphère tendue environnante, ou dans la promotion d'une meilleure adaptation à celle-ci.

C'est la première tentative de thérapie familiale considérant des interactions circulaires et ne mettant pas l'individu porteur du symptôme au centre, mais utilisant le « feed-back » des interactions.

Enfin, Minuchin en 1978 considère que certains processus familiaux dysfonctionnels peuvent déclencher ou maintenir la somatisation chez l'enfant physiologiquement vulnérable, et celui-ci contribue par son symptôme à la persistance des dysfonctionnements familiaux.

b- Le modèle des systèmes ouverts selon Minuchin. (69).

Déplacer l'optique de l'enfant malade à l'enfant malade au sein de la famille signifie redéfinir la nature de la pathologie et le but du changement thérapeutique.

En effet son modèle conceptuel des maladies psychosomatiques affirme que :

- certaines organisations familiales sont étroitement liées au développement et au maintien des symptômes psychosomatiques infantiles ;
- de tels symptômes ont un rôle fondamental dans le maintien de l'homéostasie familiale.

Dans le modèle des systèmes ouverts, une crise psychosomatique passe à travers deux phases qui contiennent toutes deux des aspects psychologiques interactionnels entre l'enfant malade et sa famille.

- Il existe une phase d'activation (turn-on) où certaines situations familiales conflictuelles déclenchent des réactions émotives chez l'enfant, provoquant des réponses physiologiques.
- Puis vient une phase de désactivation (turn-off) ou retour à l'état précédent. Cette phase peut être

influencée par l'entité de l'implication de chaque membre de la famille par rapport au conflit.

Vu que les interactions familiales influencent la psychophysiologie de l'enfant dans la crise psychosomatique, il s'ensuit que le trouble vient se situer dans des processus de rétroaction (feed-back) entre enfant et famille.

La frontière artificielle entre l'individu et son contexte n'est plus un obstacle aux tentatives thérapeutiques.

Ces interventions peuvent être adressées à l'enfant, à la famille, aux processus de feed-back des modèles transactionnels du système familial, dans tous les aspects et toutes les combinaisons qui semblent les plus utiles sous le profil thérapeutique.

En résumé selon Minuchin, les modalités interactives de la famille peuvent être des facteurs qui déclenchent l'apparition ou soutiennent le maintien de processus physiologiques. Les symptômes psychosomatiques qui en dérivent fonctionnent comme un mécanisme homéostatique qui règle les transactions familiales. C'est pourquoi la thérapie doit viser à changer les processus familiaux qui déclenchent ou maintiennent les symptômes psychosomatiques de l'enfant, à changer l'utilisation de ces symptômes dans la famille elle-même.

Les hypothèses avancées par Minuchin n'impliquaient pas une spécificité du symptôme en relation à une constellation familiale donnée, mais plutôt décrivait un type de processus familial plus général qui favorisait la somatisation.

c- Le modèle familial.

Ce modèle présuppose que trois facteurs, en corrélation, sont nécessaires au développement d'un trouble psychosomatique grave chez l'enfant :

- L'enfant est vulnérable physiologiquement, c'est-à-dire qu'il présente un dysfonctionnement organique spécifique.
- La famille de l'enfant présente les quatre caractéristiques transactionnelles suivantes que nous développerons ultérieurement ; l'enchevêtrement, la rigidité, l'hyperprotection et le manque de résolution des conflits.
- L'enfant malade joue un rôle important d'évitement des conflits dans les modèles interactifs de la famille, et ce rôle est une importante source de renforcement des symptômes.

Concernant la vulnérabilité physiologique de l'enfant, Minuchin notait en 1978 à propos de l'anorexie que celle-ci était discutable, en tout cas moins évident que celle connue dans le diabète avec les désordres métaboliques ou dans l'asthme avec le terrain allergique.

Cette remarque peut être examinée aujourd'hui à la lumière des recherches génétiques qui plaident en faveur d'une origine au moins en partie organique par ce biais.

La plupart des auteurs actuellement s'accordant pour considérer une origine multifactorielle à l'anorexie, nous pouvons considérer que la notion de « vulnérabilité physiologique » avancée par Minuchin était valide également pour l'anorexie.

Les caractéristiques interactionnelles de la famille « psychosomatogène » sont les suivantes :

- Un enchevêtrement des membres de la famille qui correspond à une proximité, une interdépendance relationnelle, l'intrusion dans les limites personnelles, une intensité des relations, une perception peu différenciée de soi et des autres membres de la famille et des frontières ténues entre les différents sous-systèmes familiaux (couple parental, fratrie). Ceci se reflète dans le manque d'espace personnel, dans le désir excessif « d'être ensemble » et de partager tout. Chaque membre de la famille envahit également les pensées, les communications et les sentiments de l'autre.
La non différenciation des sous-systèmes se traduit par l'absence de hiérarchie exécutive claire.
- L'hyperprotection caractérise également ces familles, dans lesquelles une attention excessive est portée au bien-être de l'autre. Cette hyperprotection ne se limite pas à la préoccupation pour l'enfant malade. Chaque membre est hypersensible aux signaux de détresse émis par les autres, indiquant l'approche de tensions ou de conflits qui sont alors évités. Cette hyperprotection parentale retarde l'autonomisation et la reconnaissance de compétences des enfants. Pour l'enfant malade, l'expérience d'être capable de protéger la famille en utilisant ses propres symptômes peut être un des facteurs de renforcement principaux de la maladie.
- Une rigidité ou pathologie de l'adaptabilité des interactions familiales, qui fait que ces interactions sont maintenues à tout prix même quand les stress internes et externes rendent le changement nécessaire.
Ces familles sont fortement impliquées dans le maintien du *statu quo*. Les circuits d'évitement du conflit doivent se développer et un « porteur du symptôme » permet l'évacuation d'une tension interne à la famille. La préoccupation pour l'enfant malade représente une déviation du conflit lorsque la tolérance de celui-ci a atteint son seuil.
Ces familles se présentent typiquement comme des familles normales et sans problèmes, à part le problème médical de l'enfant. Elles nient donc toute nécessité de changement.
- La non résolution des conflits est la résultante des caractéristiques développées ci-dessus, l'homéostasie étant à préserver au détriment de l'expression et de la résolution des désaccords, et le seuil de tolérance de ces conflits se trouvant particulièrement bas.
Souvent un code éthique ou religieux très fort soutient ce fait en fournissant une raison logique à l'évitement du conflit. Il en résulte qu'il ne peut jamais advenir une négociation explicite de points de vues différents. Les problèmes, laissés ainsi irrésolus, deviennent encore plus menaçants et continuent à activer les circuits d'évitement du système.

Nous reviendrons ultérieurement sur les codes ou croyances propres à ces familles, et qui peuvent prendre des valeurs dogmatiques.

Enfin, l'utilisation de l'enfant malade est la troisième condition postulée dans ce modèle familial, celui-ci jouant un rôle particulier dans l'évitement du conflit.

Un travail expérimental réalisé par l'équipe de Minuchin (69), dans lequel un conflit de couple était suscité en présence de l'enfant malade, suggérait qu'il existait des modèles comportementaux caractéristiques liés au conflit, qui impliquaient l'enfant et l'engageait de différentes façons. Parmi les ajustements comportementaux observés, certains empêchaient la désactivation émotionnelle (turn-off) et étaient fortement corrélés à la maladie psychosomatique.

- La triangulation est l'implication obligatoire de l'enfant du côté de l'un ou l'autre parent. Des affirmations qui imposent la coalition comme « Tu n'es pas d'accord avec moi ? », pour

tenter de forcer l'enfant à prendre position, sont d'usage courant.

- Dans le second modèle, la coalition parent-enfant, on tend vers la coalition stable de l'enfant avec un des deux parents. Un des deux parents est exclu et l'enfant adopte un rôle parental.
- Dans le troisième modèle, appelé déviation, le couple parental est uni. Les parents cachent leurs conflits par un comportement de protection ou de blâme pour leur enfant malade, qui est défini comme le seul problème de la famille. Ces parents oscillent entre leur inquiétude pour l'enfant malade et l'exaspération pour les problèmes qu'il leur pose.
Dans la plupart des cas, les préoccupations des parents absorbent complètement le couple si bien que tout signe de conflit conjugal ou même de dissensions mineures est banni ou ignoré.

Les trois modèles interactifs décrits ci-dessus ne sont en rien spécifiques des familles psychosomatogènes mais sont des patterns interactionnels dysfonctionnels car ne facilitent pas la désactivation émotionnelle (turn-off), donc favorisent le maintien de tensions qui sont pourtant particulièrement insupportables dans ces familles.

Pour résumer, les familles avec un enfant psychosomatique sont caractérisées par des modèles transactionnels d'enchevêtrement, d'hyperprotection, de rigidité et d'absence de résolution des conflits. De plus l'enfant malade est impliqué dans le conflit parental.

Ainsi l'enfant porteur de la maladie psychosomatique a le rôle d'élément régulateur de la stabilité interne de la famille, ce rôle contribuant à renforcer son symptôme et la structure psychosomatique de la famille décrite ci-dessus.

Sans ce paratonnerre, ces familles trop proches, évitantes vis-à-vis du conflit et incapables de changer risqueraient tout simplement d'exploser.

Le travail thérapeutique préconisé dans cette perspective consistait d'une part en une levée du symptôme au moyen d'approches comportementalistes (contrat comportemental, déjeuner familial thérapeutique), et d'autre part en un travail des processus familiaux dysfonctionnels en thérapie familiale pour modifier en profondeur l'organisation familiale, afin d'éviter la rechute ou l'apparition de nouveaux symptômes ou de nouveaux porteurs du symptôme dans la famille.

A ces objectifs correspondaient des interventions thérapeutiques précises orchestrées par un thérapeute directif et très impliqué qui remettait en question l'enchevêtrement, la surprotection et les patterns transactionnels rigides de la famille en se concentrant tout particulièrement sur le triangle parents-enfant anorexique.

Nous devons à ce modèle structural de l'anorexie mentale le développement de précieuses techniques d'observation et d'intervention telles que la codification d'une carte familiale visuelle des distances et frontières, les séances-repas, et diverses techniques de restructuration de l'organisation familiale.

L'outil d'autoévaluation du fonctionnement familial FACES III dont nous reparlerons ultérieurement à propos de l'étude est proche de ce modèle théorique structuraliste.

d- Mythes familiaux dans les familles psychosomatiques.

L Onnis (75) remarque à propos des familles psychosomatiques décrites ci-dessus, dont la structure et l'organisation des liens sont ceux de l'enchevêtrement et de la surprotection, qu'elles sont sous l'influence de mythes familiaux particuliers.

En effet, l'exploration des systèmes familiaux peut se faire selon deux axes. Ceux-ci sont l'axe synchronique ou horizontal, celui des interactions observables dans l'ici et maintenant, et l'axe diachronique ou vertical, celui des modèles qui se construisent et se transmettent d'une génération à l'autre.

S Minuchin s'est attaché à décrire l'axe horizontal de la communication, celui du rituel des échanges répétitifs avec les règles, les codes, et les rôles qui s'y rapportent. C'est la danse interactionnelle.

L.Onnis a décrit le pôle mythique, l'axe vertical, qui recouvre les croyances partagées, les valeurs, le récit qui donne sens. A ce niveau mythique, et pour reprendre la métaphore, est associé une logique qui organise la chorégraphie, une logique qui dit comment on doit se comporter dans cette famille, mais aussi comment on doit sentir, ressentir, et même penser.

Cet auteur remarque que dans ces groupes familiaux, il s'agit principalement d'un mythe qui exalte l'unité et l'harmonie familiale et qu'il faut maintenir à n'importe quel prix.

C'est un mythe qui présente bien entendu une singularité, une spécificité par rapport à une histoire familiale particulière, mais qui est fréquemment en corrélation avec un fantasme de rupture, c'est-à-dire avec la peur que chaque manifestation conflictuelle, chaque mouvement de séparation puisse produire une désagrégation plutôt qu'une transformation évolutive des liens affectifs, et menacer ainsi l'ensemble du système.

Sous cet angle individuel, l'adhésion du patient à ce mythe est profonde, sur un plan émotionnel plutôt que cognitif, et ceci explique la force des liens qui l'attachent à sa famille, et les sentiments de culpabilité par rapport à toute possibilité de transgression.

Ce thème du mythe « d'incorporation » sous tendu par un fantasme de rupture de l'harmonie familiale, sera développé dans la partie consacrée à l'approche systémique des familles addictives.

2. L'approche systémique de la famille de l'anorexique selon Mara Selvini Palazzoli, l'évolution de sa pensée.

Mara Selvini Palazzoli est une psychiatre de l'école de Milan, qui a d'abord travaillé dans une optique psychanalytique.

Elle a décrit dans « l'anorexie mentale » en 1963 un trouble de la relation à l'objet primaire identifié à la mère, dans la lignée des classiques interprétations dyadiques.

Il lui est apparu évident que la présence des deux parents était nécessaire, comme était nécessaire la déception vis à vis des deux parents, pour qu'éclate le syndrome anorexique.

Elle a aussi remarqué que l'anorexie pouvait survenir chez des filles de mères seules, et que dans ce cas ces mères avaient toujours une relation très forte, voire de dépendance, à une troisième personne qui se révélait souvent être leur propre mère.

Ainsi le processus anorexique prenait ses racines dans le couple mère/grand-mère qui fonctionnait comme un couple parental.

Son hypothèse selon laquelle la satisfaction orale de la pulsion de faim serait incompatible avec le besoin de sécurité, de puissance et d'autonomie de la jeune fille anorexique, dans la mesure où celle-ci vit son corps comme inacceptable en raison du déplacement survenu de l'extérieur vers l'intérieur, et où le rapport de forces, d'interpersonnel devient intrapersonnel dans le seul et unique but de vaincre le besoin du corps concret, de donner l'illusion du contrôle du Moi et de masquer le sentiment d'impuissance, resitue une des origines possibles du trouble anorectique dans les interactions familiales.

Enfin « comme il n'était pas admissible de vieillir de concert avec une patiente » (88), elle a décidé que la psychanalyse était un instrument inadapté.

En 1978, elle met l'accent sur les processus de communication intrafamiliaux qui existent au sein des familles de patientes anorexiques. Pour elle l'anorexie peut se comprendre comme une forme d'adaptation à un système interactionnel familial particulier.

Cette description se situe sur l'axe synchronique.

Dans l'étude transactionnelle sur la famille de l'anorexique et la famille du schizophrène en 1982 (87), la dominance du refus, c'est-à-dire de la négation dans les patterns communicationnels avait été notée dans les familles d'anorexiques.

Pour préciser, elle observait dans ces familles:

- un leadership impossible, personne n'étant disposé à porter des valeurs en son propre nom, mais plutôt en se référant à une nécessité contingente extérieure et commune à tous les membres de la famille (le Bien, le Mal, la Santé...)
- De même la jeune fille anorexique ne déclare pas sa grève de la faim comme le moyen d'obtenir de ses parents tel ou tel changement, elle attribue son jeûne et son amaigrissement au pouvoir d'une entité abstraite: la maladie.

- le caractère impensable de déclarer des alliances. Au niveau intragénérationnel, la patiente désignée apparaît isolée de ses frères et soeurs voire hostile à eux. Les parents ouvertement ou non en conflit apparaissent unis dans leur opposition à la patiente désignée, à la maladie.
- Le refus du blâme pour ce qui va mal, et donc l'absence de désignation des responsabilités. Depuis la déclaration de la maladie anorexique, tous souffrent, il est vrai, mais la jeune fille n'y peut rien.
- Au niveau de la communication, chaque membre de la famille qualifie d'une façon congrue à tous les niveaux son propre message, tandis que d'une façon aussi congrue il refuse le message des autres. Un tel refus, même s'il s'adresse en apparence au contenu d'un message, est en réalité adressé à la définition que l'autre donne de la relation.
Ainsi dans le processus anorexique les parents semblent avoir défini une fois pour toutes le rapport parents-fille comme complémentaire. Ils ne sauraient renoncer au rôle de ceux qui nourrissent, et donc pourvoient, règlent, guident, protègent, ignorant le cours circulaire des relations humaines selon lequel il ne peut y avoir de nourricier en l'absence de celui qui accepte d'être nourri, ils s'y sont installés une fois pour toutes.
La jeune fille anorexique, dans un système caractérisé par une définition hautement rigide de la relation en un sens symétrique, avec une redondance des refus, pose au travers de son symptôme le refus des refus.

Une description de la communication n'était pas véritablement systémique car ne donnait qu'une vision sommative et analytique des types de communication, et non pas globale.

Les interventions thérapeutiques visaient alors à reformuler le jeu familial tel que M. Selvini-Palazzoli et ses collègues pensaient l'avoir deviné.

Les modalités thérapeutiques étaient alors des modalités paradoxales : parvenir, au travers la connotation positive, à décrire tous les comportements représentatifs de la famille et de la jeune fille. Ainsi, en la connotant comme une martyre se sacrifiant pour sa famille, les thérapeutes lui prescrivaient en quelque sorte son symptôme, au point de le lui faire abandonner.

Ce sont les méthodes paradoxales qui ont été décrites dans *Paradoxes et Contre-paradoxes et self Starvation*, de Selvini Palazzoli alors que selon elle leur équipe n'avait pas encore su élaborer un modèle général d'un processus familial anorexigène.

Elle abandonna les méthodes paradoxales vers les années 1980 car les résultats n'en étaient pas suffisamment fiables et satisfaisants. Bien que ces méthodes aient pu donner lieu à l'abandon du symptôme, elles n'avaient dans la plupart des cas pas modifié de façon substantielle les relations à l'intérieur de la famille.

L'étape qui permet Mara Selvini Palazzoli de passer d'une description des patterns communicationnels, à une description du jeu familial, est l'acceptation par ces thérapeutes systémiciens de s'occuper de l'intrapsychique. En effet, jusqu'à présent, cette équipe avait suivi à la lettre les recommandations de Watzlawick qui prescrivait dans son ouvrage « *La Pragmatique de la Communication Humaine* », le « tabou de la boîte noire », c'est-à-dire l'interdiction d'interpréter l'intrapsychique. Cela signifiait qu'il ne fallait pas s'occuper de l'intentionnalité de l'anorexique mais voir seulement l'effet que le symptôme avait sur le système. Ceci créa selon Mara Selvini Palazzoli l'énorme erreur épistémologique de confondre l'effet du symptôme avec son intentionnalité.

L'équipe de Milan a créé et utilisé l'outil thérapeutique des « séries invariables de prescriptions » dont les réactions aux prescriptions leur ont permis de comparer entre eux les

membres d'une même famille, mais aussi les membres des différentes familles entre eux. Il s'agissait de faire des prescriptions thérapeutiques aux patientes et leurs familles selon un protocole invariable, ce qui permettait les comparaisons, et qui permettait de vérifier, dans les familles anorexiques, ce qu'il y avait de répétitif et de catégorisable au delà des variables spécifiques qui tendent à polariser l'attention. Ce travail d'observation a duré 8 ans et a comme résultat la description de jeux familiaux décrits dans *«Les Jeux Psychotiques dans la Famille»* de Mara Selvini Palazzoli.

Il fut ainsi possible à Mara Selvini Palazzoli et son équipe de tracer une corrélation entre des faits intrapsychiques individuels et des modèles d'interactions systémiques. L'enjeu pour ces thérapeutes devient celui de s'autoriser à penser à l'individu en même temps qu'ils pensent à la famille, de pouvoir « ouvrir la boîte noire », faire des interprétations intrapsychiques, en même temps qu'ils traitent un système.

Pour Mara Selvini Palazzoli cette approche non seulement licite après cette réflexion, devient nécessaire, car n'importe quel modèle qui exclue quelque chose est un modèle mutilant. Nous entrevoyons alors la possibilité d'un début de modèle intégratif de compréhension de l'anorexie.

Cette recherche a permis d'aboutir à la description d'un processus interactif familial aboutissant au symptôme anorexique. Ce processus trouve son origine dans la modalité d'interaction d'un couple parental.

Les premiers thérapeutes familiaux avaient déjà décrit que là où il y a un enfant dysfonctionnel, il y a un couple parental dysfonctionnel, même si tous les couples dysfonctionnels ne donnent pas lieu à un enfant dysfonctionnel.

Ceci veut dire que pour avoir un enfant extrêmement dysfonctionnel, il faut un couple également très dysfonctionnel mais qu'il faut aussi un enfant qui s'y implique ou y soit impliqué.

Elle découvre ainsi dans l'anorexie, un certain type de culture chez les parents, un certain type d'organisation parentale, et un certain type de fille qui, à un moment de son adolescence, alors qu'elle prenait parti pour l'un des deux parents, manifeste ensuite des symptômes anorectiques comme expression de son implication dans le jeu des parents

Mara Selvini Palazzoli décrit un processus familial anorexigène en 6 stades (89), qui prend sa source dans les interactions particulières des parents de la jeune fille anorexique avec leurs propres parents.

Cette description se situe maintenant sur l'axe diachronique.

- le 1er stade est celui de la famille d'origine des deux parents.

Le père de la future anorexique a été marqué par une soumission à son propre père, et par une carence affective de la part de sa mère qu'il idéalise. « Il est le produit classique (masqué mais nullement caricatural) de la culture machiste » (89). Elle décrit ainsi un homme élevé dans le respect et la crainte d'une figure paternelle, et à qui il n'est pas transmis la culture de l'affect parce qu'il est de la lignée masculine.

La mère de la future anorexique, quand à elle, a été investie par ses propres parents comme ayant peu de valeur car de la lignée féminine, ce qui constitue une humiliation. De plus, il ne leur a pas été donné la possibilité de comprendre cette humiliation et donc de se rebeller en refusant d'accepter l'inacceptable. « le dénominateur commun entre toutes ces femmes est d'accepter de s'assujettir à l'humiliation »

- le 2ème stade est la formation du couple et le développement de leur discord.

Les hommes, décrits plus haut, qui réagissent en adoptant un machisme de défense cachant un profond besoin d'attention et de soins, cherchent des femmes dépréciées et qui se sous-estiment, pour pouvoir les posséder et les contrôler.

Chacun des deux parents reste en général très lié à sa famille d'origine, dont la mère dans un lien qu'elle décrit déjà de dépendance à sa propre mère.

La surcharge de travail causée par la naissance des enfants ou un parent à charge, entraîne chez la mère un désinvestissement du couple, et chez le père des manifestations de mécontentement et de mépris vis à vis de sa femme. La mère se consacre notamment à sa fille dans un sens essentiellement narcissique, pour en faire un produit dont elle pourra enfin retirer de la fierté. Ainsi, en aiguissant le besoin inavoué de compensation affective de son mari qui devient jaloux, elle fait riposter ce dernier par une plus grande exploitation et un mépris envers elle-même, pour tenter d'exercer un contrôle sur cette mère puisqu'il ne peut pas en obtenir son attention exclusive.

– le 3^{ème} stade est l'enfance de la future anorexique.

Certaines petites filles (*du groupe A*) peut être investie du narcissisme maternel et fermée au père. Elles jouent les consolatrices en participant au rôle de victime de leur mère.

Ces jeunes filles ont fréquemment l'illusion d'avoir un rapport extraordinaire avec leur mère, tout en ressentant fort peu d'estime pour elles.

Dans cette situation, la future anorexique se considère moralement supérieure aux autres, et pense bénéficier d'un certain privilège dans ses relations avec sa mère, ce qui lui donne la force de s'imposer des sacrifices pour être irréprochable.

D'autres petites filles (*du groupe B*) peuvent être utilisées dès leur enfance par leur père comme compensation, ces futures anorexiques se laissent séduire par celui-ci, le considérant comme supérieur à leur mère et devenant « sa petite princesse ». Elles trouvent injustifiables certains comportements que leur mère fait subir au père et rentrent en compétition avec elle.

On retrouve ici la notion d'une relation incestuelle entre le père et la fille, et d'une rivalité oedipienne agie entre la mère et la fille.

Dans aucun des deux cas, la fillette ne reçoit les soins qui répondent à ses besoins.

– le 4^{ème} stade est représenté par l'adolescence de la future anorexique.

Les jeunes filles du groupe A, qui ont tout fait pour reconforter leur mère, s'aperçoivent qu'elles n'ont rien obtenu pour elles-mêmes en retour, notamment la considération pour leur personne. Elles peuvent s'apercevoir entre autres, de l'engagement amoureux de la mère pour un autre de ses enfants, mais qui prend la forme d'un engagement belliqueux, litigieux ou passionnel, alors qu'un de ses frères ne va pas bien à l'école ou qu'une de ses soeurs sort avec des garçons...

Habituées à un rapport exclusif mais dépourvu d'authenticité, elles vont à la recherche d'amitiés qui se soldent fréquemment de déceptions humiliantes car elles n'ont pas la notion de l'échange et de la réciprocité.

Leur père peut également rester inaccessible en raison de la jalousie qu'il a nourrie envers la confidente de sa femme. Il conserve ainsi une position méprisante, à distance du conflit mère-fille.

La jeune fille qui cherche à s'en rapprocher est déçue par le maintien de cette distance alors qu'elle commençait à connoter positivement ses capacités à encaisser les excès de sa femme.

Pour les jeunes filles du groupe B, l'apparition de la puberté constitue une complication, et suscite un malaise dans la relation qu'elles entretiennent avec leur père qui garde une tonalité incestuelle.

La rivalité avec la mère demeure du même type et ne permet pas entre elles le rétablissement d'une bonne relation.

Leurs tentatives pour nouer des relations en dehors de la famille se soldent là encore par des échecs.

- le 5ème stade est celui de l'explosion du symptôme.

La jeune fille a commencé son régime et ne s'arrêtera plus, car elle a trouvé le moyen de se distinguer nettement de sa mère, en évitant d'encaisser les humiliations comme elle, et en exerçant un contrôle sur soi et les autres.

C'est la première décision qu'elle prend en dehors de sa mère.

Qu'elle ait connu une relation distante avec son père (type A) ou une proximité (type B), la jeune fille est déçue par celui qui ne sait pas s'opposer à la mère au moment où celle-ci devient intrusive et agitée, lui reproche de ne pas prendre le « leadership »

Ses revendications sont adressées à chacun des parents, mais mises en actes et non élaborées mentalement par la jeune fille. Elle ne sait pas exprimer clairement son agressivité envers ses parents. Ceux-ci se montrent incapables de percevoir les revendications silencieuses de leur fille, et leurs réactions inadéquates poussent la jeune fille à s'acharner dans son comportement.

Il s'agit d'une grève de la faim qui n'est jamais ni admise, ni déclarée.

- le 6ème stade est celui des stratégies interactionnelles basées sur le symptôme.

Nous assistons à la constitution d'un véritable jeu familial, dans lequel chacun invente ses propres stratégies fondées sur la supposition que le symptôme durera.

La patiente désignée a pour sa part, découvert l'incroyable pouvoir que lui confère son symptôme : il lui permet de reconquérir la position de privilège illusoire auprès de ses parents dont elle jouissait dans son enfance et sa préadolescence.

Souvent elle enchaîne sa mère à elle-même, dans un lien pseudo symbiotique qui cache de la haine et du contrôle.

Mara Selvini Palazzoli résume ainsi les interactions familiales sur le plan transgénérationnel donc diachronique :

- Rapports des parents de la future patiente avec leurs familles d'origine:
 - Le père a un rapport pseudo privilégié avec sa mère dont il a subi des carences et par qu'il a été exploité.
 - Il a un rapport de sujétion à son père.
 - La mère est dépendante de sa propre mère et n'a pas obtenu la considération de son père.
- Rapports au sein du couple parental:
 - Le père attend de sa femme la tendresse maternelle.
 - La mère attend de son mari de la considération.
- Rapports parents/enfants:
 - Le père, jaloux des enfants retire sa considération.
 - La mère en recherche de considération retire sa tendresse maternelle.

Ce détail du jeu interactionnel responsable du processus anorexigène peut paraître caricatural, mais il a le mérite justement au travers de la caricature, de fixer certaines interactions et de les décrire. On retiendra notamment une relation mère-fille enchevêtrée par un investissement essentiellement narcissique de la mère à sa fille.

Il est à noter que la fratrie de la patiente anorexique en même temps qu'elle est exemptée du symptôme, n'est pas impliquée de la même manière dans le jeu du couple parental.

Par exemple le père, cet homme perçu comme un encaisseur silencieux et hautain par la jeune fille anorexique, peut être vu par sa soeur non impliquée plus comme un petit malin qui laisse à la mère tous les problèmes à résoudre, plutôt que comme un être faible.

Le couple parental est donc vu comme un couple en conflit mais d'une manière sûrement différente par les autres enfants que celle à laquelle succombe l'anorexique : le père est un martyr de la mère, alors que pour la soeur c'est sûrement un petit malin.

Par rapport à ce type d'interprétations différentes, Mara Selvini Palazzoli considère que chaque parent joue un jeu particulier et singulier avec chaque enfant.

Les interventions thérapeutiques qui découlent de cette conceptualisation sont les suivantes :

- Les thérapeutes annoncent à la famille leur hypothèse de départ selon laquelle il existerait un lien entre la patiente anorexique et le dysfonctionnement du couple parental, et que le fait de découvrir ce lien permettrait de dégager la jeune fille du symptôme.
- Il semblerait que la clarification du jeu familial et des diverses positions qu'ont les différentes personnes de la famille dans ce jeu, contribuerait à en rendre impossible la poursuite.
- Les thérapies familiales dans cette perspective, s'attachaient à recevoir successivement les différents membres des familles en dyades (mère-fille, père fille, couple parental). Le travail d'alliance avec la mère de famille, et le travail autour de l'estime d'elles-mêmes étaient une des clés de la réussite de ces thérapies.
- Il en découlait une modification du jeu (ou processus interactionnel) et une évolution de la présentation symptomatique du patient désigné.

Avec la description d'un « processus anorexique » intervient la notion du temps dans la compréhension du système, avec l'importance de son histoire, de son caractère évolutif sur lequel nous nous basons tous pour espérer des progrès thérapeutiques ou des avancées substantielles dans le sens de moins de pathologie.

L'équipe de Mara Selvini Palazzoli appréhende désormais le système avec une vision binoculaire, en faisant dialoguer les deux dimensions temporelles passées et présentes. De plus sa vision est intégrative, s'attachant à prendre en compte les particularités de l'individu au sein d'un système.

La famille anorexigène est également décrite selon un système de valeurs et de croyances particulier par Mara Selvini Palazzoli.

Ces croyances familiales sont un des éléments qui peuvent amener au symptôme anorexique comme nous l'avons dit précédemment, le processus anorexique prenant son origine dans une culture familiale particulière, entre une jeune fille impliquée de manière particulière dans le dysfonctionnement du couple de ses parents et ces mêmes parents.

Ce système de valeurs et croyances se rapproche de la description des mythes familiaux dans les familles psychosomatiques faite ultérieurement par L. Onnis.(76)

- une cohésion familiale très forte qui s'exprime au travers d'une loyauté au groupe familial, notamment en termes de partage des émotions ou des valeurs, prenant le pas sur les intérêts et les aspirations propres de l'individu. Selon Mara Selvini Palazzoli, une antériorité de rupture dans l'histoire familiale explique cette nécessité de cohésion.
- le sacrifice de soi qui est une des qualités personnelles les plus valorisées au sein de la famille. Il y a de plus un processus de rivalité dans le sacrifice de soi entre les différentes femmes d'une même famille, qui entrave l'individuation.
- le contrôle pulsionnel des émotions et des fonctions vitales telles que l'alimentation et la sexualité sont une autre caractéristique de ces familles qui mettent à distance la sphère corporelle, au profit de la sphère intellectuelle qui est valorisée. Les émotions sont vécues comme menaçantes pour l'harmonie familiale qui aspire au conformisme, et à la réussite sur le plan scolaire et professionnel.
- un sentiment très fort de justice parentale faite d'amour, et attaché au traitement égalitaire de tous les enfants, qui milite contre l'individuation.
- il y a dans ces familles un glissement d'un dysfonctionnement du couple conjugal avec désir de stabilité, vers un surinvestissement du rôle parental au détriment du conjugal.

Ainsi l'anorexie correspondrait à une recherche de contrôle, d'individuation à un moment où les forces de cohésion familiale sont menacées (par le processus d'adolescence, le départ des aînés, le décès des grands parents...).

Mara Selvini-Palazzoli se démarque de Salvador Minuchin dans le sens où ses observations ne sont pas en faveur d'une structure propre à ce type de familles, mais elle décrit au sein de celles-ci un type de communication particulier, et un jeu familial particulier qui devient pathologique car la jeune fille anorexique porteuse du symptôme y a une place particulière inhabituelle.

Sa vision est plus dynamique, plus circulaire, et a l'avantage de mettre en perspective l'intra et l'interpersonnel.

Les points communs entre la conception de Minuchin « la famille psychosomatique » et celle de Selvini Palazzoli « la famille anorexigène » résident dans le fait que dans ces deux modèles, on retrouve une famille fusionnelle, centripète, peu souple et adaptable, et dans lesquelles s'exerce une loyauté au groupe prenant le pas sur les aspirations personnelles de chacun de ses membres.

3. Conception de la pathologie anorexie mentale dans une perspective cybernétique, selon Gregory Bateson.

B. Geberowicz. (36) reprend la pensée de G.Bateson développée dans les tomes I et II de son ouvrage intitulé « Vers une écologie de l'esprit », publiés en 1977 et 1980 (8), dans lesquels les concepts théoriques de *restriction (restraints)*, qui n'est pas sans rappeler la restriction alimentaire qui est le sujet qui nous préoccupe, et *d'économie de souplesse* qu'il développe nous permettent de comprendre l'apparition d'un comportement pathologique chez un individu, notamment l'anorexie mentale.

a- Les restrictions.

D'entrée de jeu, Bateson (8) affirme que le comportement d'un individu est en partie déterminé par les restrictions auxquelles il est confronté. C'est une façon d'envisager la conduite humaine dans une perspective cybernétique et non pas causaliste. En cybernétique, on dit que le cours des événements est soumis à une multitude de restrictions, contrairement à une explication causaliste qui affirmerait qu'une cause produit un effet de façon linéaire.

Appliqué au domaine de la psychothérapie, l'idée du modèle cybernétique est partagé par les thérapeutes systémiciens constructionnistes, qui affirment que les restrictions, qu'on les considère comme des réseaux de présupposition ou comme des comportements modèles, empêchent un individu de tenir compte de possibilités qui lui donneraient la clé pour résoudre ses problèmes.

Pour Michaël White qui est un de ces thérapeutes, les idées, les croyances, les comportements ou les incidents sont autant de restrictions qui conditionnent le comportement d'un individu. Or nous avons vu dans la conception de M. Selvini-Palazzoli développée précédemment combien les croyances étaient importantes dans les familles connaissant un adolescent anorexique.

Ces thérapeutes constructionnistes, en utilisant la narration, visent à favoriser l'extériorisation du problème et par conséquent à diminuer l'influence des restrictions. L'objectif visé par ce type d'interventions est de permettre à l'individu de porter un regard différent sur ses problèmes et leurs effets.

Dans le cas de l'anorexie mentale, l'analyse des restrictions peut nous aider à comprendre l'apparition de la conduite anorexique chez les adolescentes.

La conduite anorexique peut être considérée comme un comportement déterminé par la combinaison d'un grand nombre de restrictions **environnementales** comme la pression sociale pour la minceur, les exigences sociales concernant l'apparence physique chez les filles, certains événements perturbateurs tels la perte d'ami(e)s, un changement d'école, l'émergence de la sexualité dans le mode de relations à l'autre, de restrictions **développementales**, par exemple le développement pubertaire, la croissance et l'entrée dans l'adolescence, la nécessité d'une prise d'autonomie, de restrictions **personnelles** comme la difficulté à faire face à l'imprévisible, le manque d'habileté à faire face aux conflits, le peu de facilité à faire sa place dans un groupe, enfin de restrictions **familiales** déterminées par les croyances à l'œuvre dans le système famille et la

loyauté personnelle vis-à-vis de ce groupe.

b- L'économie de souplesse d'un écosystème.

Toujours en se référant aux écrits de Bateson (8), l'étude des comportements pathologiques ne peut pas se baser uniquement sur l'analyse des restrictions qui prévalent au moment de l'apparition de ces comportements, elle doit tenir compte également des ressources adaptatives dont dispose l'individu ou sa famille à ce moment, selon ce qui est appelé « économie de souplesse » par Bateson.

Tout système peut être décrit en fonction des maxima et des minima autorisés pour chacune de ses variables constituantes. Autrement dit chacune de ces variables se meut à l'intérieur de limites, de seuils en deçà ou au-delà desquels apparaissent inévitablement des phénomènes pathologiques.

Les multiples restrictions auxquelles sont soumis les systèmes, épuisent leur souplesse, leur capacité d'adaptation, les coûts en termes de souplesse ne sont pas additifs au sein de ces systèmes mais multiplicatifs parce que interactifs, et que chaque recours à la souplesse fractionne l'ensemble des possibilités.

Dans le cas de l'anorexie, les adolescentes sont soumises aux restrictions que nous avons déjà citées et dont certaines sont communes à toutes les jeunes filles de cet âge, mais celles-ci saturent plus rapidement leur « économie de souplesse » ce qui se traduit par l'émergence de leur pathologie.

Deux hypothèses permettent de comprendre cette saturation :

- selon Bateson ces jeunes filles sont moins bien préparées à faire face à ces multiples adaptations car elles proviennent généralement de familles qui les ont protégées et mises à l'abri des difficultés. On retrouve en effet fréquemment en clinique cette hyperprotection qui était décrite à la fois par S. Minuchin et M. Selvini-Palazzoli.
De plus les capacités adaptatives dont dispose une personne pour faire face aux demandes et aux changements ne dépendent pas uniquement de la somme des restrictions auxquelles elle est exposée à ce moment précis, mais aussi de l'entraînement qu'elle a pu faire par le passé face à ce type de demandes ou face à la surcharge des demandes.
Le caractère bénéfique qu'aurait sur les ressources adaptatives d'un individu ce type d'entraînement aux contraintes, suppose que celui-ci se soit sorti grandi de ces expériences passées.
- car en effet à l'inverse, la confrontation à de multiples restrictions dans le parcours d'un individu qui seraient des expériences négatives augmenteraient à mon sens la vulnérabilité de cet individu et diminuerait ses capacités adaptatives. Ceci constitue la deuxième hypothèse selon laquelle l'économie de souplesse d'une jeune fille anorexique peut arriver à saturation.

Le cas d'Amélie illustre bien cette idée selon laquelle ce n'est pas une hyperprotection mais au contraire la confrontation à des expériences difficiles qui a été à l'origine de la maladie.

Amélie a 9 ans et demi lorsqu'elle est hospitalisée en pédiatrie au CHU de Nantes pour une anorexie restrictive sévère entraînant une perte de poids importante. Son indice de masse corporel est à 11, 5 à son arrivée.

Cette très jeune fille frappe dans son contact par un caractère très froid, hautain, en décalage

avec son âge, et surtout mettant à distance voire niant toute émotion et toute sensation corporelle.

Au cours des entretiens familiaux, nous apprendrons que dans les antécédents d'Amélie, il y a eu un ostéome ostéoïde à l'âge de 1 an, pour lequel il y a eu un retard de diagnostic d'un an environ.

Pendant toute cette période, Amélie s'était plainte de douleurs avec ses mots, ses cris, plaintes auxquelles les parents n'ont pas pu répondre de façon adaptée car avaient été faussement rassurés par leur médecin.

A cette période précoce de sa vie, Amélie a dû se protéger de ses sensations corporelles en développant une déconnection somato-psychique telle que ce qui est décrit par H.Buch.

Cette déconnection si elle représentait une ressource adaptative à cet âge, a constitué par la suite un handicap, une vulnérabilité chez cette petite fille, qui a contribué à la saturation de ses autres ressources adaptatives.

La restriction à laquelle elle a été confrontée l'a amputée d'une certaine adaptabilité et dans son cas n'a pas été facteur de croissance pour elle.

Le cas de Benoît, que nous avons déjà présenté, peut également venir illustrer cette idée d'une saturation des ressources adaptatives.

Dans son cas, c'est un événement de vie négatif, vécu de manière traumatique, qui sert de déclencheur au développement de son anorexie mentale.

L'hospitalisation de sa mère, en activant des angoisses de mort massives, vient faire exister dans le réel une séparation qui n'avait jamais été anticipée par Benoît.

On peut se demander en effet si au lieu d'une hyperprotection il ne s'agit pas plutôt d'une protection inadaptée aux besoins de l'enfant qui pourrait être déterminant dans l'émergence de cette pathologie.

Cette hypothèse avait été soulevée par H.Bruch (13) qui avait évoqué comme fait caractéristique dans ces familles une inadaptation des parents aux besoins fondamentaux de l'enfant, essentiellement en termes d'alimentation, mais qui pouvait s'étendre à d'autres domaines.

4. L'approche systémique des familles addictives selon J.L.Venisse (101).

a- Une perspective systémique intégrative.

Les théorisations psychanalytiques nous ont permis de rattacher la problématique de l'anorexie mentale à une problématique du lien à l'autre.

L'addiction est historiquement une contrainte par le corps. Sous le droit romain et jusqu'au Moyen-Age, une addiction était le fait de donner son corps en gage pour des dettes impayées. D'après Bergeret cité par P.Angel (6), « celui qui n'était pas parvenu à gérer convenablement ses propres obligations se voyait condamné à payer avec son corps et par son comportement le manque

de pertinence de ses systèmes de pensée. »

Il s'agit donc du remboursement d'une dette qui transforme un être humain en un corps asservi. Nous reviendrons sur les notions de dette et d'asservissement.

La dépendance a d'abord été décrite par rapport aux produits avec le paradigme de l'alcoolisme et de l'héroïnomanie.

L'addiction sans produit a été décrite par Glover en 1932 (6) qui émet l'idée que certaines constructions psychiques sont appréhendées par les patients comme des substances psychiques qui fonctionnent comme des drogues.

En 1945, dans son ouvrage *Théorie psychanalytique des névroses*, O.Fénichel propose d'envisager l'anorexie et la boulimie comme des toxicomanies sans drogue. (6).

Petit à petit certains points communs apparaissent entre certaines conduites aliénantes avec ou sans produit, des modèles d'analyse prenant en compte la conduite, les processus psychiques, ou les relations interpersonnelles du sujet plutôt que le produit voient le jour. Il s'agit de modèles de compréhension intégratifs de l'addiction, qui comprennent une dimension intrapsychique et une dimension systémique.

En 1964, l'OMS propose d'abandonner le concept de toxicomanie peu opérant, pour le remplacer par la notion de « dépendance », qui recouvre ces différentes problématiques avec ou sans produit.

Selon J.L.Venisse (102), la dépendance à un comportement alimentaire manifeste une dépendance pathologique à l'entourage le plus proche. Il s'agit d'une pathologie du lien témoignant d'un achoppement du travail de séparation-individuation dont le deuxième temps, dans le cadre des étapes du développement psychoaffectif tel qu'il a été théorisé par P. Blos, se situe à la période de l'adolescence.

Dans cette perspective la dépendance à un comportement avec ou sans produit, dont l'anorexie mentale peut avoir valeur d'auto-traitement de substitution d'une dépendance inélaborable aux proches et réaliser un compromis difficile à tenir entre une revendication d'autonomie souvent affirmée haut et fort et un besoin de dépendance dont la représentation même doit être déniée.

Parmi les paradoxes de ces conduites, se trouve le fait que la dimension de démarcation, de dégagement, que comporte l'addiction, au moins initialement, aboutit rapidement à renforcer les systèmes de dépendance intra-familiaux y compris dans les situations de rupture apparente des liens.

Pour rendre compte de cette difficulté majeure que rencontrent ces adolescents à assumer cette étape de séparation/individuation, J.L.Venisse (101) propose une conception multifactorielle de ces troubles.

En effet il invoque les effets de rencontre et de sommation de facteurs de fragilité multiples, biologiques, psychologiques et socio-environnementaux, et sur la faille narcissique sous-jacente qui sous-tendrait la plupart de ces solutions addictives.

Autrement dit c'est parce que ces jeunes n'auraient pas constitué un capital de sécurité et de confiance personnelle suffisant que l'enjeu de la séparation serait chargé d'une potentialité destructrice; compromettant la survie de l'un ou l'autre protagoniste.

Envisagées au sein du système familial, la fragilité narcissique de l'adolescent et sa séparation/individuation inachevée, peuvent être considérées comme un des aspects de l'interdépendance de tous les membres de ce système.

P.Angel a parlé de familiodépendance pour rendre compte des patterns transactionnels dans

ces familles.

Loin de vouloir considérer ces familles comme pathologiques ou pathogènes quitte à les diaboliser, pas plus que d'en faire des victimes, le propos de J.L.Venisse (101) est de mettre en lumière la crise maturative de la famille qui sous-tend le comportement problème amené par l'un de ses membres.

Nous allons détailler, à partir des écrits de J.L.Venisse (102) et P.Angel (6) certains éléments qui font la fragilité de ces familles en références à différents auteurs.

b- Les secrets de famille.

Certains mécanismes à l'œuvre dans les familles addictives, sont les difficultés d'identifications parentales, et d'introjection d'imagos parentales suffisamment structurantes, qui amènent à l'incorporation dans le psychisme d'objets qui n'ont pas pu être introjectés. Ces mécanismes ont été décrits par N.Abraham et M.Torok. (1)

En effet, certains processus communicationnels dans ces familles, tels que la transmission d'une génération à l'autre de « secrets de famille », correspondent en fait à des mécanismes psychiques d'incorporation, comme l'a démontré S.Tisseron. (96).

Les secrets de famille sont tus par définition, mais ce qui est indicible à une génération, mais qui n'est pas sans affect ni représentation, devient impensable à la génération suivante. La représentation n'est pas transmise, contrairement à l'affect, mais qui n'est lié à aucune représentation.

Cette situation laisse l'enfant face à une angoisse intolérable.

Lorsqu'une expérience traumatisante a été incommunicable et donc tenue secrète par le sujet, la partie clivée du Moi demeure hermétiquement close et cadencée. On parle alors de crypte. Cette crypte est définie par N.Abraham et M.Torok (1) comme une formation de l'inconscient dont la particularité est de n'avoir jamais été consciente, et de résulter du passage de l'inconscient d'un parent à l'inconscient d'un enfant, par l'incorporation.

Il en résulte l'existence d'un fantôme dont personne ne parle mais qui se transmet de génération en génération.

c- Introjection et incorporation.

L'introjection est un processus de métaphorisation par lequel on élargit son Moi, on grandit psychiquement et on mûrit. Les bons objets se retrouvent à l'intérieur du Moi et sont reliés au reste de l'appareil psychique pour son développement.

L'incorporation est la mise à l'intérieur du Moi des objets, mais ils y demeurent prisonniers. Ils ne sont pas utilisables par le reste de l'appareil psychique. On peut imaginer, qu'à la manière

d'un abcès, ils y forment une saillie, qui est source de souffrance psychique.

Dans la perspective de N.Abraham et M.Torok (1), les processus communicationnels entre générations à type d'identifications par l'introjection peuvent laisser place de façon prépondérante à l'incorporation dans les familles addictives.

Ainsi les imagos parentales se retrouvent à l'intérieur du Moi sous forme d'éléments enclavés dans des cryptes, figés, enkystés et sans relation possible avec le reste de l'appareil psychique, et donc ne permettant pas une séparation/individuation de bonne qualité.

d- Familles alexithymiques.

J.McDougall (64) qui s'est intéressée très tôt aux addictions, comprend le comportement addictif comme une vaine tentative de reconstruction de l'espace et de l'objet transitionnel.

L'objet de l'addiction voudrait tenir lieu de l'objet qui n'a pas pu être introjecté, et il demeure transitoire, sans cesse à reproduire. Il ne fait pas trace dans l'appareil psychique.

Elle fait part de l'alexithymie qui règne dans ces familles pour rendre compte de l'émergence de tels phénomènes. L'alexithymie est le fait de ne pas pouvoir représenter psychiquement ce qu'on éprouve.

Si tel est le cas chez la mère, celle-ci ne pouvant rêver ne pourra favoriser la création de contenus psychiques chez son enfant. En effet, la première réalité chez un enfant est l'inconscient de sa mère. Dans une famille où il existe un interdit inconscient de penser les affects, de les imaginer ou de les représenter, l'enfant est livré à des décharges pulsionnelles violentes, non métabolisables. L'agir devient alors le mode préférentiel d'expression au détriment de la mentalisation.

Chez les patients addictés, anorexiques, elle explique qu'il existe un blanc dans la représentation d'une zone ou d'une fonction du corps, et que ce blanc vient d'un traumatisme dans la relation précoce avec la mère.

Une communication dans le registre de l'alexithymie entre la mère et son bébé, laisse celui-ci dans la rage, la détresse liée à l'impuissance à faire face à des affects non représentables.

L'enfant n'ayant pu se construire une représentation interne de la mère restera dans une relation de dépendance vis-à-vis d'elle. Il trouve son identité à partir du désir de l'autre, en s'identifiant à l'image qu'il voit de lui dans le regard de l'autre.

C'est donc la relation qui est addictive avant tout. Le sujet encourt le danger d'être obligé sans relâche de faire jouer à un objet du monde extérieur le rôle de l'objet interne manquant, non introjecté, manque symbolique, mais aussi manque de l'imaginaire.

Nous assistons également dans cette configuration à des déficits de l'introjection ne permettant pas une bonne identification.

M.Corcus (24) soulignait également dans une perspective intrapsychique la place de l'alexithymie pour rendre compte de cette « phobie du relationnel » retrouvée dans les dépendances alimentaires.

Et cette alexithymie trouverait son origine dans des traumatismes de la petite enfance, ou dans des dysfonctionnements précoces des interrelations mère-enfant. Ceux-ci correspondraient à un défaut d'investissement par l'objet maternel du soi psychique et somatique de l'enfant.

Nous rejoignons l'idée d'une communication d'un type particulier entre le parent et son enfant, ne permettant pas l'introjection de bonnes imagos parentales.

e- Le deuil impossible.

Parmi ces fragilités rencontrées chez les familles addictives, il faut citer les pathologies du deuil qui ont des répercussions dans la transmission transgénérationnelle des habilités aux processus de séparation/individuation.

Les deuils traumatiques à la génération des grands-parents, vécus comme expérience de perte, dramatisent les expériences de séparation aux générations suivantes.

Selon P.Hachet cité par P.Angel (6), la drogue ou la conduite addictive pourrait alors exprimer ce qui ne peut être dit. Plus que la perte en soi, c'est son insuffisante métabolisation psychique qui semble déterminante dans les conduites addictives. L'injection vient remplacer l'introjection défaillante

La perte est niée par le processus archaïque d'identification que représente l'incorporation. En devenant l'objet, le sujet le conserve totalement et ne court plus le risque d'être abandonné. Le fantasme de devenir l'autre est mis en acte par le cannibalisme, le guerrier qui mange son ennemi est censé acquérir sa force.

De même le toxicomane ou l'alcoolique consomment un objet externe qui représente un inducteur fantasmatique qui permet à ces sujets de sortir d'une vacuité représentative.

La pratique de l'incorporation procure donc du plaisir sous des formes diverses qui ne concernent pas seulement la sphère orale. Ainsi, d'autres conduites addictives telles que la boulimie, les tentatives de suicide à répétition, les automutilations, la potomanie, etc... se caractérisent par l'avidité, la consommation effrénée, et les aspirations impétueuses ; La particularité de ces comportements réside dans l'existence d'auto-érotismes qui supposent l'utilisation d'une zone corporelle et d'un objet extérieur.

On peut imaginer dans l'anorexie mentale l'existence d'un auto-érotisme qui résiderait dans la maîtrise de la sensation de faim, et dans la maîtrise de la consommation d'un objet extérieur alimentaire.

Si le mécanisme d'incorporation prédomine, il ne peut y avoir une élaboration correcte de la perte. L'incorporation est sans cesse à renouveler pour suppléer à l'introjection défaillante.

f- Une généalogie de la dépendance.

Ce sont les mécanismes décrits ci-dessus, tels que les difficultés représentatives à l'origine d'une défaillance de l'élaboration de la perte, qui conduit F.X.Colle (16) à parler de généalogie de la dépendance. Ceci en clinique se marque par le fait que les difficultés d'individuation d'un jeune renvoient surtout à la séparation inachevée de ses parents avec leurs propres parents.

Une idée assez similaire est celle de « court-circuit générationnel » développée par P.Chaltiel et S.Angel (5) dans les familles de toxicomanes, et qui est à rapprocher de celle de parentification des enfants décrite notamment à propos des maladies psychosomatiques. Selon cette théorie, le sujet entretient souvent une relation anaclitique avec un de ses parents (au plus près de l'étymologie de ce terme, à savoir à la fois appuyé sur lui et à son chevet).

On assiste à un véritable télescopage des générations, dans lequel le sentiment de la mort possible du jeune est préférable à toute individuation et amorce de dissociation d'une famille synchronique.

La dimension temporelle est annulée et le cycle de vie qui en découle est évité avec tout ce qu'il comporte à savoir l'individuation de l'adolescent, la mort et le deuil des grands-parents que nous avons évoqués plus haut, et la nécessité pour le couple parental de vivre la phase du « nid vide » sans l'adolescent.

Ce risque de la mort du jeune fait passer au second plan les nécessités de travail de séparation des parents avec leurs propres parents, ou le travail de deuil des grands parents, et l'autonomisation de l'adolescent est rendue impossible par la nécessité d'une protection parentale absolue du fait de sa maladie.

L'acquisition du sentiment d'identité chez l'adolescent, l'apparition de « je » au sein d'un « nous », ne peut se faire qu'au travers d'une modifications des relations intrafamiliales. L'adolescence du jeune correspond à une crise maturative de la famille entière. Cette étape du cycle de vie familiale peut emmener vers une voie qui ne favorise pas l'indépendance.

A côté de ce point de vue psychogénétique qui privilégie la notion de cycle de vie et des enjeux propres à l'adolescence, un autre axe est celui des mythologies familiales qui est plus directement une notion systémique.

Le mythe familial tel qu'il a été décrit par Ferreira en 1963 (33), est une croyance partagée par tous les membres de la famille et transmis de génération en génération. La transmission de cette vérité, aussi bien que son caractère immuable, fait appel au même type de communication entre les générations que ceux décrits ci-dessus.

Le mythe devient un phénomène d'ordre pathologique s'il se propose comme résistance au changement et ainsi défenseur de l'homéostasie familiale.

L.Onnis (76) considère que les mythes « d'incorporation », rappelant le mécanisme déjà évoqué, sont très présents dans les familles psychosomatiques, et ont pour fonction de militer pour une « unité à tout prix », qui lutte contre un fantasme de rupture et de menace de désagrégation familiale.

Certains mythes au contraire, si comme le considère C.Levy-Strauss, derrière une trame apparemment élémentaire, dissimulent un ordre logique cohérent qui définit les interdits et

autorisations, fondement de toute pensée rationnelle, représentent un passage mental essentiel qui introduit les caractéristiques humaines en comparaison au monde animal.

g- Le mythe d'expiation et de pardon.

Nous avons vu qu'historiquement, le terme d'addiction renvoyait à l'idée d'une dette dont le sujet ne pouvait s'acquitter.

Dans les familles d'héroïnomanes qu'elle rencontre, J.Aussenberg citée par P .Angel (6) définit la dette comme la nature du lien qui unit les différentes personnes. Mais cette dette est insolvable parce qu'elle est floue. Personne ne sait ce qu'il doit à l'autre. Les protagonistes sont donc condamnés à une réparation éternelle.

Les mythes de pardon, d'expiation, donnant une valeur sacrificielle à la conduite addictive, sont très présents dans ces familles. La notion de sacrifice déjà développée par M Selvini- Palazzoli, a été reprise dans les écrits de R Girard cité par J-L.venisse (102). D'ailleurs elle peut s'articuler avec la notion précédemment évoquée de la menace de la mort de l'adolescent qui se fait le garant du maintien de la cohésion familiale.

De même, en plus de sa culpabilité, le sujet addicté endosse celle de toute la famille. Qu'il renonce à son rôle et le *statu quo* se rompt.

h- Le mythe de l'harmonie familiale.

Dans le même ordre d'idée, le mythe de l'harmonie familiale est très prégnant dans ces familles. Dans l'anorexie mentale notamment, une bonne entente régnait à la maison avant que la maladie ne soit dévoilée.

Généralement d'après les parents, tout rentrerait dans l'ordre si le symptôme disparaissait.

Ce mythe de l'harmonie familiale était décrit par M.Selvini-Palazzoli à propos des familles d'anorexiques (89), ainsi que par L.Onnis (76) à propos des maladie psychosomatiques.

i- Le fantasme d'endogamie.

Cette harmonie familiale s'accompagne selon D. Vallee (98), d'un mythe du couple parental idéal, espace de relations aconflictuelles et asexuées, qui s'appuieraient sur un fantasme d'endogamie selon lequel le lien conjugal serait de même nature que les liens du sang, c'est-à-dire indéfectible.

Ce mythe nie bien entendu l'exogamie, le jeune adolescent se retrouve devant une situation

impossible quand arrive l'âge de la procréation.

La question des liens entre les personnes est posée dans ce type de familles, par l'adolescent. Si le couple parental est de transaction endogamique, comme le remarque P.Chaltiel, cité par J-L.Venisse (102), comment l'adolescent peut-il concevoir un système ouvert sur le monde, où les relations entre les êtres sont conditionnelles, provisoires, défectibles ?

Les liens au sein de ces familles sont supposés indéfectibles. Cela implique des relations en tout ou rien. Chacun est dévoué au bonheur de l'autre, sans rien vouloir pour soi. Cet altruisme, qui implique culpabilité et dette insolvable, rend impossible l'expression des besoins personnels.

De plus, souligne P.Angel (6), un sentiment de grande solitude accompagne les individus qui partagent cet altruisme dans la famille puisqu'ils ne peuvent jamais s'autoriser à demander en leur nom propre.

Cette notion de solitude ressentie sera développée dans la partie consacrée à notre étude des fonctionnements familiaux dans l'anorexie mentale.

j- Des transactions incestuelles.

Selon JL Venisse (102), ces constatations amènent à mesurer la dimension transgressive, au moins inconsciente, de tels fonctionnements perceptibles le plus souvent à un niveau transgénérationnel, au niveau du registre des lois et de la justice mais aussi des normes morales, en particulier à type de transactions incestuelles.

Ces transactions incestuelles ne sont pas aisées à repérer en clinique parce que justement leur fonction est de garantir l'occultation portée sur certains faits. L'atmosphère de confusion et de dédifférenciation qui affecte les individus et les générations aussi bien que l'articulation entre intime, public, et privé.

Pour J-L. Venisse, la connaissance que nous avons des configurations familiales qui permettent l'émergence d'une problématique de dépendance chez un de ses adolescents, familles souvent qualifiées de dysfonctionnelles non rigides par opposition aux familles de psychotiques, familles marquées par la symbiose interindividuelle et la dédifférenciation des générations et des sexes, par des frontières floues entre les différents sous-systèmes, impose dans le cadre de soins qui est proposé, quel que soit son référentiel théorique prédominant, d'aménager un espace spécifique pour la famille.

Cet espace n'est pas systématiquement celui d'une thérapie familiale stricto sensu, mais peut être représenté par un accueil en consultations familiales pour un travail de guidance.

De même la pluralité des intervenants que permet une approche thérapeutique systémique, ou du moins intégrative, permet une redistribution des mouvements transférentiels du patient, protégeant le patient addictif d'un transfert massif et unilatéral qui peut être source chez lui de rupture précoce tant il viendrait solliciter une avidité et une appétence objectale insupportables.

Beaucoup d'éléments cités dans ce chapitre sur les caractéristiques des familles addictives rejoignent les points communs déjà relevés entre S Minuchin et M Selvini Palazzoli, au travers notamment des notions de loyauté au groupe, de la dimension sacrificielle du trouble et des faibles possibilités d'autonomisation en vertu du caractère centripète de ces familles.

La rigidité n'est pas retrouvée et est plus attribuée aux familles de psychotiques.

V/ Mise en perspective des différents types d'approches de la maladie.

1. Une approche théorique psychanalytique des fonctions familiales.

Cette partie est une expansion de l'essai de compréhension des mécanismes psychiques qui sous-tendent le développement du trouble anorexie mentale. L'évolution de la pensée psychanalytique concernant cette maladie nous a amené à établir des liens étroits entre les mécanismes psychopathologiques à l'oeuvre chez les patients, et les interactions qu'ils entretiennent avec leur environnement le plus proche.

Une théorisation sur les fonctions familiales et communautaires permettra d'apporter un éclairage différent et d'introduire la quatrième partie consacrée aux approches systémiques de la maladie.

Cette partie fera référence essentiellement à D.Meltzer dans « *Un modèle psychanalytique de l'enfant-dans-sa-famille-dans-la-communauté.* » (66).

Meltzer annonce comme préalable le fait que la douleur psychique est au centre de toute conception psychanalytique. Elle peut être divisée en trois catégories : dépressive, persécutrice, et confusionnelle.

La première peut être considérée comme une menace contre ses objets d'amour, la seconde se réfère aux douleurs comportant une menace pour le sujet, la troisième représente une menace contre ses propres facultés de penser et de fonctionner;

La fonction essentielle de l'appareil psychique est de se défendre contre cette douleur, et d'aider ainsi le sujet à se développer et grandir.

Meltzer élargit ce concept d'un appareil psychique individuel, à un modèle communautaire dans lequel le groupe familial aurait pour fonction la contenance et la répartition de la douleur psychique liée à la croissance et au développement des membres de la famille au sein de la communauté.

Un des principes de la conception psychanalytique de ces questions est qu'il n'y a pas de développement sans douleur et que, inversement, toute régression chez le sujet implique une nouvelle mobilisation de la douleur psychique rattachée à la structuration de sa personnalité lors des phases antérieures de son développement.

Les fonctions familiales dans cette perspective de contenance de la douleur psychique sont appelées ainsi par Meltzer : créer l'amour, distiller la haine, favoriser l'espoir, semer le désespoir, contenir la douleur dépressive, exsuder l'angoisse de persécution, engendrer la confusion, penser. Chacune de ces fonctions peut être mise en oeuvre par des actes ou en paroles, ouvertement ou secrètement, par la vérité ou le mensonge, c'est-à-dire par des actes ou par des discours dont la signification est connue pour être fausse.

A tout moment, ces fonctions se voient déléguées à l'un ou l'autre des membres de la famille. Lorsque quelqu'un s'attache à un autre pour qu'il assure une des fonctions à sa place, il s'agit alors de dépendance fonctionnelle. Une fonction peut être acceptée par le sujet ou imposée par d'autres

membres. Certaines fonctions peuvent tomber en désuétude car personne ne les assure; il en résulte un point d'appel pour tout phénomène chaotique qui comporte implicitement des angoisses catastrophiques.

Meltzer décrit au niveau de toute communauté comme au sein de la famille, une capacité d'organisation d'une grande ampleur, pour assumer les fonctions que nous avons décrites.

En référence à Bion, il décrit cette capacité selon deux grandes catégories : le groupe de travail et les présupposés de base.

Pour mettre en place le groupe de travail dans une communauté, il faut du temps, de la réflexion, des échanges dans un climat d'étroite collaboration. Le travail qui y est effectué est pensé et conscient.

Dans cette même communauté, la référence aux présupposés de base est un mode de fonctionnement qui peut surgir à chaque instant dès lors que deux de ses membres se retrouvent. Le mode de fonctionnement qui s'opère est celui de la participation collective et inconsciente au mythe de la communauté qui est son présupposé de base.

Le fonctionnement au niveau des présupposés de base est celui d'une résistance à la pensée. Il s'agit d'un fonctionnement sans angoisse, mais sans capacité de penser ou de travail.

A la manière d'un appareil psychique individuel, Meltzer décrit au niveau familial l'existence de processus de pensée consciente, et des mouvements inconscients qui s'opèrent pour résoudre des problèmes.

Le groupe des présupposés de base est un mode de fonctionnement qu'il décrit comme plus archaïque que le groupe de travail.

A tout moment une famille pourra quitter le niveau individuel d'organisation avec ses relations multilatérales pour se situer à un niveau dominé par un mythe historique -unaniment adopté mais en général inconscient- à propos de ses origines. Ce niveau se caractérise par une capacité à s'organiser momentanément sur la base d'un état psychique homogène et partagé, engendré par une identification projective mutuelle.

a- L'organisation au niveau des présupposés de base.

Il existe trois groupes de présupposés de base qui, pris ensemble, ont un rapport séquentiel naturel que nous allons détailler.

Cette séquence pourrait s'énoncer dans un mythe narratif tel que celui-ci : au commencement, tous les besoins du groupe étaient satisfaits grâce à la sagesse de ses chefs (les parents), de sorte que les attaques envieuses et l'inimitié naturelle du groupe voisin (la tribu) étaient contenues. Il s'agit du groupe des présupposés de base appelé dépendance ou culpabilité. La dépendance est celle qui s'exerce vis-à-vis du sauveur, et non pas d'un objet.

Au fur et à mesure que les chefs historiques vieillissaient et se mettaient en retrait, les désaccords parmi les plus jeunes, et qui aspiraient à prendre leurs places, donnèrent lieu à des incompatibilités politiques; Pour certains il fallait lutter, et pour d'autres s'enfuir. Il s'agit du groupe

des présupposés de base appelé attaque/fuite ou paranoïa à un degré plus fort.

A la mort des chefs historiques, le groupe se scinda en deux, une partie demeurant sur place afin de combattre, et une partie cherchant la fuite pour trouver des voisins plus paisibles. Pendant que le premier groupe était progressivement décimé ou s'assimilait, le second attendait la naissance d'un nouveau chef, ce qui finit par se produire. Il s'agit du groupe des présupposés de base appelé couplage ou conjonction ;

Ce nouveau chef, par sa sagesse, satisfait aux nouveaux besoins du groupe, après avoir par son esprit combatif, établi puis stabilisé des relations de bon voisinage avec ce nouvel entourage. Le fonctionnement au niveau des présupposés de base redevient celui de dépendance ou culpabilité.

Cette séquence de fonctionnements semble s'ordonner de manière cyclique.

b- Eclairages que ce modèle apporte à la problématique familiale dans l'anorexie mentale.

Un des traits caractéristiques rencontrés en clinique dans les familles touchées par l'anorexie mentale, est la mythologie familiale. Les auteurs précédemment cités retrouvent dans ces familles le partage de valeurs et de croyances chez chacun de ses membres, qui dit quelque chose de ses origines.

Mara Selvini Palazzoli (89) évoquait le sacrifice de soi, le mythe de l'harmonie familiale au détriment de l'épanouissement de l'individu.

L. Onnis (76) évoque un mythe familial marqué par l'harmonie du groupe, corrélée à un fantasme de rupture et de chaos qui pourrait survenir dès lors qu'il existe un conflit.

Jean-Luc Venisse (102), en référence à Valle (98), décrit dans les familles addictives le mythe d'un couple parental idéal, espace de relations aconflictuelles et asexuées.

Ces mythologies familiales très fortes qui sont à l'oeuvre dans ces familles, nous font penser à un type de fonctionnement au niveau des présupposés de base, compte tenu de la très forte référence à leur origine dans le mythe.

Le terme de dépendance pour qualifier un des groupes de présupposés de base n'est pas sans rappeler la problématique de la dépendance dans l'anorexie développée par Jeammet (50), mais peut porter à confusion.

Nous avons précisé qu'il ne s'agit pas de la dépendance à un objet mais de la dépendance à un sauveur.

Le modèle poussé à l'extrême fait apparaître un chef tout puissant incarné par le père, la mère, un couple parental, ou tout autre membre de la communauté. Celui-ci fait naître à l'égard du reste du groupe un sentiment de culpabilité vis-à-vis de lui-même, capable de tuer tous les hommes et de féconder toutes les femmes comme dans la horde primitive. Le tabou de l'inceste est tombé.

La problématique des liens de filiation est soulevée dans cette représentation du groupe fonctionnant au niveau des présupposés de base « culpabilité ».

Nous pouvons faire le parallèle avec la question de l'endogamie dans les familles addictives, développée par Jean-Luc Venisse. (101).

Le fantasme d'auto engendrement est présent dans ces familles, avec une dédifférenciation des rôles de parents et d'enfants, le couple parental se présentant comme un espace de relations asexuées. L'exogamie y est niée, laissant la place à la dimension transgressive incestuelle voire incestueuse des relations entre les membres de la famille.

Nous pouvons faire l'hypothèse que les familles touchées par l'anorexie connaissent, *à un moment de leur cycle de vie*, un fonctionnement archaïque au niveau des présupposés de base « culpabilité ».

D'ailleurs, la notion de la culpabilité au sein de ces famille était soulevée par L. Onnis (76), dans sa description du mythe de l'harmonie familiale. Le conflit y étant corrélé à la rupture, la force des liens qui unit chaque personne à sa famille est proportionnelle au sentiment de culpabilité qui naît de chaque possibilité de transgression.

Dans les familles se trouvant dans un tel type de fonctionnement, la fonction de direction tombe tout naturellement entre les mains du membre le plus « silencieusement grandiose » selon Meltzer. Son rôle est alors de représenter les fonctions de penser, planifier, et d'assumer toute responsabilité.

Nous pouvons mettre en rapport ce mode de fonctionnement avec les présentations symptomatiques des familles anorexiques décrites par Mara Selvini Palazzoli.

En effet, elle soulignait dans ces familles des difficultés de communication (87) se traduisant par « un leadership impossible » et le fait qu'il ne se déclarait pas.

La fonction de chef, parentale, ne se déclarerait pas, mais s'imposerait implicitement, en se référant à des réalités contingentes extérieures, le Bien, le mal, la Santé...

Selon Meltzer, l'attitude que le chef du groupe fait naître à l'égard de la communauté extérieure est faite d'une attente de bienveillance, de générosité, de paix, de bonté. Le mal n'est pas pour autant nié, mais il est mis à distance.

Cette fonction de chef selon Meltzer se rapproche plus d'une attitude de protection du reste du groupe, que d'une attitude d'autorité.

Cette façon de prendre une posture de chef dans ces familles rappelle l'hyperprotection décrite par Minuchin (69), Selvini Palazzoli (89), Bateson (8).

Toujours selon Meltzer, le marginal dans ces familles, voire le bouc émissaire, serait un membre important du groupe, sa force de cohésion.

Nous retrouvons cette fonction dans ce que Minuchin (69) a décrit de « l'enfant symptôme » dans les familles psychosomatiques, qui avait pour rôle de garantir une homéostasie familiale.

De même, la très forte cohésion était une caractéristique clinique repérée dans les familles touchées par l'anorexie, par la plupart des auteurs. (Enchevêtrement selon Minuchin (69), cohésion et très forte loyauté au groupe familial selon Selvini Palazzoli (89)).

Une des fonctions de cet appareil psychique familial étant de lutter contre la confusion, favoriser la pensée, nous pouvons faire le rapprochement avec la communication de type alexithymique décrite dans les familles d'anorexiques par J.McDougall (64), pour rendre compte des difficultés que rencontre cette entité psychique dans les familles de ces patients.

Cette étude rapprochant les descriptions cliniques faites par les systémiciens des familles où l'on rencontre une jeune fille anorexique, du modèle psychanalytique de Meltzer pour décrire les

fonctionnements familiaux, laisse à penser que ces familles présenteraient à un moment donné de leur parcours un fonctionnement au niveau des présupposés de base « culpabilité », qui serait un fonctionnement plus archaïque qu'un autre type d'organisation.

c- Possibilités évolutives du fonctionnement familial.

Selon Meltzer (66), l'organisation au niveau des présupposés de base (PB) se déroule dans les familles selon une séquence où les trois types de groupes PB se succèdent dans cet ordre : dépendance ou culpabilité, attaque/fuite, couplage ou conjonction.

Nous avons décrit le groupe PB « culpabilité » dans lequel pourraient s'inscrire les familles aux prises avec le développement d'une anorexie.

Le modèle de Meltzer inclue une évolutivité obligatoire de ce fonctionnement.

Le glissement peut se faire vers un autre groupe de PB attaque/fuite, marqué par le recours à l'agir prédominant, la violence de son chef. L'attitude à l'égard de la communauté environnante est celle de faire valoir ses droits et de rendre justice.

Le glissement peut également se faire vers une organisation familiale au niveau des groupes de travail. Dans ces organisations, les fonctions éducatives familiales vont dans un sens progressif vers le développement individuel.

De même le glissement d'une organisation familiale à un niveau du groupe de travail peut glisser vers un fonctionnement de type présupposé de base si deux types de facteurs interviennent simultanément : si un problème d'organisation s'avère être sans issue, et si un de ses membres qui endossera la fonction de chef, est pourvu d'une influence charismatique.

Ainsi, cette notion d'une évolutivité obligatoire, ressitue les dysfonctionnements ou particularités observées dans ces familles dans un *cycle de vie familiale*.

L'appareil psychique familial ainsi décrit, prenant le pas sur les appareils psychiques individuels lorsque la famille adopte un fonctionnement au niveau des présupposés de base, semble avoir les mêmes capacités de développement, croissance, mais aussi régression à des points de fixation qu'un appareil psychique individuel.

Son développement lui permettra ou non de remplir ses fonctions essentielles qui sont lutter contre les angoisses de persécution, les angoisses dépressives et la confusion.

2. Eclairage psychopathologique des différents constats cliniques.

a- Réflexion autour de la surreprésentation des filles dans la maladie elle-même.

Dans leur thèse sur le poids de la culture dans l'anorexie mentale et la boulimie, A.Guillemot et M.Laxenaire (42) tentent de répondre à la question.

Les écrits sociologiques essentiellement féministes sur le sujet, éclairent une partie de la question de leur point de vue, mais ne peuvent pas rendre compte du problème dans son ensemble, car écartent ce qui se passe pour les hommes atteints d'anorexie, et ce qui s'est passé pour d'autres patients anorexiques à d'autres époques ou dans d'autres sociétés.

Les théories génétiques, même si elles démontrent une participation indubitable oligogénique ou polygénique dans le développement du trouble anorexie mentale, n'éclairent en rien la prédominance sexuelle féminine de cette maladie.

Une réflexion psychanalytique permet d'apporter un éclairage sur la question. En effet, la nécessaire inscription corporelle de cette maladie, l'impossibilité de son expression psychique pour les personnes qui en sont atteintes, confère à l'anorexie mentale une position carrefour.

Cette conduite agie, et de nette prévalence féminine interroge les rapports et les frontières entre le corps et la psychée, l'enfant et l'adulte, mais aussi les fondements mêmes de la féminité.

Selon S.Vibert (103), même s'il est admis que l'anorexie mentale ne relève pas d'une organisation psychopathologique précise, la symptomatologie observée invite toutefois à repérer des modalités de fonctionnement psychique spécifiques et communes à ces troubles.

Le combat drastique mené contre la faim, dit-elle en référence à P.Jeammet, apparaît substitutif d'une lutte contre la reviviscence, à l'adolescence, d'une problématique de dépendance narcissique du Moi à l'objet, qui semble déterminer l'achoppement des processus d'élaboration de la perte.

Une réflexion autour du concept d'identification permet d'aborder la problématique féminine de cette pathologie. (103).

En effet, c'est par les identifications que l'enfant parvient à sortir du conflit oedipien, contraint par l'angoisse de castration et l'interdit de l'inceste. En transformant la libido d'objet en libido narcissique, l'identification entraîne donc l'abandon de l'investissement d'objet, mais aussi l'abandon du but sexuel inhérent à un tel investissement.

L'identification est par conséquent un processus de déssexualisation, et par là de sublimation et devient une voie de résolution de la perte.

Toute aptitude au changement particulièrement à l'adolescence, paraît ainsi intimement corrélé aux modalités de traitement de la perte et tient aux capacités que le Moi a de la résoudre en instaurant des identifications qui contribuent à renforcer son caractère et en déplaçant ses investissements sur de nouveaux objets

Le modèle de la mélancolie permet d'avancer dans la réflexion. Selon Freud dans le texte de 1915 « Deuil et Mélancolie » la mélancolie est un processus d'identification, comme un mode de transformation d'un « investissement d'objet peu résistant » qui fait retour dans le Moi et manifeste

sa nature originellement narcissique.

Dans la mélancolie, la déception de la part de la personne aimée entraîne une identification régressive et mortifère du moi avec l'objet perdu.

Ainsi le travail de renoncement aux objets d'amour et d'élaboration de la perte dans l'anorexie mentale semble suivre la trajectoire mélancolique telle qu'elle est définie par Freud, si l'on s'en tient aux impasses identificatoires révélant l'engagement du Moi dans un processus d'auto-mortification comme en témoignent les attaques contre le corps propre qui traduisent l'impossibilité d'élaborer une culpabilité aux accents mortifères.

S.Vibert (103) poursuit la réflexion en introduisant la notion de passivité dans le féminin. A la différence du garçon qui se voit contraint de refouler l'Œdipe sous la menace de la castration, la petite fille n'a pas à accomplir cette tâche. Elle en a d'autres à accomplir qui sont le déplacement des zones érogènes à l'adolescence, et le changement d'objet d'amour, de la mère au père.

Ces changements mettent à l'œuvre les processus d'élaboration de la perte, qui s'ils sont défaillants, compromettent l'accès à la féminité.

L'angoisse féminine se rapprocherait d'une angoisse de perte d'amour de la part de l'objet qui rendrait plus susceptible à l'entrée dans des processus d'identifications de type mélancolique.

Ainsi, si l'angoisse de castration (masculine) et l'angoisse de perte d'amour de la part de l'objet (féminine) sont toutes deux le prolongement de l'expérience traumatique de la passivité chez le nourrisson, l'angoisse féminine serait dans une intimité plus grande avec cette expérience de détresse originaire.

Selon S.Vibert, le refus de la féminité à l'adolescence serait lié à l'impossible accès à la position passive.

Chez la fille, il y aurait une angoisse de perdre l'amour de la part du Surmoi. Ces assertions amènent à envisager les conduites sacrificielles et masochistes, observées dans l'anorexie mentale, comme pouvant résulter d'une dépendance dangereuse du Moi à un Surmoi féminin persécuteur, coupé de ses composantes libidinales et protectrices.

En fin de compte, la prédominance féminine dans l'anorexie mentale s'expliquerait par le fait que la féminité se fait l'héritière de la fragilité narcissique au sein de ces organisations. L'accès à la position passive s'avère compromise pour ces jeunes femmes et se traduit par des identifications féminines barrées compte tenu de la prévalence narcissique des identifications et de la tonalité dépressive des conflits de dépendance.

S.Vibert complète sa thèse en exposant les résultats de tests projectifs (Rorschach et TAT) réalisés auprès de jeunes filles anorexiques à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris, et qui retrouvent chez ces patientes la persistance d'une problématique de dépendance narcissique corrélée aux impasses identificatoires féminines du fait d'un traitement pathologique de la perte d'objet, dont les identifications pathologiques sont l'aboutissement.

Elle met ainsi sur le compte d'un achoppement des processus d'élaboration de la perte à l'œuvre dans l'anorexie mentale, la prédominance féminine de cette pathologie.

b- Le rôle de la fratrie, les relations entre soeurs.

Les auteurs s'accordent pour dire que l'étude de la fratrie des patients anorexiques a été largement délaissée, au profit de celle des parents du patient anorexique. (99), (19).

Cependant, quelques études se sont intéressées à la rivalité fraternelle. L'impression clinique était celle d'une relation fraternelle faite de jalousie, de rivalité intense, de sentiments ambivalents, entre le patient anorexique et son frère ou sa sœur d'âge le plus proche. Ceci était d'autant plus vrai s'il s'agissait de deux sœurs proches en âge.

On pourrait penser que l'identification féminine à la mère peut s'avérer plus compliquée chez une jeune fille qui aurait une sœur proche en âge, et dont elle devrait également se démarquer.

De même, une mère qui aurait deux filles d'âges rapprochés, pourrait rencontrer plus de difficultés à investir les deux enfants de façon différenciée.

Cependant, aucune étude selon W.Vandereyken (99) n'a pu objectiver une relation entre cette rivalité fraternelle et le pronostic de la maladie, ni de différence significative entre l'existence d'une rivalité fraternelle chez des adolescents anorexiques ou chez des adolescents contrôle.

Un constat clinique énoncé par Bruch (13) et retrouvé dans différentes études par la suite, dont celle de Gueguen (41), indique la surreprésentation des filles dans les fratries de patient(e)s anorexiques.

Ce dernier auteur (41) émet des hypothèses psychopathologiques en rapport avec ces résultats, et qui permettent d'éclairer la notion de rivalité entre sœurs que nous venons d'évoquer :

La relation fraternelle évoque autant l'alliance indefectible (la fraternité) que la rivalité et la haine (les frères ennemis). C'est une relation psychique entre deux ou plusieurs sujets qui se prennent l'un pour l'autre dans une projection clivée d'eux-mêmes (je suis/je ne suis pas/comme lui).

Cette relation est structurante quand elle se réfère à un tiers, elle peut être destructrice et pathologique quand le tiers est absent, favorisant la confusion et l'indifférenciation.

L'enfant dans sa fratrie est confronté à un double traumatisme : objectal et narcissique. Il est obligé de partager sa mère et doit se confronter à un rival.

La rivalité fraternelle selon J.F. Rabain (81), est le plus souvent définie par cette relation de jalousie qui est ce sentiment éprouvé lorsque l'on perçoit un autre qui peut jouir d'un avantage qui vous est refusé et qui apparaît lorsque deux individus entrent en concurrence pour un objet unique.

Dans ce jeu de miroirs, de réciprocité et de mirages narcissiques, les frères et les sœurs peuvent nouer des alliances qui sont autant sources d'appui que de rivalités. Ces relations peuvent être étayantes tout comme elles peuvent entraîner des confusions insoutenables, tant dans la relation aux frères et sœurs que dans la relation aux parents.

Il n'est donc pas rare que le frère ou la sœur joue un rôle de complément narcissique, qui contribue au fantasme d'une autosuffisance à deux et d'un narcissisme accompli. Les jumeaux en sont l'exemple le plus manifeste.

La pathologie anorexique est une pathologie du féminin à un croire les données

épidémiologiques (10 filles pour 1 garçon).

Cette pathologie qui surgit à l'adolescence est d'abord une attaque contre la sexualité et, pour les jeunes filles, contre la féminité, l'aménorrhée en étant le paradigme.

Centrée sur l'identité sexuée, y compris chez le garçon qui se réfugie dans un corps infantile, asexué, elle a à voir avec les liens précoces avec la mère, avec un attachement préoedipien, compliqué chez la petite fille par le fait qu'elle devra ultérieurement changer d'objet d'amour.(104)

La surreprésentation des filles dans la famille augmente le caractère flou et incertain des limites entre les individus décrit précédemment par J.L. Venisse (102), ainsi que le manque de distance et l'enchevêtrement décrit par Minuchin (69) qui contribue à la confusion des rôles.

La tâche de séparation/individuation semble être rendue plus complexe par cette donnée épidémiologique.

Ces familles sont également marquées par la relative absence du père sur le plan symbolique, son rôle de tiers séparateur est lui aussi rendu encore plus compliqué par cette prépondérance féminine.

An sein des fratries, la présence d'une ou de plusieurs soeurs peut accentuer une identification en *faux-self*, l'enfant *comme-soi* ayant valeur de refuge. Celui-ci a alors une fonction de *holding* bien plus que de rival alors même que la relation à la mère s'organise déjà sur un mode narcissique.

Tout comme le rôle de complément narcissique joué par un membre plus âgé de la fratrie souligné par Jeammet (50), celui du frère ou de la soeur du même sexe, voire du jumeau ou de la jumelle, favorise une relation en miroir, elle-même aggravée par une relation peu triangulée aux parents.

La complémentarité, ou plutôt le sentiment de complétude assez massif éprouvé auprès d'une soeur ou d'une jumelle, pendant la période de latence, masque les carences affectives ou identificatoires de ces patientes.

On est d'ailleurs frappés en clinique par l'histoire *sans histoire* de ces patientes, petites filles modèles pour forcer la caricature.

Il faut attendre l'émergence pubertaire pour découvrir qu'elles sont en difficulté, incapables de s'affirmer et de trouver leur place, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des familles.

L'histoire de ces patientes est marquée par le vécu d'une relation spéculaire évitant toute conflictualité et permettant de ne pas se confronter à soi.

Pendant la latence, les difficultés de l'enfant sont masquées parce qu'elle donne entière satisfaction à l'idéal narcissique des parents, plus particulièrement de la mère.

La prédominance des soeurs dans la fratrie permet à la petite fille d'éviter une confrontation directe à la mère et au père, en facilitant une relation refuge dans l'enfant identique à soi (ou vécu comme tel).

L'anorexie mentale, qui est une question autour du féminin et de la relation à la mère, trouve à travers les soeurs un miroir rassurant, soutenant, qui s'effondre quand l'autre enfant ne veut plus ou ne peut plus jouer ce rôle.

C'est ainsi qu'à la puberté survient un nouveau bouleversement, avec ce sentiment de complétude qui vole en éclat.

Celui-ci peut être favorisé par la différenciation du frère ou de la soeur vécu comme-soi, mais en lui-même le processus de sortir de la latence entraîne une réorganisation de cette relation

duelle dédifférenciée.

Une réorganisation familiale à la faveur du départ d'un aîné entraîne le même type de phénomènes.

L'équilibre se rompt en raison de la perte du double et ces adolescentes sont ramenées à une période où l'indifférenciation moi-autrui (ou moi-soeur) n'était pas dépassée.

Avec l'effondrement du mirage narcissique, elles semblent ne pouvoir se reconstruire que dans une mégalomanie ou une prétendue maîtrise de soi qui est à la mesure de cette dépendance à l'autre vécue de façon souterraine et asymptomatique pendant toutes les années de latence.

La fratrie ne saurait à elle-seule tout expliquer mais elle est un contexte à prendre en compte.

Le constat selon lequel les filles sont surreprésentées au sein de ces fratries montre que la relations des soeurs entre-elles est au coeur de la problématique, de même que la relation à la mère et au père est particulière.

Ces relations des soeurs entre-elles sont fragilisées du fait du plus grand nombre de filles au sein de la fratrie du fait d'un double mouvement :

- du côté des parents, plus particulièrement du côté de la mère, par une difficulté à investir de façon différenciée chacune de ses filles, avec parfois la notion d'une déception liée au sexe de la petite fille, favorisant un investissement ambivalent de sa féminité;
- du côté de l'enfant, par une plus grande difficulté à trouver sa place et à investir son identité sexuée qui s'exacerbe à travers une relation d'envie vis-à-vis des autres enfants de la fratrie.

Cette difficulté d'identification, qui peut apparaître chez des jeunes filles ayant une sœur d'âge rapproché, pourrait rendre compte en partie de la plus grande fréquence des troubles des conduites alimentaires parmi les fratries de patients anorexiques. Un autre facteur à mettre en cause serait la vulnérabilité génétique.

C'est dans une perspective intégrative multifactorielle que nous pouvons comprendre ce phénomène.

c- Le rôle de la mère.

Comment rendre compte schématiquement du rôle de la mère après ces différents aperçus théoriques ?

Nous avons vu que les mères sont décrites d'une façon qui peut paraître contradictoire :

- d'un côté on insiste sur leur caractère de personnage fort, rigide, dominant, voire tyrannique, peu chaleureux, etc...Voire M.Selvini-Palazzoli (89)
- d'un autre côté on relève chez elles l'importance de manifestations dépressives. (79). Cet état dépressif peut être repéré dans les premières années de la vie de l'enfant, empêchant la

mère d'être en empathie avec lui et de lui fournir un étayage affectif. On le retrouve parfois dans les mois ou l'année ayant précédé le déclenchement des troubles.

Cette contradiction n'est qu'apparente si l'on considère que la rigidité des positions de caractère reflète une dépression sous-jacente.

Quand à la position dominante, elle peut être le fait d'une mère déprimée qui se perçoit comme faible, débordée et dévalorisée.

Dans cette perspective, selon M.Corcros (21), il est nécessaire au-delà du comportement manifeste, de considérer la place qu'occupe chacun dans le fantasme des autres.

La future anorexique occupe dans les fantasmes de sa mère une place particulière : l'investissement maternel est de nature essentiellement narcissique et valorise des performances de l'enfant reconnues socialement au détriment de tout ce qui est plus personnel, et affectif.

H.Bruch (13) avait décrit la dépendance d'un enfant à l'égard d'une mère qui lui fait prendre ses besoins à elle pour les siens propres.

J.McDougall (64) avait décrit quand à elle la pauvreté de la fantasmatisation dans la relation de la mère à son bébé, gênant de la même manière les capacités d'identification de celui-ci.

A ce titre, les antécédents maternels de dépression et de troubles des conduites alimentaires, même infracliniques, sont à rechercher.

L'organisation fantasmatique de la mère et la place qu'y occupe sa fille ne peuvent se comprendre que par rapport à la relation à ses propres parents. Celles-ci peuvent se résumer schématiquement par une relation idéalisée mais profondément ambivalente à leur mère, une vive déception oedipienne par rapport à leur père.

Cette ambivalence se reflète dans la relation de la mère à sa fille sous une forme également masquée par l'idéalisation.

Encore un fois, si des particularités sont notées dans la relation de la mère à sa fille anorexique, celles-ci ne peuvent se comprendre que dans les liens transgénérationnels, ce qui est un argument pour associer thérapie individuelle analytique du patient et thérapie familiale systémique, voire de proposer dans certains cas le suivi personnel des mères de patients.

d- Le rôle du père.

Les pères, avec les fratries, représentent un sous-groupe familial qui est également délaissé des études cliniques.

Cependant, ils ont été décrits par M.Selvini-Palazzoli (89) comme effacés, soumis, incapables de faire preuve d'autorité et souvent exclus de fait de la vie familiale.

Les antécédents personnels de dépendance à l'alcool, de dépression, ont été retrouvés par différentes études. (55), (94), (100).

Selon M.Corcros (21), ces difficultés se traduisent par des attitudes qui vont, d'un repli sensitif chez les uns, à une relation plus ouverte et nuancée chez les autres, mais avec une position

contre-oedipienne massive et des relations de séduction avec leur fille, en passant chez d'autres, par un rôle essentiellement maternant.

Selon l'étude clinique de M.Corcros (21), la relation que le père noue avec sa fille est apparue corrélée avec la forme d'organisation psychopathologique de la patiente : aux pères avec une position contre-oedipienne très active correspondent toujours les formes avec des modalités hystériques de fonctionnement, mais aussi les formes avec boulimies et vomissements. Plus le père fonctionne sur le versant narcissique du repli et de la persécution, plus l'anorexie constitue le seul aménagement défensif et plus les traits schizoïdes et dépressifs sont présents.

Quoiqu'il en soit M.Selvini-Palazzoli (89) avait décrit un processus anorexique dans le famille, dans lequel les interactions entre patient, père et mère avaient un rôle dans le développement de la maladie, ainsi que les conflits intrapsychiques aux prises avec lesquels chacun se trouvait.

e- Le couple parental.

S.Minuchin (68) avait émis comme hypothèse systémique que le patient anorexique se trouvait impliqué d'une certaine manière dans le conflit du couple parental.

Une étude menée par M.J.Parayre-Chanez (77) confirme cette impression clinique. Le suivi de 11 familles d'adolescentes anorexiques âgées de 12 à 15 ans, traitées pour leur maladie en Médecine Psychologique pour Enfants et Adolescents à Montpellier en 1991, montré 8 fois sur 11 un dysfonctionnement du couple parental, avec séparation dans 6 cas.

La survenue de l'anorexie était postérieure à ce dysfonctionnement.

Ce qui est remarquable, c'est que les patientes avaient été amenées à jouer un rôle actif au cours de la séparation, soit dans la prise de position pour un des parents, soit pour reconstituer le couple parental, et placées dans une position de protection vis-à-vis de leur mère.

Dans cette étude, le conflit du couple parental est décrit comme « explicite », au vu et au su de tout le monde, et plusieurs séparations de couple ont lieu de fait. Cette situation diffère de nombreuses observations cliniques dans lesquelles les conflits ne sont pas exprimés dans les familles touchées par l'anorexie mentale. La plupart du temps les mésententes perdurent, mais les couples restent unis.(13),(89).

Quoiqu'il en soit, c'est la place particulière que prend l'adolescent anorexique dans le conflit du couple parental qui semble déterminant.

Les auteurs (77) évoquent des angoisses de perte pour rendre compte de cette configuration: angoisse de perte de l'amour du père pour l'adolescent malade, qui tente de réinterpeler celui-ci, et de lui signifier qu'il ou elle occupe une place différente de celle de la mère, malgré la proximité de leur relation.

L'auteur met en perspective ce dysfonctionnement du couple parental fréquemment observé et les vécus de carence affective chez les deux parents. Les mères ont un vécu de carence dans la

relation à leur propre mère, avec une culpabilité vis-à-vis de celle-ci, et un sentiment d'incapacité tant dans leur rôle de mère que de femme. Les pères ont un vécu similaire vis-à-vis de leur propre père.

f- Réflexion autour de la famille des garçons anorexiques.

Une des questions est de savoir s'il existe des différences fondamentales entre l'anorexie mentale féminine et masculine, sur le plan de la psychopathologie.

Peu d'études sont consacrées à la famille dans l'anorexie mentale masculine.

Une étude de E.Albert (3), compare les caractéristiques de 9 familles de garçons anorexiques à 62 familles de patientes féminines. Tous ces patients avaient été traités pour leur maladie dans le service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent de l'Hôpital Hérold, à Paris.

Certains éléments relevés dans la problématique familiale de ces garçons rappellent ce qui a été dit de manière générale pour la maladie.

Les parents sont au début de la maladie dans un déni du comportement de restriction alimentaire, et leur tolérance face à l'amaigrissement est également très grande, ce qui explique les retards de prise en charge thérapeutique adaptée que nous connaissons également chez les filles. Le retard de croissance statural, s'il existe, alerte plus rapidement les parents.

Les données démographiques familiales indiquaient dans cette étude la prédominance des aînés parmi les garçons malades, et surtout la place d'aîné de deux garçons.

Cette observation rappelle celle de H.Bruch faite en 1973 sur le cadre familial (13), chez les filles. Cette dernière observation n'avait pas été confirmée par les études socio-démographiques ultérieures, mais il avait été décrit que les patientes anorexiques occupaient une place particulière dans la fratrie et auprès du couple parental, ainsi que dans l'investissement libidinal maternel. Cette « position particulière » existe bel et bien même si elle ne correspond pas toujours à une donnée socio-démographique.

Sans doute s'agit-il de la même chose quand à la place des garçons touchés par cette maladie.

D'ailleurs l'auteur (3) décrit plus loin le lien particulier qui unit le patient à sa mère, celui-ci occupant diverses fonctions auprès d'elle :

- celle de maintenir sur un plan imaginaire la relation qu'elle entretenait avec un de ses parents, et de l'idéaliser;
- celle d'assurer la réparation d'une blessure narcissique chez la mère, produite par les difficultés d'élevage d'un autre enfant;
- celle d'être l'image en miroir de sa mère et de lui permettre ainsi de nier sa castration;
- d'être le deuxième époux de la mère, du fait de l'inconsistance des liens entre les parents.

Ainsi nous retrouvons des éléments déjà cités dans la description des problématiques personnelles ou familiales décrits dans l'anorexie mentale en général, tels l'investissement majoritairement narcissique par la mère, la problématique de l'identification de l'adolescent qui

occupe une fonction de remplacement dans les liens transgénérationnels, la place particulière de l'adolescent au sein du couple parental.

La dynamique familiale est décrite schématiquement ainsi : la mère est intrusive et autoritaire, le père est indulgent et lointain.

Les adolescents n'ont jamais pu entretenir avec leurs frères ou sœurs des relations vraiment fraternelles, car ils les ont toujours vu comme des rivaux auprès de leurs parents, si bien qu'ils se sont exclus du sous-système familial que représente la fratrie.

Ces adolescents anorexiques déniaient au couple parental toute réalité et tout pouvoir, se posant toujours en partenaire du père ou de la mère pris séparément, et en se plaçant avec l'un et l'autre sur un pied d'égalité. Cette absence de reconnaissance des parents en tant que couple explique les difficultés qu'ils ont à se vivre comme le prolongement naturel de leurs parents.

Ces constats correspondent à la description faite par Minuchin (69) de l'enfant anorexique impliqué de façon particulière dans le couple parental.

Nous retrouvons également les notions de confusion des générations relatives aux familles addictives en général, décrites par D.Valle (98) au travers du fantasme d'endogamie, et par J-L.Venisse (102) au travers des relations incestuelles qui peuvent se rencontrer dans ces familles.

g- La famille des patients boulimiques.

L'anorexie mentale et la boulimie sont deux syndromes qui sont reliés par leur psychopathologie selon P.Jeammet (50) et B.Brusset (14).

Il est noté dans les familles de patients boulimiques la plus grande fréquence des antécédents psychiatriques familiaux (dépression, dépendance à l'alcool et aux drogues) que dans les familles de la population générale. (21)

Parmi les familles de patients boulimiques, c'est la dépendance aux drogues qui se révèle plus fréquente que dans les familles de patients anorexiques. (59).

Les dysfonctionnements familiaux qui sont repérés dans l'anorexie mentale se révèlent plus fréquents dans les familles de patients boulimiques d'après les études. Ce qui est le plus souvent repéré, c'est le niveau d'expression des sentiments négatifs dans ces familles, lorsque l'outil de mesure est le EE (Expressed Emotion). (21)

Une étude de H.Steiger (91) en 1990 ne retrouve pas de différence entre les dysfonctionnements observés dans les familles de patients anorexiques et boulimiques, qui restent dans les 2 cas plus dysfonctionnelles que les familles de la population générale.

L'outil de mesure était l'autoquestionnaire Family Assessment Device.

Ces différents constats posent la question d'une relation entre les dysfonctionnements familiaux observés dans les deux types de familles (anorexiques et boulimiques), et leur relation avec le développement de ces maladies.

Ces maladies étant décrites comme les deux pôles symptomatiques d'une même problématique du lien à l'autre, de la relation d'objet, quelles relations les dynamiques familiales ont-elle avec le type d'investissement anorexique ou boulimique.

Ces questions qui méritent d'être posées ne feront pas l'objet de cette thèse.

3. Intérêt des thérapies familiales.

L'étude de Martin en 1985, citée dans la revue de la littérature faite par Hodes (47), indique une supériorité de l'efficacité des thérapies familiales comparées aux thérapies individuelles, après un an de suivi, pour le traitement des patients anorexiques connaissant une durée d'évolution de moins de 3 ans, et ayant débuté leur maladie avant l'âge de 19 ans.

Nous pouvons supposer en effet que plus le sujet est jeune, plus il est *normalement dépendant* de son contexte familial, et que la prise en compte de celui-ci est donc plus judicieuse.

En reprenant cette donnée, LeGrange (58) en 1991 compare deux types de suivis familiaux (thérapie familiale à proprement parler, et consultations familiales séparées "guidance parentale") et ne retrouve pas de différence entre eux.

Cette donnée a été confirmée par l'étude de Eisler (30) en 1997, et ce avec un recul de 5 ans. Cependant, dans la comparaison des différents types de thérapies individuelles ou familiales, celles-ci ne sont pas détaillées.

Nous savons juste qu'il s'agit de thérapies familiales (analytiques? Systémiques? Quel cadre?) et de thérapies individuelles de soutien administrées à des patients ambulatoires atteints d'anorexie mentale ou de boulimie.

L'étude de A.H.Crisp en 1991 (26) indique l'absence de différence dans l'efficacité de traitements de l'anorexie mentale, par thérapie individuelle ou familiale, quand elles sont couplées à un traitement psycho-comportemental. Ces deux types de thérapies sont supérieurs à un traitement psycho-comportemental administré seul.

L'étude de Dare (29) en 2001, indique quand à elle une efficacité supérieure, après un an de suivi, des thérapies d'inspiration analytique et des thérapies familiales systémiques dans le traitement ambulatoire de patients anorexiques, en comparaison avec les thérapies cognitivo-comportementales, et un suivi psychiatrique peu intensif.

Ces études ont l'inconvénient d'opposer thérapie individuelle psychanalytique, et thérapie familiale systémique, alors que ces deux types d'approches mériteraient à mon sens d'être couplées.

4. Intérêt des thérapies intégratives.

a- Des modèles de compréhension faisant intervenir les deux niveaux logiques, intra et interpersonnels.

H.Bruch en 1973 (13), partait de l'hypothèse d'un avatar de la relation de la mère à son bébé, dans l'inadéquation satisfaisante à ses besoins physiologiques, pour expliquer la déconnection de ce bébé de ses besoins corporels propres, gênant son processus d'identification.

De même J.McDougall (64) émet l'hypothèse d'un type de transaction alexithymique dans la famille et particulièrement de la mère à son bébé, pour rendre compte du défaut de fantasmatisation présent chez les patients anorexiques.

Cet intérêt était également soulevé par M. Selvini-Palazzoli dès les années 1980 lorsqu'elle décrit le jeu familial qui a cours dans cette pathologie. Interpréter l'intrapsychique permet de mettre en perspective l'intentionnalité du symptôme avec ses effets, comme nous l'avons déjà évoqué. (89).

Il est ainsi possible de mettre en lumière un jeu familial dysfonctionnel, ou du moins spécifique, dans lequel le ou la porteuse du symptôme occupe une place particulière, a une fonction particulière qu'il est possible de découvrir grâce à l'exploration intrapsychique.

B.Brusset (14), dans sa réflexion sur la genèse de l'anorexie mentale, mettait en perspective les deux types d'approches systémiques et analytiques dans la compréhension de la maladie.

En effet l'histoire familiale des patients anorexiques permettait de mettre à jour des particularités de la relation des patients à leurs parents, et ainsi les types d'investissements qui sous-tendent ces relations.

M.Corcus (22) mettait en évidence la fonction du symptôme dans l'équilibre du sujet sur le plan psychique, mais aussi au plan de ses relations avec l'environnement, en décrivant sa fonction économique.

De même, nous avons replacé la problématique du lien à l'autre comme centrale dans l'anorexie mentale. L'identification parentale est souvent défailante et fait échouer le processus de séparation/individuation.

Différents auteurs (1) ont décrit certains processus de communication dysfonctionnels qui seraient à l'origine de ces difficultés d'identifications, telles l'incorporation prenant le pas sur l'introjection.

Ces différents points de vue font penser que non seulement les deux types d'approches, analytiques et systémiques, sont compatibles dans la prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale, mais aussi qu'il devient très pertinent de les associer, en tenant compte de leur différences de niveaux logiques.

b- L'intérêt de thérapies bifocales.

En 1983, M.Amar et I.Adomnicai (2), de formation analytique, soulignent que le point de vue systémique qui se donne pour cadre la théorie générale des systèmes, a le mérite de mieux nous faire appréhender là, grâce à une analyse spécifique des interactions circulaires, le cercle vicieux dans lequel se débattent l'adolescents anorexique et ses parents, dans une entreprise qui est la leur de sauvegarder à tout prix un équilibre familial paradoxalement à la fois remis en question et , dans le même mouvement, préservé par l'apparition du symptôme.

Cette homéostasie familiale, remise en question par l'apparition du symptôme dans son aspect pathologique va se trouver renforcée, de ce fait, dans cet aspect pathologique même par un phénomène de feed-back, lequel risque, à son tour, d'aggraver les conflits de l'anorexique et à accroître ses défenses.

L'étude des échanges régnant au sein des familles d'anorexiques fait apparaître, tant au niveau des structures individuelles qu'au niveau des liens interpersonnels, des traits spécifiques pouvant jouer un rôle dans l'éclosion et la pérennisation du trouble. Elle révèle à la fois la fragilité des rapports interpersonnels et celle du vécu intrapersonnel, l'équilibre sans cesse remis en question à ces deux niveaux étant agi par l'enfant anorexique dans un passage à l'acte mettant en jeu sa vie dans la mesure où il doit changer son comportement, de sorte que l'économie des investissements familiaux soit sauvée et l'homéostasie à l'intérieur du système familial maintenue.

C'est à travers ce passage à l'acte que se joue l'interaction permanente entre la problématique intra et interindividuelle, dans un système de lecture à trois niveaux qui se renvoient le sens dans un perpétuel feed-back.

- le niveau 1 correspond au mythe familial, fait exister par le discours familial.
- Le niveau 2 correspond à l'agir qui existe dans les comportements répétitifs ou le langage analogique de la famille.
- Le niveau 3 correspond à l'inconscient, ce qui est non-dit, le contenu latent de ces langages manifestes.

A l'intérieur de cette grille de lecture, le mythe familial représente, selon la définition de Ferreira, « ce système de croyances, de convictions partagées, acceptées à priori » par les différents membres du groupe familial, et ses deux fonctions principales « mythopoïétiques » et « économiques » servent à renforcer le mécanisme homéostatique garant de la cohésion du groupe familial vécu comme origine de la vie, du plaisir, du désir et de la loi.

En tant que satisfaction substitutive du désir, le fantasme inconscient assure, quand à lui, la frontière du monde intrapsychique, là où les destinées individuelles se distinguent du monde collectif familial ; l'interaction de ces trois niveaux constituant l'origine de la personnalisation/individuation, phénomène essentiel au développement et à l'évolution de tout être humain.

Dans son étude consacrée au fonctionnement psychique des familles d'anorexiques, A.Ruffiot (84) relève, d'une part, l'existence d'une confusion des zones orale, anale, phallique et, d'autre part, un phénomène d'idéalisation du corps familial unique « qui permet la constitution d'un corps psychique lui aussi idéalisé, d'une psyché pure, collective, hors d'atteinte corporelle... La cause profonde de l'immobilisme léthal qu'on rencontre toujours dans les familles de schizophrènes et, relativement, dans celles des anorexiques et psychosomatiques, tient à un défaut d'enracinement de l'être psychique dans son substrat somatique ou, en d'autres termes, à une non-différenciation

(isomorphie) entre l'appareil psychique familial et les appareils psychiques individuels.

Il apparaît alors comment, à travers ce passage à l'acte profondément masochique de la faim et de l'amaigrissement, l'anorexique, au risque de sa vie, poursuit sa quête d'une psyché pure délivrée de toute entrave somatique, et non différenciée d'une psyché familiale.

En reprenant l'essai de Bruch (13) d'établir une typologie familiale spécifique de l'anorexique, même si comme nous l'avons vu précédemment les études menées par la suite ont mis en évidence des résultats contradictoires en termes de données sociodémographiques, nous retrouvons des traits communs présents dans les travaux de Minuchin ou Selvini-Palazzoli :

- les parents ont tendance à insister beaucoup sur la normalité de la vie familiale, répétant que "rien ne va mal", exaltant parfois la notion de bonheur, directement niée par l'état de l'enfant anorexique;
- ils présentent souvent l'enfant devenu malade comme supérieur à ses frères et sœurs;
- les mères sont décrites comme des femmes frustrées dans leurs aspirations professionnelles et consciencieuses dans leurs maternités; subordonnées à leurs maris sur de nombreux plans, elles semblent avoir cessé de les respecter et les admirer;
- les pères, en dépit d'un succès social et financier souvent considérable, se décrivent au fil des entretiens comme le brillant second du couple, ils apparaissent particulièrement préoccupés par leur aspect physique et celui d'autrui, prisant la bonne santé et la beauté, tout en espérant une conduite convenable et une réussite appréciable chez leurs enfants.

L'auteur ajoute : "Cette description se trouve probablement dans de nombreuses familles de la classe bourgeoise, mais il est probable que ces traits soient plus accentués dans les familles d'anorexiques où l'on retrouve la plus grande perméabilité aux besoins de l'enfant".

La non concordance entre les besoins de l'enfant et les soins qui lui étaient apportés était déjà mentionnée par Selvini-Palazzoli.

Bruch (13) précise également un fait très important qui démontre la complexité du problème que pose la relation entre l'anorexique et sa famille, qui est celui du conformisme très généralement montré par les jeunes patients anorectiques, et conformisme qui plus est attendu des parents et interprété par ceux-ci comme un signe de bonne évolution ou un comportement idéal. En même temps, la manière dont les parents d'enfants anorexiques se centrent uniquement sur le problème de la perte de poids pouvait donner à penser que, de la même manière, ils avaient occulté d'autres problèmes antérieurs, ne laissant à leurs enfants d'autres choix que celui du symptôme visible.

S'il n'existait pas une typologie familiale particulière qui serait susceptible de rendre l'enfant anorexique, il s'agirait plutôt d'une modalité de communication particulière basée sur une série de transactions spécifiques, hautement pathologiques, qui concourraient à l'apparition du symptôme.

M.Amar et I.Adornicai (2) définissent la famille selon une approche systémique comme un système régi par des interactions pathologiques, déterminée principalement par la peur des conflits, la confusion des générations, la fragilité et la vulnérabilité des parents.

L'impact angoissant de la conduite anorexique sur ces derniers, ainsi que la blessure narcissique qu'elle leur inflige ne font que renforcer leur fonctionnement qui, à son tour, provoque le symptôme, empêchant l'adolescente d'entamer et de poursuivre son processus d'autonomisation à l'intérieur de ce système clos qui risque de s'entretenir, et d'augmenter le risque vital si aucun processus thérapeutique ne vient court-circuiter son fonctionnement pathologique.

La dynamique familiale spécifique de ces familles est déterminée par deux niveaux

d'interactions:

- les attitudes de la famille devant le comportement anorexique dont les traits communs seraient :
- la cécité de la famille devant le trouble au début, suivi après la "déclaration de la maladie" et l'hospitalisation, d'une concentration sur la reprise de poids comprise en termes de guérison;
- le déni de l'enjeu mortel de cette maladie;
- le désespoir sincère des parents, accompagné d'une réaction de complaisance et de complicité devant le trouble anorexique, réaction dont ils ne semblent pas se rendre compte;
- d'autre part la particularité des relations ou coalitions familiales que l'anorexique entretient avec le reste de sa famille, qui recouvre :
- la façon dont le groupe familial organise son vécu devant les conflits (mythes, alliances, coalitions...)
- la capacité de la famille à se soumettre aux exigences de l'enfant anorexique;
- l'idéal de non-séparation entretenu par l'anorexique et sa famille qui met en échec tout essai d'individuation de celle-ci.

Selon ces mêmes auteurs (2), soutenir le narcissisme défaillant de la mère et entretenir une relation fantasmatique bâtie sur un idéal phallique tout puissant, indestructible, avec un père absent, décevant, devient une tâche qui engage la vie même de l'adolescente anorexique.

L'âge du début des troubles, le déni du danger, la fascination et l'exaltation du narcissisme, le plaisir pris de manière solitaire dans le passage à l'acte, la recherche dramatique d'une identité, ne sont pas sans rappeler la problématique posée par la toxicomanie déjà évoquée dans la mise en évidence d'une problématique de dépendance. Ainsi ces auteurs pensent que sous cet angle une modification de la dynamique intrapersonnelle doit être envisagée pour le patient désigné et éventuellement ses parents.

La pensée de ces auteurs oscille en permanence entre des considérations intra et interpersonnelles qu'ils préconisent d'associer en termes de thérapeutique, une approche systémique devant être accompagnée d'une modification de la dynamique intrapersonnelle de la jeune fille anorexique et éventuellement de celle de ses parents, pour qu'un changement au niveau de l'économie interpersonnelle à l'intérieur de la structure familiale puisse être envisagée à long terme.

c- La pratique des thérapies bifocales à l'Institut Mutualiste Montsouris.

Irene Kagansky, psychiatre et thérapeute familial, est un auteur qui décrit très clairement comment peut se dérouler en pratique une approche bifocale telle qu'elle vient d'être préconisée. (51).

Sa pratique est celle d'un praticien hospitalier dans le service de psychiatrie de l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris, qui reçoit des adolescents de 13 à 23 ans qui viennent pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques variés. Environ un tiers vient pour des troubles des conduites alimentaires.

Les jeunes venant pour ce type de troubles sont traités sur la base d'un contrat thérapeutique signé entre le ou la jeune patiente (et ses parents s'il est mineur) et le psychiatre référent. Il s'agit d'un contrat ayant pour objectif un poids cible à atteindre. Les jeunes sont isolés des contacts avec l'extérieur et ne retrouvent des contacts avec leurs parents qu'après avoir atteint le poids nécessaire.

Cet isolement des jeunes est une pratique devenue quasi spécifique à cette équipe, permet le travail intrapsychique, mais n'est jamais disjoint d'un travail avec la famille, qui peut aller jusqu'à la thérapie familiale qui est régulièrement pratiquée dans ce service.

Dans ce service le psychiatre consultant est donc le garant de la continuité des soins, prend particulièrement en compte ce qui est nommé « la réalité externe », à savoir les contraintes inévitables à la prise en charge d'une jeune patiente anorexique, son état somatique et psychologique, ses contraintes familiales et sociales.

Il utilise les ressources thérapeutiques les plus diversifiées possibles : hospitalisation, thérapie psychanalytique individuelle, psychodrame, groupe de parole, approches corporelles (relaxation), aide nutritionnelle, suivi somatique, groupe de parents, thérapies familiales... Il s'appuie donc sur le dispositif de soins pour constituer un réseau thérapeutique à géométrie variable et évolutive.

La prise en charge de l'anorexie telle qu'elle est pratiquée permet de combiner plusieurs approches thérapeutiques afin de tisser des liens qui visent à articuler différents niveaux d'organisation : réalité interne et réalité externe, conflits intrapsychiques et relations interpersonnelles, souffrance individuelle et souffrance familiale.

Les indications de thérapie familiale sont posées par le psychiatre référent dans ce service, en fonction des difficultés d'individuation et de communication dans la famille, et de la difficulté pour la patiente d'investir un espace thérapeutique individuel.

L'auteur précise que la rencontre avec ces familles se fait à un moment particulier dans le parcours familial, après l'éclosion symptomatique. De ce fait, les descriptions des fonctionnements familiaux sont élaborées à partir d'une clinique où le symptôme a déjà pris une ampleur réorganisante des interactions familiales. L'enjeu serait de savoir quels éléments du contexte familial favoriseraient la survenue d'une anorexie, et d'autre part comment la dynamique familiale participerait au maintien et à la pérennisation des troubles.

Les changements auxquels ont dû faire face les familles dans la période entourant le début de la maladie semblent importants à prendre en considération, de quelque nature qu'ils soient, car ces changements sont des sources de tension qui limitent les capacités adaptatives du groupe familial et augmentent sa vulnérabilité devant toute nouvelle situation. Nous nous trouvons bien avec cet auteur dans une perspective de causalité circulaire et non pas linéaire du trouble anorectique.

Les thèmes principaux abordés en thérapie familiale ou lors des entretiens familiaux sont les problèmes de séparations/individuation que nous avons déjà développés, et celui de l'expression des affects au sein de la famille.

Deux axes de réflexion guideront ce travail, l'axe diachronique et l'axe synchronique, c'est-à-dire à la fois le travail sur le passé contenant la généalogie, les mythes, l'histoire familiale ; le travail sur le présent contenant les processus de communication, les conceptions de la maladie ; et un travail sur le futur mettant en route les capacités évolutives et de changement de ces familles.

d- La séparation psychique dans les prises en charge de patients anorexiques à l'unité Lou Andréas-Salomé.

Cette unité est l'unité d'hospitalisation temps plein, pour addictions sans produits, du service d'addictologie du Pr Venisse du CHU de Nantes.

Les modalités et les objectifs de ces hospitalisations sont développées dans le texte de J-L.Venisse "les traitements de l'anorexie mentale" paru dans Neuropsychiatrie de l'Enfance en 1993, volume 41, p 351 à 355.

Il s'agit d'une unité ouverte qui accueille des patients présentant ces types de troubles et âgés de plus de 16 ans. Tous sont volontaires pour leurs soins.

Les approches thérapeutiques y sont éclectiques, associant des soins d'abord psychodynamique en thérapie individuelle ; des soins de type cognitivo-comportemental ou d'entraînement à l'affirmation de soi ; des soins d'inspiration systémique au travers des entretiens parent-enfant, des groupes de parents, voire des thérapies familiales à proprement parler ; des approches corporelles au travers de la relaxation, du travail sur l'image du corps, des prises en charge psychomotrices ; des soins de musicothérapie ; et enfin des soins directement somatiques prodigués par un médecin interniste, ainsi qu'une diététicienne.

La plupart du temps, les soins sont contractualisés entre le patient et l'équipe soignante représentée par le psychiatre et l'infirmier référents. Ce contrat comprend plusieurs objectifs à atteindre qui se décentrent du poids dans l'anorexie mentale, mais dont l'un d'eux au moins représente une amélioration concrète sur le plan symptomatique. Le patient et les soignants s'engagent à tout mettre en œuvre pour atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés.

Dans l'unité, le travail autour de la séparation/individuation se fait dans tous les espaces thérapeutiques évoqués, en individuel ou avec la famille.

L'aménagement de la séparation avec l'entourage est un outil qui peut permettre ce travail.

Cette séparation, si elle est décidée, est préparée avec le patient et sa famille. En effet, plusieurs consultations précédant l'hospitalisation permettent cette préparation. L'hospitalisation et la séparation n'ont lieu que quand le patient y est prêt. Elle sera alors contractualisée.

L'hospitalisation dans un service de médecine (endocrinologie) peut être décidée si l'urgence somatique ne permet pas la durée de ce temps d'élaboration. Dans ce cas l'hospitalisation dans le service d'addictologie est différée.

L'intérêt de cette séparation s'appuie sur la problématique de séparation/individuation que nous avons décrite comme centrale dans l'anorexie mentale.

Les enjeux du travail de séparation dans cette unité sont élaborés ainsi par M.Sanchez-Cardenas, psychiatre ayant participé au projet de service du service d'addictologie (86), et J-L.Venisse, chef du service d'addictologie.

Présentée comme devant être utile pour faire une parenthèse pour chacun, et pour servir à souffler, à se récupérer après une longue guerre contre la nourriture, la séparation est ce lieu d'apaisement où la famille va tenter de trouver un nouveau mode de relations interpersonnelles.

La séparation réelle est une figuration concrète, un étayage du travail de séparation psychique qui s'opère progressivement.

A côté de ce support concret à la séparation psychique, les mesures qui sont proposées à la famille consistent à lui indiquer un modèle qui respecte son fonctionnement symbiotique tout en commençant à le dénouer. Le cadre ainsi proposé a plusieurs facettes où sont proposés des espaces de soin à la fois communs à la famille et individualisés.

Il est important dans ce contexte que les soignants référents du patients (médecin psychiatre et infirmier), soient aussi ceux qui rencontrent les parents. Le médecin référent recueille ainsi les avis et les associations de chacun, et conserve la confidentialité pour chacun.

Les auteurs utilisent la métaphore de l'appartement familial pour figurer la distinction des espaces psychiques qui est travaillée au travers de cette séparation. L'appartement comporte des lieux communs à tous, comme le salon, la salle à manger, et des lieux personnels comme la chambre que l'on a le droit de fermer aux autres.

C'est ainsi que le médecin et l'infirmier peuvent proposer leur propre psychisme comme des lieux où effectuer des translations (géométriques) des psychismes des membres de la famille, avec des alvéoles communes et des alvéoles privées.

De même, l'emprise est au cœur des problématiques anorexiques, et le caractère relativement malléable des mesures proposées, et le fait qu'elles soient élaborées avec le patient et sa famille, permettent de sortir progressivement d'un intolérable vécu de dépendance et de passivité dans lequel ces patients se sentent immergés dès qu'ils établissent des liens objectaux.

Le soin devient une construction-crédation à trois, le patient, les soignants et sa famille. Le contrat tel qu'il est élaboré, peut tenir lieu d'espace transitionnel dans lequel est figuré la distinction des espaces psychiques de chacun, dans le but de soutenir leur croissance et leur développement.

Dans le cas de Marion, traitée à l'unité Lou Andréas-Salomé, que nous avons présentée en introduction, les relations avec les parents se sont déroulées de la sorte :

Au début de son hospitalisation, les soins ont été contractualisés avec elle. Les modalités de contact faisaient partie du contrat. Elle pouvait passer deux coups de téléphone par semaine, et recevoir une visite le week-end. Celle-ci n'a jamais eu lieu compte tenu de l'éloignement des parents, et peut-être du fait qu'ils croyaient beaucoup en la séparation totale. Marion ne téléphonait pas autant qu'elle l'aurait pu.

Un entretien « parent-enfant » au sein de l'unité, en présence de la psychologue, du médecin référent de Marion, et de l'infirmière référente avait lieu tous les quinze jours.

Pendant l'hospitalisation de Marion en service d'endocrinologie, entre ses deux longues hospitalisations à l'unité, les contacts avec les parents de Marion ont été maintenus avec le médecin référent de l'unité, par des contacts téléphoniques. Ces contacts avaient été demandés par les parents pour maintenir le lien avec le service. Nous avons pensé qu'ils leur permettraient de poursuivre le travail fait lors des premiers entretiens parents-enfants, et ainsi de préparer le retour de Marion dans l'unité après son rétablissement somatique, ce qui a effectivement été le cas.

Pendant cette hospitalisation en endocrinologie, Marion continuait à être suivie par un psychiatre du service d'addictologie, par le biais de l'addictologie de liaison. Une infirmière référente de Marion à l'unité Lou Andréas-Salomé lui a également rendu visite et a fait le lien avec l'équipe soignante de l'endocrinologie. Elle pouvait recevoir la visite libre de ses parents dans ce service. Ceux-ci lui ont rendu visite de façon plus fréquente qu'à l'unité d'addictologie.

La fin de son hospitalisation en endocrinologie a été marquée par un entretien familial entre Marion et ses parents, et auquel participaient le médecin endocrinologue, le psychiatre de liaison du service d'addictologie, et moi-même, médecin référent de Marion à Lou Andréas-Salomé.

Cet entretien a eu pour but de faire la synthèse des soins prodigués à Marion jusque-là, de faire le lien entre les équipes de soin somatiques et psychiques, d'inclure les parents à la réflexion sur la poursuite des soins en positionnant Marion comme faisant partie d'un système familial, son symptôme étant un des éléments de ce système.

Les entretiens téléphoniques avec les parents ont été évoqués, sans en livrer le contenu, lors de cet entretien.

On voit dans cet exemple comment la métaphore de « l'appartement » prend tout son sens. Le médecin réfère le rôle de délimiter les espaces privés dévolus à chacun, et les espaces publics. Le respect de ces espaces est un véritable enjeu, rendu complexe par l'empiètement habituel des espaces psychiques dans ces familles et que nous avons rencontré chez Marion et sa mère.

Les entretiens téléphoniques devenaient le lieu de psychothérapie pour la mère de Marion, dans la continuité d'une démarche de soins qu'elle avait effectuée quelques mois auparavant. Parallèlement les entretiens familiaux qui ont repris à l'unité Lou Andréas-Salomé après le retour de Marion d'endocrinologie, n'ont été investis par aucun des parents en terme de lieu psychothérapique.

Même si le cadre était posé ainsi, il a été difficile pour Madame de ne plus avoir recours aux entretiens téléphoniques pour réinvestir les entretiens parents-enfants. Il s'en est suivi une crise de confiance des parents envers notre unité. Marion, même si elle s'est investie dans les soins de façon active après son passage en endocrinologie, n'a pas pu se démarquer de ses parents qui ne nous accordaient plus leur confiance.

Cet exemple clinique montre la complexité du travail de séparation psychique qui est à effectuer avec les familles en prise avec cette maladie.

e- Les modèles intégratifs de compréhension de la maladie.

Dans un article publié dans Le Lancet en 1993, D.M.Garner (35) synthétise ainsi la pathogénie de la maladie :

- les facteurs prédisposant sont d'ordre individuel (comprenant les difficultés intrapsychique et la vulnérabilité organique), d'ordre familial et culturel;
- les facteurs précipitant sont une insatisfaction par rapport au poids et à la silhouette, le jeûne qui procure un sentiment de maîtrise, le contrôle du poids;
- les facteurs de pérennisation du trouble sont la restriction alimentaire entretenant les préoccupations alimentaires par des mécanismes physiologiques, et les réaménagements relationnels (familiaux en particulier) autour du symptôme renforçant celui-ci.

Le système est circulaire, les facteurs de pérennisation agissent sur les autres facteurs en les renforçant par feed-back.

La prise en charge thérapeutique préconisée dans une telle perspective multidimensionnelle, décrit dans l'article suivant du Lancet par P.J.V.Beaumont (9), fait bien sûr associer la prise en

charge somatique, un suivi nutritionnel, et le traitement psychique qui comporte une thérapie cognitivo-comportementale et des groupes d'affirmation de soi, une thérapie d'orientation analytique, une thérapie familiale, des séances de psycho-éducation.

On entrevoit cependant la difficulté de telles prises en charge thérapeutique, quand des prises en charge bifocales amènent déjà des confusions, et la difficulté de maintenir la cohérence interne des soins.

Cependant, de tels soins peuvent être rendu possibles si un médecin désigné comme référent de la patiente assure la cohérence interne du soin et des intervenants, mais n'est pas impliqué personnellement dans la prise en charge en psychothérapie individuelle ou familiale du patient.

Réfléchir à la pathogénie de l'anorexie mentale, et percevoir les interactions entre les différents facteurs impliqués, nous amène à associer différents types de psychothérapies, mais aussi à repenser le cadre et les fonctions de chaque intervenant.

f- Un modèle intégratif d'inspiration systémique.

Dans cette perspective multidimensionnelle, R.Pauzé (78) propose un modèle multifactoriel, interactionniste et diachronique de l'anorexie mentale.

Son modèle s'inspire de trois modèles systémiques différents de l'anorexie mentale.

- il emprunte à au modèle biopsychosocial de Engel l'idée hiérarchique des multiples niveaux de la réalité. Chaque niveau (physique, psychologique, familial et culturel) y possède sa propre identité, ses propriétés et ses caractéristiques distinctives, et constitue en même temps un élément d'un système plus vaste.
- Il emprunte au modèle cybernétique de Martin l'idée que les boucles de rétroaction positives et négatives récurrentes, non adaptatives entre ces niveaux systémiques contribuent au maintien et à l'évolution de la conduite anorexique.
- Il emprunte au modèle systémique diachronique de Selvini-Palazzoli l'idée que l'anorexie est une maladie multidéterminée qui évolue dans le temps et qui se nourrit du contexte relationnel.
- Il emprunte enfin à Bateson l'idée de l'économie de souplesse d'un écosystème. Selon cette théorie, il est primordial de prendre en compte l'ensemble des changements auxquels fait face un individu dans la période qui entoure l'apparition d'une conduite symptomatique.

Du concept d'étiopathogénie familiale au concept de famille ressource.

1. Des dysfonctionnements familiaux

De nombreuses études ont tenté d'objectiver une relation entre la gravité ou le développement de l'anorexie mentale, et les particularités cliniques des familles de patients, souvent jugées dysfonctionnelles.

L'étude de Lundholm en 1991 (62) met en évidence une relation entre les fonctionnements familiaux de type « extrême » observés à l'aide du FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale), et des scores sévères dans les comportements alimentaires mesurés à l'aide de l'EDI (Eatig Disorders Instrument). Il s'agissait d'une étude menée parmi une population tirée au sort de femmes étudiantes.

Cette observation soutenait l'idée selon laquelle les troubles du comportement alimentaire seraient une forme d'adaptation, ou de coping, pour les femmes vivant dans des familles dysfonctionnelles.

Ainsi les auteurs concluaient dans le sens d'une pathogénicité familiale.

L'étude de North en 1995 (73), met en évidence dans les familles d'adolescentes anorexiques, des dysfonctionnements familiaux objectivés par l'entretien semi-structuré du fonctionnement familial de McMaster, alors que les données subjectives recueillies par autoquestionnaire (Family Assessment Device) ne les retrouvent pas.

Nous discuterons ultérieurement de la pertinence d'associer des données subjectives et objectives (ou du moins extérieures) dans les méthodes d'évaluation du fonctionnement familial.

Une critique que l'on puisse formuler est que seules les patientes et les mères étaient évaluées.

L'étude de Wewetzer en 1996 (107), retrouve un sentiment d'insatisfaction dans le vécu familial de patients anorexiques comparés aux témoins, et mesuré à l'aide du SFI (Subjective Family Image)

Il retrouve également un moins bon pronostic de la maladie chez les patients qui connaissent les moins bonnes qualités de relations familiales.

L'intérêt des instruments d'évaluation du fonctionnement familial, comme indicateurs pronostic de la maladie a été repris par quelques études et semble être une utilisation intéressante de ces outils.

Lock en 2006 (60) retrouve comme indicateurs pronostic péjoratifs de l'anorexie mentale, chez des patients suivis en thérapie familiale, les dysfonctionnements familiaux, l'âge élevé au début de la maladie, une comorbidité psychiatrique.

Une étude menée par Emanuelli en 2004 (32), retrouve plus de perturbations dans le fonctionnement familial de patientes anorexiques, que dans celui d'une population témoin.

Les patientes et leurs deux parents étaient évalués à l'aide du FAD.

Il retrouvait des difficultés de communication entre la patiente anorexique et ses 2 parents, alors les adolescentes témoin ne rencontraient ce type de difficultés qu'avec leur père. L'auteur concluait à une difficulté de communication particulière entre la patiente anorexique et sa mère et donc au caractère pathogène de cette relation.

Ce constat rappelle certaines problématiques de la relation mère-fille développée par les psychanalystes et suggère une relation de cause à effet dans le développement de la maladie.

Nous verrons dans la suite de cette partie comment certains auteurs sont passés d'une interprétation « pathogènes » des particularités relationnelles familiales observées, à une interprétation dans le sens d'un coping, voir d'une résilience familiale face à la maladie, pour rendre compte de ces particularités.

2. Redéfinition du concept de famille psychosomatique.

Les écrits de Minuchin sur la famille psychosomatique étaient très en faveur d'une étiopathogénie familiale aux troubles psychosomatiques.

Pour résumer Minuchin les conditions d'apparition d'une maladie psychosomatique reposait sur le trépied d'éléments suivants : (69)

- l'enfant symptôme était physiologiquement vulnérable,
- la famille était le lieu des interactions suivantes : enchevêtrement, surprotection, rigidité, défaut de résolution des conflits,
- l'enfant-symptôme était impliqué particulièrement dans le conflit du couple parental et contribuait par son symptôme au maintien d'une homéostasie familiale.

En 1994, Dare critique ce modèle de famille psychosomatique (28) et désire nuancer ce modèle dont les caractéristiques cliniques parfois caricaturales peuvent rester ancrées dans les représentations des cliniciens et thérapeutes.

Il réalise une étude auprès de 26 familles de patients présentant des troubles des conduites alimentaires, soit 18 anorexiques et 8 boulimiques. Parmi ces patients, 2 sont des jeunes filles et 3 des jeunes hommes, sans que ne soit précisé le détail en fonction des pathologies.

Il s'agit de patients suivis pour leur pathologie en ambulatoire, donc en dehors d'un état de crise justifiant d'une hospitalisation, et dont les troubles ont une durée d'évolution inférieure à 3 ans, c'est-à-dire non chroniques.

Les patients et leurs familles ont passé chacun individuellement l'autoquestionnaire FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) qui évalue le fonctionnement familial en termes de cohésion et d'adaptabilité. Cet autoquestionnaire a l'avantage concernant cette étude

d'avoir été développé par D. Olson (75) de l'école de Philadelphie, et proche de la conception structuraliste de S.Minuchin.

Le questionnaire a construit deux sous-échelles de cohésion et d'adaptabilité, qui correspondent à ce que Minuchin entendait par enchevêtrement lorsque la cohésion mesurée est extrême, et par rigidité lorsque l'adaptabilité mesurée est faible.

De plus chacun des membres remplit deux questionnaires, l'un en fonction de ce qu'il constate comme fonctionnement actuel de sa famille, et l'autre en fonction d'un fonctionnement qu'il jugerait idéal.

Ce questionnaire qui permet de mesurer deux parmi les quatre interactions familiales spécifiques décrites par Minuchin, se veut donc un instrument adapté pour critiquer le modèle de la famille psychosomatique. Il apporte également la notion d'une autocritique de ce fonctionnement familial.

Les patients sondés avaient un âge inférieur à 19 ans, limite imposée par le questionnaire et sa validation.

Dans cette étude, les résultats étaient mis en perspective avec ceux obtenus par chacun des membres des familles avec l'échelle EE (Expressed Emotion) pour critiquer le modèle de Minuchin.

Les résultats de cette étude méritent d'être soulignés parce qu'ils ne retrouvent pas strictement les critères de rigidité et d'enchevêtrement décrits par Minuchin, malgré l'utilisation d'un outil adapté.

Particulièrement, les différents membres de ces familles ne perçoivent pas de forte cohésion et encore moins d'enchevêtrement mais expriment par contre, dans leur description d'un fonctionnement idéal, le désir de plus de cohésion et d'adaptabilité.

Les enfants des familles perçoivent dans leurs familles encore moins de cohésion que leurs parents.

Les patients parmi tous les membres de la famille sont ceux qui perçoivent le plus de rigidité.

On ne retrouve pas dans les scores globaux des familles retrouvés avec le FACES III de fonctionnements extrêmes vers la rigidité ou l'enchevêtrement.

Tous les membres de la famille en général expriment un désir de plus de cohésion et d'adaptabilité, et de liberté dans les règles qui déterminent le fonctionnement familial.

Les différences dans les résultats obtenus aux fonctionnements perçus et idéaux soulignent également l'insatisfaction des différents membres de la famille.

Majoritairement les différentes personnes interrogées se rejoignent sur le fait qu'elles se sentent seules, au sein d'une famille peu soudée, et contraintes dans une famille dont elles souhaiteraient un fonctionnement plus souple.

L'auteur précise dans son étude les différences rencontrées entre les familles de patients anorexiques et boulimiques.

Le niveau d'expression des conflits et des sentiments négatifs, mesurés par le EE, était nettement plus élevé dans la boulimie que dans l'anorexie.

La **cohésion** excessive de ces familles décrite par Minuchin est retrouvée dans le fait que les différents membres de ces familles n'ont pas accédé à leur idéal de proximité. Nous retrouvons dans cette étude une avidité de la proximité des liens parmi les membres de ces familles.

Jusqu'à quel point peut-on considérer cette caractéristique comme pathologique ?

La grande **rigidité** de ces familles est retrouvée au travers des résultats du FACES III, essentiellement exprimée par les patients. Cependant les familles expriment leur insatisfaction par rapport à celle-ci. Un des items de la sous-échelle indique particulièrement que les personnes ont un idéal de niveau de hiérarchie très bas dans leur fonctionnement familial, et un idéal d'un fonctionnement global très souple. Ces derniers items ne sont pas sans rappeler la notion d'indistinction des rôles familiaux repérés dans les familles addictives selon J.L.Venisse (101), (102).

Les résultats obtenus après la passation du EE montrent un niveau très bas d'hostilité manifestée et de critique. Ces résultats peuvent être mis en rapport avec le niveau très bas de **résolution des conflits** dans ces familles décrits par Minuchin.

Les sentiments négatifs chez l'autre sont anticipés, de sorte qu'il ne manque de rien. Cela se traduit par une grande sollicitude réciproque entre les différents membres de la famille.

En fait le niveau de conflit dans ces familles ne cesse de croître car jamais résolu et non exprimé.

Cela se traduit par le degré d'insatisfaction familiale mesurée par le FACES III.

La **surprotection** n'est pas retrouvée comme caractéristique de ces familles, du moins avec les outils utilisés.

Nous avons vu par contre que l'étude confirmait la tendance à une sollicitude extrême, une forte attention portée aux besoins de l'autre, dans le but de maintenir une harmonie familiale, ne pas laisser s'exprimer un conflit.

Les choses semblent se passer comme si l'attention portée aux besoins de l'autre s'étayait sur le désir d'un épanouissement collectif de la famille, et non pas individuel.

Cette notion rappelle l'idée d'une attention réelle mais inadaptée aux besoins de l'autre que Hilde Bruch (13) avait repéré comme fait princeps.

Le fonctionnement vers une forte cohésion idéalisée, la préoccupation pour le bien commun de la famille prévalent sur celui de l'individu, n'est pas sans rappeler non plus une organisation familiale, du moins provisoire, au niveau des présupposés de base décrits par Meltzer (66).

Ainsi, le modèle de la famille psychosomatique décrit par Minuchin, avec son côté caricatural, n'est pas formellement réfuté, mais plutôt complété par cette étude.

On y apprend que les familles ont un regard critique sur leur fonctionnement, et ne sont pas satisfaites.

C'est ce dernier point qui me semble essentiel, car si ces familles dysfonctionnent au moment du diagnostic d'anorexie mentale parmi un de ses membres, il n'en reste pas moins que leur insatisfaction et leur autocritique représente à mon sens un fort levier thérapeutique.

Ces caractéristiques représentent une ressource de la famille, un facteur de changement.

Même si l'on retrouve globalement les caractéristiques décrites par Minuchin, il est plus difficile après la lecture de cet article de considérer ces familles comme « pathogènes ».

3. Une étude sur le fonctionnement familial en termes de distance relationnelle.

En 1996, U.Wallin (105) étudie les fonctionnements familiaux à l'oeuvre dans l'anorexie mentale.

En partant du principe qu'il n'existe pas finalement de typologie familiale spécifique de l'anorexie mentale, les critères de Minuchin ayant été pondérés et nuances par différentes études (28), il se propose de définir des sous-groupes de familles dans l'anorexie mentale selon leur fonctionnement prédominant, et de rechercher si un type de fonctionnement serait corrélé à un plus mauvais pronostic de la maladie.

Ses travaux se basent sur ceux de Stierlin et Weber en 1989 (93), qui ont décrit trois types de fonctionnements familiaux prédominants dans l'anorexie mentale : centripète, centrifuge et équilibré.

Les deux pôles opposés de fonctionnement rappellent l'enchevêtrement décrit par Minuchin concernant le fonctionnement centripète, et le caractère désengagé concernant le fonctionnement centrifuge. Il ajoute dans sa description de ces deux types de fonctionnements extrêmes, la dimension de l'expression des émotions.

Dans les familles centripètes, le monde extérieur est vécu comme hostile, et la famille est le seul lieu dans lequel les besoins émotionnels peuvent être satisfaits.

Dans les familles centrifuges, le regard est tourné vers l'extérieur, et la famille n'est pas reconnue comme un lieu de satisfaction émotionnelle.

Son évaluation des fonctionnements familiaux se fait avec différents outils, à la fois des observations cliniques (objectivées par l'échelle de Beavers-Timberlawn) et des auto-questionnaires familiaux (Family Climate Scale, FARS:family relation scale, et SCL-90). 99 familles connaissant l'anorexie mentale par un de ses membres ont été évaluées.

Les résultats retrouvent les trois types de fonctionnements prédominants qui étaient déjà décrits dans les familles d'anorexiques (93), selon les proportions suivantes : 20 familles centripètes, 20 familles équilibrées, 9 familles centrifuges.

Cette étude n'a pas pu faire la preuve d'une corrélation entre un type de fonctionnement familial et un éventuel moins bon pronostic de la maladie, même si les auteurs attendaient un moins bon pronostic associé aux familles centrifuges, d'après leur impression clinique.

L'intérêt de cette étude consiste en la précision et l'essai d'exhaustivité de l'évaluation. En effet, plusieurs types d'évaluation différents sont utilisés, et l'auteur remarque qu'il n'existe pas de franche corrélation entre les observations cliniques par des professionnels, et le vécu familial de ces mêmes dimensions auquel nous avons accès par les auto-questionnaires.

On peut penser que les deux types d'évaluation s'avèrent en fait complémentaires dans l'observation de tout type de famille.

Il demeure que la question de la distance relationnelle reste, la plus grande fréquence du caractère centripète des familles est retrouvée.

De même cette description des familles d'anorexiques sur un continuum allant d'un fonctionnement centripète à un fonctionnement centrifuge, met la distance relationnelle des

membres de ces familles comme axe central dans la compréhension de leur problématique.

Il est à noter également qu'un fonctionnement équilibré n'est pas rare dans leurs observations de ces familles.

Les auteurs concluent que dans les deux types de familles, centripètes ou centrifuges, un travail en thérapie familiale peut s'avérer utile, mais que les stratégies thérapeutiques ne seront pas les mêmes.

4. Comparaison du fonctionnement familial dans l'anorexie mentale avec celui de familles témoin.

L'étude que nous venons de citer présente l'inconvénient majeur de n'avoir pas comparé les résultats des familles touchées par une maladie du comportement alimentaire, à des familles témoins de la population générale.

S Cook-darzens présente en 2005 une étude (20) qui compare le vécu de 40 familles de patients anorexiques et de leurs familles, à l'aide du FACES III. (75)

Le but de cette étude était d'essayer de démontrer s'il existait ou non des caractéristiques spécifiques concernant le fonctionnement familial dans l'anorexie mentale.

L'auteur partait également des critères de Minuchin, pour vérifier de leur pertinence ou non à l'aide de l'évaluation faite par le FACES III, et de comparer ces résultats à ceux de la population générale.

Les sujets de cette étude étaient des patients anorexiques âgés de 12 à 19 ans, ainsi que leurs familles (parents, frères et soeurs âgés également de 12 à 19 ans), la tranche d'âge étant restreinte chez les adolescents en raison des critères de validité du questionnaire.

Les patients étaient suivis en ambulatoire ou étaient hospitalisés dans un service de psychiatrie pour adolescents au sein d'un hôpital de pédiatrie parisien.

Parmi les 40 patients, il y avait 37 jeunes filles pour 3 garçons. Ont également répondu 80 parents, 16 frères et 15 soeurs.

La population de référence est celle recrutée par N Tubiana-Rufi et coll en 1991 (97) pour la validation en langue française du FACES III, à savoir 98 adolescents âgés de 12 à 19 ans et leurs parents, recrutés pour un bilan de santé.

Les résultats de cette étude sont les suivants :

- Les familles de patients perçoivent des scores de cohésion inférieurs à ceux des familles témoin de façon significative, et considèrent les liens qu'ils ont entre eux comme plus distants que la population générale.

- Les membres de la fratrie dans les familles de patients sont ceux qui perçoivent la cohésion la plus faible et donc le plus de distance, avec des scores significativement différents des adolescents des familles témoin.
- Les patients, dans une moindre mesure que leurs frères et soeurs, perçoivent également plus de distance que leurs parents de façon significative.
- En termes d'adaptabilité, les 2 groupes de familles obtiennent des scores moyens globalement similaires.
- Les pères des familles de patients perçoivent leur fonctionnement significativement plus souple que les pères des familles témoin, ce qui diffère des autres résultats concernant l'adaptabilité qui ne retrouvent pas de différences entre les 2 groupes de familles.

Les autres membres de la famille perçoivent également un fonctionnement plus rigide que le père, de façon significative.

En terme d'adaptabilité, ce résultat diffère de celui de l'équipe de Dare (28), qui retrouvait une grande rigidité perçue parmi les familles de patients et surtout révélée par les patients de ces familles.

Il n'est pas retrouvé de grande rigidité perçue chez les patients dans cette étude, comparativement aux adolescents témoins.

De même que dans les familles témoin, les familles de patients ont un idéal d'une plus grande adaptabilité de leur fonctionnement.

- Il n'est pas retrouvé dans cette étude, de même que dans celle de Dare (28), de scores globaux aux FACES III indiquant des fonctionnements extrêmes dans les familles de patients.
- Les différences de scores entre le fonctionnement familial perçu et idéal, indiquent dans les deux groupes de familles une attente de plus de cohésion et d'adaptabilité.
Les familles de patients se percevant comme plus distantes, leur insatisfaction en termes de cohésion est plus grande que celle des familles témoin de façon significative.

A ce sujet, l'interprétation de Dare (28) était de dire que les familles de patients avaient un idéal de cohésion particulièrement élevé, et rejoignait le trait pathologique décrit par Minuchin en ce sens.

L'interprétation de Cook-Darzens (20) est de dire que les personnes de ces familles se sentent très distantes les unes des autres, et ont un idéal de cohésion qui se rapproche de celui de la population générale.

Dans les deux études cependant, le sentiment perçu d'une grande distance des liens est retrouvé par les auteurs.

5. Que reste-il des dysfonctionnements familiaux ?

Nous pouvons tirer les conclusions et émettre les hypothèses suivantes à partir de ces résultats : (20)

- Les familles de patients anorexiques auraient un fonctionnement qui se rapproche de celui de la population générale, compte tenu des scores moyens d'adaptabilité similaires, de l'absence dans les 2 sous-groupes de familles de scores moyens de fonctionnements « extrêmes », du même idéal de cohésion.
- En effet, cette étude ne permet pas de confirmer les hypothèses selon lesquelles ces familles se sentiraient très soudées, ni très rigides.
- De plus la représentation d'une famille jugeant son fonctionnement « d'idéal » n'est pas non plus retrouvé, ces familles se montrant plutôt insatisfaites de leur fonctionnement. (ce qu'ils en perçoivent).
- Les familles de patients et les familles témoin partagent d'ailleurs cette insatisfaction, les 2 groupes espérant un fonctionnement plus souple et plus de cohésion, les scores espérés étant globalement similaires.
- L'auteur souligne d'ailleurs en référence à McFarlane dans une étude sur la qualité de vie des adolescents (65), qu'une famille très soudée avec un fonctionnement très souple était fortement corrélée au bien être de l'adolescent.

Cette étude ne permet donc pas de conclure comme celle de Dare (28) que les familles de patients ont un idéal de cohésion extrême qu'ils n'ont pas atteint, ce qui constituerait un trait pathologique.

Pour penser en termes de ressources familiales, nous pourrions dire que l'aspiration vers une plus grande cohésion est saine, et qu'elle est à soutenir en thérapie.

De même le désir d'une plus grande adaptabilité constitue également une ressource familiale, ce que nous déduisons déjà de l'étude de Dare (28).

- Par contre, nous retrouvons le même sentiment d'une grande distance dans les relations, en dépit de la perception communément admise par les cliniciens de familles très soudées.

De même l'étude de Wallin (105) met la distance relationnelle entre les membres de la famille au cœur de la problématique de ces familles, sans conclure de façon définitive s'il s'agit d'une trop faible ou trop forte distance.

Ce sentiment de distance dans les relations n'est d'ailleurs pas du tout contradictoire avec la psychopathologie et les théories psychanalytiques en faveur d'une pathologie du lien et de la dépendance.

En effet, ce questionnaire familial est rempli individuellement par chacun des membres de la famille, et non pas collectivement.

L'harmonie du groupe et la loyauté au groupe familial que M. Selvini-Palazzoli décrit comme une valeur communément véhiculée dans les familles de patients anorexiques, est un discours collectif, une parole groupale qui n'est pas forcément retrouvée en situation individuelle.

De plus ce discours pourrait également avoir valeur de croyance dans un but à atteindre. En cela nous pourrions retrouver les résultats de cette étude.

L'étude de Cook-Darzens (20) comme celle de Dare (28) sont en faveur d'un sentiment de distance aux autres, et d'un désir d'une plus grande proximité.

Nous retrouvons peut-être en cela les termes psychanalytiques en faveur d'une avidité envers l'objet, d'une dépendance à celui-ci qui ne peut pas être admise, et d'un désinvestissement de cette relation objectale.

- Les résultats de ces trois études ont le mérite de nuancer ce que nous connaissions des dysfonctionnements familiaux dans l'anorexie, et surtout celui de redonner la parole aux familles sur leur propre fonctionnement.

A ce sujet Wallin (105) note la divergence entre les résultats obtenus par des observateurs extérieurs et les données des auto-questionnaires, qui sont à prendre en compte pour une évaluation la plus précise possible.

Il faut noter également que l'étude de Wallin (105) retrouve un fonctionnement équilibré chez 20 familles sur 49, qui ne présentent donc pas de dysfonctionnements majeurs.

- La position particulière des fratries mérite également d'être soulignée, car dans l'étude de Cook-Darzens (20), les fratries constitue le groupe qui ressentait le plus la grande distance dans les relations familiales, et qui éprouvaient le plus d'insatisfaction (au vu de l'écart avec les résultats d'un fonctionnement idéal)

Si l'on considère l'insatisfaction comme indicateur d'un désir de changement, nous pourrions dire qu'il est essentiel d'associer le plus souvent possible les fratries aux processus de soins, de même que ces résultats plaident fortement en faveur de l'intérêt que peuvent apporter les thérapies familiales.

- De plus si ces études nous amènent à plaider en faveur des thérapies familiales, ce n'est pas forcément en faisant le constat qu'elles sont plus pathologiques ou pathogènes que les autres, mais plutôt que leur détresse et leur insatisfaction peut être mobilisable et facteur de changement.

6. Comment les familles deviennent une ressource pour le patient.

Une critique que l'on puisse formuler aux précédentes études citées (20), (28), (105), ainsi qu'aux descriptions cliniques qui sont faites des familles rencontrées lors du suivi d'une patiente anorexique, est que l'évaluation qu'elles font des fonctionnement familiaux est celle d'un instant t, précisément au moment où un de leurs membres vient de développer une maladie grave.

Il s'agit d'une photographie, moment très bref et partiel d'un cycle de vie beaucoup plus long.

Elles ne peuvent donc pas rendre compte de la réalité, ou alors celle d'une réalité très restreinte : voilà ce qui se passe dans cette famille à telle date, et selon tel point de vue théorique, ou du point de vue très limité que représente l'outil qui a été utilisé.

La pensée de Guy Ausloos (7) peut nous aider à prendre en compte ce problème et comprendre comment continuer à travailler avec les familles, en intégrant les constatations cliniques que nous faisons, mais en apprenant à les relativiser, ou du moins les faire participer à un processus dynamique et en mouvement.

Dans un article intitulé « du chaos mythologique au chaos déterministe », (7) G. Ausloos reprend un bref historique de la pensée philosophique autour du chaos et du changement.

Nous avons vu en effet à la fin de l'étude de S Cook-Darzens (20), que l'insatisfaction et le désir de changement des personnes était un point sur lequel s'appuyer en thérapie avec les familles de patients anorexiques.

Il évoque en premier le mythe grec originaire du chaos. Selon Hésiode, cité par Grant dans le dictionnaire de la mythologie (40), de Chaos est né Eros, principe de vie, puissance génératrice. Il aurait assuré l'union des éléments primordiaux, Ouranos le ciel, et Gaïa la terre.

Cette métaphore permet d'introduire la pensée philosophique qui amènera à la théorie contemporaine du chaos.

Ausloos (7) cite ensuite des philosophes *pré-socratiques* comme Heraclite, philosophe de la nature, physicien qui essaie de comprendre cette nature et non de se référer à des mythes.

Nous devons à ce philosophe des citations telles que « *tout s'écoule* » (*ou tout est flux*), ou « *le temps est un enfant qui joue aux dés* ».

Sa pensée est alors celle d'un temps qui est toujours présent et qui ne cesse d'évoluer. La notion de changement est au centre de sa philosophie. Il introduit également la notion du hasard et de l'aléatoire qui intervient dans nos vies alors que nous essayons de l'avoir la plus prévisible possible.

Il dit aussi « tu ne mettras jamais deux fois le même pied dans le même fleuve », et évoque ainsi les processus de vieillissement, d'évolution qui existent toujours même s'ils sont imperceptibles.

Il me vient également à l'esprit l'idée selon laquelle, on ne rencontre jamais deux fois la même famille (ou la même personne) en thérapie, et que parallèlement, nous ne sommes jamais exactement le même thérapeute d'une séance à l'autre.

Auslos met en garde contre les évaluations « photographiques » que nous faisons en clinique, et qui restent inscrites dans les dossiers. Si ces évaluations ne tiennent pas compte d'une évolution possible, elles deviennent stigmatisantes pour la personne en thérapie.

Il plaide pour des évaluations « cinématographiques »

Il met en garde dans le domaine de la psychiatrie contre les classifications diagnostiques, les théories selon lesquelles on ne guérit pas de telle ou telle pathologie que l'on ne peut que « stabiliser ».

Ces classifications visent à augmenter la prévisibilité et sont donc déterministes. Il dit que si le changement possible n'est pas porté psychiquement par les thérapeutes en charge d'une personne ou d'une famille, ces changements ont moins de chances de survenir, et les changements observés seront interprétés comme hasardeux et accidentels et que la structure propre n'a pas changé.

Ausloos critique également l'idée psychanalytique selon laquelle il existerait une structure de personnalité propre chez les personnes.

On sait que dans son développement, l'enfant passe par différents stades (oral, anal, ...) où certains types de fonctionnements psychiques sont prédominants.

Peut-on dire cependant qu'une personne adulte peut avoir totalement achevé son développement, même lorsque sa personnalité paraît être celle d'une structure névrotique ?

En effet, même chez l'adulte il existe un fonctionnement prédominant, de type névrotique ou psychotique, mais qui n'est pas exempt de « régressions » à des stades de développement plus archaïques, dans certaines circonstances.

De même des évolutions peuvent aller dans le sens d'un développement même chez l'adulte.

L'idée d'un développement chez l'enfant, corrélé à des modes de fonctionnement psychique différents (pré-oedipe, oedipe, phase de latence, adolescence) ne peut-il pas d'ailleurs se rencontrer également chez l'adulte, qui connaît de profonds remaniements dans sa vie et sa vie psychique, du fait d'accéder au statut de parent, de voir partir ses enfants de la maison, d'arriver à l'âge de la retraite, ou bien de perdre ses propres parents ?

Dans cette perspective alors, l'idée d'une structure de personnalité propre à l'individu ne tient plus, il faut considérer qu'une structure existe à un instant t, mais qu'elle est elle-même susceptible de se modifier.

De même, pour reprendre le modèle des organisations familiales selon Meltzer (66), celles-ci ne sont pas fixes dans le temps. Il décrit en effet deux types d'organisations, le groupe de travail et les présumés de base, dont la première témoigne d'un plus haut degré de développement au niveau de la pensée, mais qui sont deux types d'organisation qui peuvent se succéder dans le temps au sein d'une famille. Celles-ci peuvent se succéder dans le cycle de la vie familiale, au gré des avatars de son existence.

Ces différentes notions donnent à penser que l'on ne peut considérer un dysfonctionnement familial comme une vérité absolue. Si celui-ci est observé, il doit tenir compte du contexte dans lequel il est décrit, et selon quel point de vue.

C'est à partir de cette réflexion que la pensée de Socrate peut nous aider à avancer, dans l'idée d'accompagner ces familles soumises à une difficulté, et qui paraissent dysfonctionner, ou du moins différer d'un schéma de fonctionnement habituel.

Socrate a inventé ce que l'Ecole systémique de Milan a appelé plus tard « le questionnement circulaire ». Sa pensée nous est transmise par Platon dans *Les Dialogues*. (82).

Quand Socrate était questionné par rapport à un problème, il ne répondait jamais en donnant

une réponse, mais continuait à questionner ses interlocuteurs sur ce qu'ils pensent, comment ils pensent, comment ils en ont fait l'expérience, comment ils ont vécu etc...

A la fin de ces discussions, les personnes ont l'impression que Socrate leur a répondu, alors qu'il est simplement allé chercher chez eux ce qu'ils savaient sans le savoir.

C'est ce qu'il appelait la « maïeutique », ce qui signifie « l'art de l'accouchement ». Les personnes qui l'interrogeaient trouvaient elles-mêmes la réponse à leur problème, grâce à cette aide au questionnement.

Selon Ausloos (7), l'information la plus pertinente en thérapie, est celle qui vient de la famille elle-même, et qui revient vers la famille.

Il distingue ce type d'interventions de celles qui constituent de la pédagogie, c'est-à-dire des informations sur les médicaments, etc...

Ausloos, pour reprendre une formule de Socrate « connais-toi toi-même », évoque comment en tant que systémicien de la deuxième cybernétique, il intervient auprès des patients et de leurs familles : « comme intervenant, avant de te préoccuper de connaître l'autre, pose toi la question de savoir ce que cela te fait à toi, plutôt qu e d'essayer de savoir comment l'autre est. »

Ainsi la question du point de vue devient fondamentale dans toute observation clinique. A partir du moment où il y a une rencontre entre un patient ou une famille et un clinicien ou thérapeute, il y a une interaction.

L'observateur fait partie du système, et doit en tenir compte pour rendre compte de ses observations.

La question du **point de vue** et du **changement perpétuel** au sein du système sont des éléments qui doivent faire partie de l'évaluation clinique.

Ausloos évoque ensuite la pensée d'Aristote qui distingue dans l'univers les systèmes soumis à des lois causalistes ou finalistes.

Dans sa conception, le monde des astres est un monde causaliste que l'on peut traiter à l'aide des mathématiques. On peut calculer les orbites des astres, et ce monde des astres, causaliste et mesurable, constitue le monde idéal. Le monde sublunaire, lui, est un monde finaliste et sensible.

Platon dans cette perspective, disait à propos du Mythe de la Caverne, que l'homme vit dans un monde d'apparences, sensibles à ses perceptions, et qu'il n'a pas accès à la vérité. Il ne perçoit que des ombres chinoises, la projection de l'image du réel sur la surface qu'il regarde, le fond de la caverne.

Si le réel existe bien, a une nature propre et immuable, l'homme ne peut y avoir accès, et la perception qu'il en a est soumise à des facteurs en perpétuelle évolution. Pour reprendre la métaphore, ce qui est variable, c'est la lumière du soleil, l'inclinaison de ses rayons, l'érosion du fond de la caverne, les qualités optiques de l'oeil, le degré de concentration de l'homme, etc...

Sa perception devient une interprétation.

Si le phénomène observé n'est pas mathématiquement mesurable, l'explication que nous pouvons lui donner devient finaliste.

Ainsi nous prêtons une intentionnalité aux phénomènes, évènements, agissements des personnes.

En psychologie et en psychiatrie, nous nous trouvons toujours dans ce débat-là : est-ce que la notre discipline s'occupe de phénomènes causalistes et mesurables, ou bien de phénomènes finalistes et sensibles.

Ausloos (7) fait remarquer à juste titre que la psychiatrie moderne cherche de plus en plus à faire rentrer dans une logique causaliste les phénomènes observés.

Cependant, même en physique à notre époque et depuis la théorie du chaos, les scientifiques ne parlent plus d'un causalisme linéaire et monocausal.

De même, Bateson (8) dans sa théorie cybernétique des systèmes, parlait de multiples restrictions qui affectaient l'évolution d'un élément. De plus, toutes les restrictions existantes ne pouvaient pas être repérées, certaines seulement, les plus évidentes, arrivaient à notre connaissance.

Si l'on s'intéresse à des familles, on peut dire certaines généralités, mais il faut considérer chaque famille comme singulière.

Qui aujourd'hui pourrait donner une définition universelle de la famille ? Certainement personne car il existe de nos jours et dans notre société de multiples façons de vivre ensemble.

Est-ce vivre ensemble qui détermine une famille, être un couple hétéro ou homosexuel avec un projet de vie, ou bien le fait de faire des enfants, d'en adopter, de les élever, ou bien simplement de se ressembler, etc...

Donc au sein de ces groupes qui ne sont pas clairement définis, les causes qui ont amené tels ou tels effets dans une famille ne seront pas forcément retrouvées dans une autre. De même les solutions qui étaient bonnes pour une famille ne le seront pas obligatoirement pour une autre.

Nous pourrions ajouter que les dysfonctionnements qui sont observés en clinique pour une famille devraient plutôt être appelés *variation par rapport à un schéma statistiquement plus fréquent*.

Cette variation est néanmoins intéressante à repérer et à étudier, comme un indicateur qu'il se passe quelque chose de particulier, de singulier.

Les particularités repérées peuvent ensuite être comprises comme réactionnelles à un phénomène, ou bien à un ensemble de phénomènes. Sans doute la causalité de ce qui est observé est-elle multiple et personne n'aura jamais accès à la vérité. Le fonctionnement familial ne pourra pas être écrit en termes de formule mathématique.

De même, en termes finalistes, les cliniciens vont créditer certains phénomènes observés d'une intentionnalité.

En ce sens, les interprétations psychanalytiques apportent à mon sens une compréhension de ce qui se passe dans l'anorexie mentale, au niveau de l'intrapsychique, ce qui n'est qu'une des parties du problème.

Il est vrai que les théories psychanalytiques s'attachent de plus en plus à mettre en connection ce qui se passe au plan de l'intrapsychique, avec ce qui se passe au plan corporel, ou au plan des relations interpersonnelles.

En effet et par exemple, H Bruch (13) relie les dysfonctionnements d'une interaction précoce mère-bébé concernant le nourrissage, au développement de dysfonctionnements de mécanismes intéroceptifs de perception des sensations et émotions, pour aboutir à une difficulté dans la conscience de soi.

De même le psychanalyste D.Meltzer (66) a mis à profit des théorisations intrapsychiques aux fonctionnements des groupes familiaux.

Dans un autre registre, les modèles intégratifs de compréhension de la maladie anorexique, parlent des causalités multiples du trouble, et que toutes ces causalités sont interdépendantes. Ces modèles se rapprochent certainement de la réalité, mais ont le désavantage d'ajouter à la complexité et de devenir des modèles très flous.

L'honnêteté de ces différentes interprétations du problème que pose la maladie anorexique, réside dans le fait qu'elles évoluent au cours du temps, que les différents auteurs s'appuient les uns sur les autres pour faire évoluer et croire leur théorie, et qu'ils intègrent les différentes parties du problème, etc...

Ce qui importe si l'on attribue une **finalité** à un phénomène au sein d'une famille, est de s'attacher à préciser quelle est la position de celui qui donne son point de vue.

Et si l'on veut réfléchir en termes de **causalité**, l'important est de pondérer et de relativiser l'importance de cette causalité repérée dans le développement de tel ou tel phénomène.

C'est dans cette perspective que je veux maintenant m'intéresser à ce qui se passe au sein des familles de patients anorexiques.

A mon sens, la psychanalyse permet d'éclairer ce qui se passe dans l'anorexie mentale en termes de finalité, et au plan de l'intrapsychique. Les psychanalystes s'intéressent au passé de l'analysant ou de la personne en thérapie, ce qui représente une des façons de faire intervenir le temps et la notion de mouvement dans la thérapie.

Les systémiciens ont un regard qui est me semble-t-il plus tourné vers l'avenir. Le facteur temps, l'intégration d'une évolutivité et d'un mouvement intervient différemment. Leur logique est également finaliste, mais au plan de l'interpersonnel.

Le danger existe pour tout clinicien ou pour chaque personne voulant comprendre un problème est de confondre ce qui a été dit en termes finalistes, avec une vérité causaliste.

Ce qui est dit en termes finalistes tel que « telle mère et telle fille ont eu telle interaction précoce, ce qui nous aide en partie à comprendre aujourd'hui comment cette jeune fille réagit face à la nourriture » pourrait devenir en termes causalistes « cette jeune fille est aujourd'hui anorexique parce qu'elle a eu une mauvaise relation précoce avec sa mère », si les deux niveaux de compréhension sont confondus.

De même, le danger existe à confondre « le dysfonctionnement familial observé et la maladie anorexique sont liés, car font partie d'un système qui interagit » et « cette jeune fille a une anorexie parce qu'elle a évolué dans une famille franchement pathologique ». Dans la dernière proposition, le degré de causalité n'est pas pondéré, la causalité paraît linéaire.

Nous avons vu que les théories systémiques sont d'avantage tournées vers l'avenir.

En effet, comment intégrer le temps ? Pour reprendre G.Ausloos (7), les théories entropiques nous apprennent que rien n'est réversible, que rien n'est réparable à l'identique en somme. On ne peut jamais redevenir comme avant, on ne peut devenir que comme après.

Il en est de même quand on rencontre une famille. Selon Y.Rey (83), dans le meilleur des cas le travail en thérapie favoriserait soit le passage d'une esthétique du drame à une esthétique de l'exploration, soit conduirait à une juxtaposition des deux.

Ce qu'elle entend par esthétique du drame, en référence aux écrits d'I.Stengers sur la crise (92), est le regard sur le passé, le vécu dans le présent qui est un vécu de catastrophe et sans solution. C'est ce que vivent les familles qui viennent consulter quand l'anorexie mentale d'un des enfants vient d'être découverte.

L'esthétique de l'exploration est une posture tournée vers l'avenir, un dynamique qui ouvre le paysage vers l'inconnu et l'imprévisible. Le choix y est alors possible, et le choix est la première condition au changement.

Si l'objectif est d'accompagner vers un changement, en considérant que les phénomènes interagissent entre eux et que le fonctionnement familial et le trouble anorexique sont liés, (tout comme le fonctionnement familial est lié à n'importe quel autre phénomène survenant au sein de ces familles), ce qui est très explicite dans les théories systémiques cybernétiques (8), (36), le thérapeute devra s'attendre au changement, considérer les changements qui surviennent chez lui parallèlement, ne cherchera pas forcément à se référer à une norme, mais sondera les familles au niveau de leurs ressources pour les aider à mettre ce changement en mouvement.

Nous avons mis en évidence le fait que l'insatisfaction observée dans les familles d'anorexiques était à considérer comme un élément important, car représentant un levier de changement potentiel considérable à ne pas négliger si nous travaillons en systémie et accompagner ces familles-systèmes vers un changement nécessaire, en vue bien entendu d'aider à la guérison de la maladie anorexique.

7. Les modèles de compréhension systémique normatifs de la maladie psychosomatique.

Des réflexions qui précèdent découlent la description de nouveaux modèles écosystémiques de compréhension de la maladie.

Le modèle biopsychosocial de Engel (1977), décrit par S. Cook-Darzens dans « Thérapie familiale de l'adolescent anorexique » (19), produit une remise en question du modèle biomédical linéaire qui régissait la médecine et la psychiatrie jusqu'aux années 1960, et est issu de la théorie des systèmes.

Ce modèle se situe clairement dans une perspective causaliste multimodale.

Il met l'accent sur l'interaction entre trois systèmes d'influence différents : le système biologique (génétique, anatomique, moléculaire...), le système psychologique comprenant les effets des facteurs intrapsychiques, motivationnels et de personnalité sur l'expérience de la maladie, le système social souligne l'influence de la famille, de la culture et de l'environnement sur l'expression et le vécu de la maladie.

Appliqué aux maladies psychosomatiques, le modèle biopsychosocial est particulièrement pertinent puisqu'il intègre les réalités psychosomatiques, organiques, qui étaient jusqu'à une certaine époque soumises à la « censure » dualiste des praticiens en charge du psychisme.

Le modèle de Smolak cité par Cook-Darzens (19), ainsi que celui de Steiner (19), resituent

les troubles des conduites alimentaires dans une trajectoire développementale qui tient compte des interactions adaptatives et pathologiques qui se jouent entre l'individu et son environnement au cours du temps.

Le modèle multifactoriel de Maudsley (19) décrit les interactions triangulaires qui s'organisent et se déploient entre individu, famille et symptôme. Individu et famille étant eux même soumis à diverses influences génétiques et socioculturelles. Ces interactions se déploient tout au long du cycle de vie familiale, cycle dont la trajectoire est elle-même puissamment structurée par le symptôme alimentaire. Les interventions thérapeutiques qui en découlent visent à cibler les multiples sites d'influence des mécanismes imputés dans le développement et le maintien du symptôme anorexique : individu, famille, relation famille-individu, relation symptôme-famille-individu, perception de certaines valeurs culturelles (idéal de minceur, féminité...).

Dans ces perspectives, le poids des fonctionnements familiaux dans la genèse de l'anorexie mentale, varie sur un continuum allant de l'absence d'influence familiale, à une influence importante quand les familles ont un fonctionnement extrême.

Les autres facteurs ont alors également une influence variable qu'il s'agit de pondérer.

Enfin, nous aborderons le modèle systémique de santé de J.S.Rolland, cité par S.Cook-Darzens (19), qui est un modèle systémique de la maladie psychosomatique, issu de la médecine familiale.

Ce modèle décrit en termes normatifs plutôt que pathologiques, les adaptations réciproques entre le trouble (avec ses caractéristiques psychosociales et son évolution propre), le patient (avec son histoire génétique et développementale unique, et son organisation psychique actuelle), et la famille (avec ses propres processus intergénérationnels, son fonctionnement actuel et son système de croyances) au cours de leurs cycles de vie respectifs. L'interface de ces trois systèmes définit un processus psychosomatique qui n'est en soi ni sain, ni malsain, contrairement à ce qu'évoque généralement le terme « psychosomatique » dans la littérature clinique.

C'est plutôt l'adéquation de l'ajustement qui s'opère entre l'individu et la famille, et les exigences liées à leurs cycles de vie respectifs, et les exigences particulières de la maladie à un moment donné de son évolution, qui détermine la qualité de fonctionnement d'une famille.

L'intérêt de ce modèle est de faire intervenir la notion de cycle de vie familiale. En effet, la survenue de la maladie dans la famille a souvent pour fonction de resserrer les liens. Si la maladie survient chez de jeunes enfants, elle peut favoriser la prolongation de la forte cohésion familiale qui existe à cette période.

Si elle survient chez un jeune adulte, elle fragilise l'indépendance nouvellement acquise de ce dernier.

Enfin comme dans l'anorexie mentale, lorsqu'elle survient à l'adolescence, période de séparation qui rend la famille vulnérable à cette période, elle fragilise d'autant plus les relations familiales en réactivant les angoisses de perte.

Rolland considère que le regroupement familial auquel nous assistons dans la phase de développement de la maladie, cette forte cohésion décrite par S.Minuchin sous le terme d'enchevêtrement, permettrait à la famille de faire face à la crise, serait un phénomène de loyauté normal devant la réorganisation qu'implique forcément la maladie.

La question devient plutôt celle-ci : si le degré de cohésion familiale n'est en soi ni sain, ni

pathologique, quel est le meilleur degré de cohésion familiale au stade actuel de la maladie et de la vie du patient, et comment cette dimension peut-elle évoluer dans les phases ultérieures de la maladie.

Ainsi la vision structuraliste de la famille psychosomatique est progressivement remise en question, par l'introduction de la dimension diachronique.

La question du caractère pathologique ou non de la cohésion familiale repérée est intéressante et sera reprise dans l'étude du fonctionnement familial dans l'anorexie mentale que nous avons menée.

Tous ces modèles ont l'avantage de rendre compte le plus objectivement possible des réalités scientifiques connues à l'heure actuelle.

Ils ont également l'avantage de ne pas considérer les processus à l'oeuvre comme pathologiques, mais adaptatifs, ce qui modifie la philosophie du soin. Il ne s'agit plus de rééduquer des patients ou des familles, dans un but de tendre vers une norme préétablie, mais plutôt d'accompagner les familles dans la mobilisation des processus à l'oeuvre, pour changer « l'interface », à partir de leurs propres ressources.

Cependant les finalités et causalités des processus à l'oeuvre demeurent complexes et confuses.

Ces modèles nous disent probablement qu'un médecin référent du patient doit avoir la charge de faire la synthèse pour le restituer au patient, des différents processus à l'oeuvre, et qui devront être explorés par des cliniciens spécialisés dans les différents mécanismes connus comme étant impliqués.

Etude du fonctionnement familial dans l'anorexie mentale, à deux temps différents de la maladie.

1. Problématique.

La problématique de cette étude découle de la partie qui précède.

En effet, il a été constaté dans la littérature que les dysfonctionnements ou les particularités cliniques observés dans les familles d'anorexiques, si elles étaient comparées au fonctionnement des familles témoin, n'étaient pas aussi flagrants qu'ils auraient pu paraître au départ.

Les données de la littérature sont les suivantes :

L'article de C.Dare « Redefining the psychosomatic family : family process of 26 eating disorder families » (28) reprend les critères de Minuchin et les étudie à la lumière des résultats obtenus à l'aide du FACES III et du EE auprès de 26 familles dont un des membres est touché par un trouble du comportement alimentaire.

Les critères de Minuchin (69) sont globalement retrouvés, mais le FACES III apporte certaines nuances. Au lieu de retrouver un enchevêtrement, les familles expriment un idéal de cohésion. Et au contraire, les différents membres de la famille ressentent un fort sentiment d'isolement.

D'autre part les familles se sentent très rigides et le critiquent, elles expriment un idéal de flexibilité. Cette nuance atténue le caractère « pathologique » de ces familles qui ne sont pas satisfaites de leur fonctionnement.

La surprotection n'est pas retrouvée systématiquement.

La difficulté à résoudre les conflits est retrouvée dans le fait d'obtenir des résultats relativement dans l'expression des émotions au EE (Expressed Emotion).

Ces nuances semblent atténuer le caractère pathologique attribué à ces familles

Je m'appuierai également sur les écrits de S. Cook-Darzens. Dans son article « Self perceived family functioning in 40 french families of anorexic adolescents : implications for therapy », (20) l'étude réalisée mesure le fonctionnement des familles de patientes anorexiques (patientes non chroniques, en dehors d'un état de crise c'est-à-dire quelques semaines après le début d'une hospitalisation, ou suivies en ambulatoire) à l'aide du FACES III, et il est comparé au fonctionnement de familles témoin recrutées lors d'un bilan de santé (échantillon de population recensé au moment d'un bilan de santé par l'équipe de N. Tubiana-Rufi. (97).

Tous les membres de la famille sont consultés sur leur perception du fonctionnement familial. L'auteur remarque qu'il n'y a pas plus de familles d'anorexiques dont le fonctionnement serait classé comme « extrêmes » donc pathologique.

On retrouve dans ces familles le sentiment de distance dans les relations perçu par chacun

des membres, qui était mis en évidence par l'étude de Dare (28), ce qui se traduit par des scores faibles obtenus à la sous-échelle de cohésion perçue du FACES III. Ces résultats sont particulièrement visibles dans le groupe des fratries qui ont un vécu de plus de distance familiale que les adolescents de familles témoin.

Parallèlement à ce résultat, les différents membres de la famille expriment le désir d'une cohésion plus forte, ce qui se traduit par un écart net entre les scores de cohésion perçue et idéale.

De plus le fort désir de cohésion noté chez les familles de patients anorexiques est retrouvé dans les familles témoin, et est interprété comme une aspiration plutôt saine par l'auteur, allant dans le sens d'une bonne santé psychique pour un adolescent d'après les écrits de Mac Farlane (65).

Cette étude retrouve des scores d'adaptabilité similaires entre les deux groupes de familles (cliniques et témoin), et donc ne confirme pas l'hypothèse d'une grande rigidité.

Par ailleurs les deux groupes de familles aspirent à plus de souplesse dans leurs fonctionnements.

Globalement ces deux études mettent en évidence un manque de cohésion familiale, une plus grande distance dans les relations au sein des familles de patients anorexiques.

Cette notion n'est pas contradictoire avec les théories psychanalytiques qui évoquent une forte dépendance à l'objet et à l'autre chez les patients anorectiques, dépendance qui est repoussée au point d'un désinvestissement de l'objet.

La distance ressentie avec un désir de cohésion plus fort pourrait traduire cette impossibilité d'une juste distance avec l'objet.

L'hypothèse d'une plus grande rigidité retrouvée par Dare (28), n'est pas confirmée par Cook-Darzens (20) dans la comparaison aux familles témoin.

Les familles de patients anorexiques expriment une insatisfaction dans leur fonctionnement en termes à la fois d'adaptabilité et de cohésion qu'elles jugent insuffisantes.

Nous avons vu, en nous appuyant sur les écrits d'Ausloos (7), que l'insatisfaction pouvait se révéler être un levier thérapeutique parce que susceptible d'amener un changement.

L'insatisfaction particulière de ces familles peut s'avérer de ce fait une ressource précieuse.

Enfin la notion de cohésion familiale dans cette maladie doit être resituée, d'après Rolland (19) dans le cycle évolutif de la maladie et des relations familiales, ce que nous tenterons d'explorer.

2. Hypothèses.

- Nous pensons que les dysfonctionnements familiaux relevés par certains auteurs, et que nous percevons en clinique, pourraient être rattachés à un état de relative crise, au moment le plus difficile de la maladie.
- Nous pensons que les familles de patientes anorexiques ont un fonctionnement qui évolue au cours du temps, et sur lequel la maladie et son évolution doit avoir un impact.

- Nous pensons retrouver dans les familles connaissant un de leur membre en phase active de la maladie, la perception d'une plus grande distance dans les relations que chez les familles témoin, comme dans les études de Dare (28) et Cook-Darzens (20). Qu'en serait-il pour des familles de patientes stabilisées ?
- Nous voulons explorer le degré de rigidité des familles de patients anorexiques, les deux études précédemment citées (20), (28), n'ayant pas donné de résultats similaires.
- Nous pensons que les fonctionnements familiaux se rapprochent de la « normale » chez des patients stabilisées. Ceci illustrerait l'idée que, soit une évolution favorable de la maladie a un effet bénéfique sur les fonctionnements familiaux (par un effet d'apaisement...), soit la prise en charge thérapeutique qui est prodiguée a un effet à la fois sur une évolution favorable de la maladie et une amélioration des fonctionnements familiaux.
Une évolution en parallèle de la maladie et des fonctionnements familiaux soutiendrait l'idée qu'une prise en charge familiale associée à toute thérapeutique de l'anorexie mentale pourrait être un plus, dans le sens d'une mobilisation de ressources supplémentaires.

Cette étude va tenter de répondre à deux questions :

- Peut-on objectiver à l'aide du FACES III les dysfonctionnements familiaux repérés en clinique, en termes de cohésion et d'adaptabilité ?
- Si l'on retrouve des dysfonctionnements, ne seraient-ils pas à mettre sur le compte d'un relatif « état de crise familiale » au moment de la phase active de la maladie ?

Pour ce faire, nous évaluerons et comparerons le fonctionnement familial à l'aide du FACES III dans deux groupes de familles de patients anorexiques : un groupe en phase active de la maladie, et un groupe de patients stabilisés.

Ces résultats seront également comparés à ceux obtenus auprès d'une population témoin, non clinique.

3. Méthodologie.

Nous avons sollicité 21 familles dont un enfant était touché par l'anorexie mentale auprès de trois services de soins prenant en charge des jeunes atteints d'anorexie mentale : la Clinique Médicale Pédiatrique et les patients de la consultation conjointe pédiatre-pédopsychiatre du CHU de Nantes, l'unité d'hospitalisation du service d'Addictologie « Lou Andreas-Salomé » du CHU de Nantes, ainsi que le Service Intersectoriel de Pédopsychiatrie du SISMLA.

a- Critères d'inclusion des patientes.

Les patients recrutés étaient tous de sexe féminin afin d'obtenir le groupe de patients le plus homogène possible pour les besoins de l'étude.

De même, nous avons limité le recrutement des patientes aux anorexiques restrictives « non purging type ».

Il s'agissait donc de patientes anorexiques restrictives dont le diagnostic était établi avec les critères du DSMIV (4). Le choix de cet outil diagnostique a été fait en raison des critères de diagnostic facilement quantifiables et reproductibles d'un patient à un autre.

Ces critères, qui doivent tous être réunis, sont les suivants :

- refus de maintenir le poids corporel au dessus de la normale minimale, c'est-à-dire moins de 85% du poids moyen attendu pour l'âge et la taille.
- Peur intense de devenir gros ou de prendre du poids malgré l'insuffisance pondérale.
- Dismorphophobie ou 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'estimation de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- Aménorrhée pendant au moins trois cycles consécutifs chez la femme menstruée.
- Absence de crises de boulimies, ou de recours aux vomissements ou médicaments purgatifs (laxatifs et diurétiques) dans les anorexies restrictives.

L'âge des patientes recrutées au sein de ces familles allait de 12 à 19 ans maximum, en raison des limites imposées par la validation de l'outil utilisé.

Toutes les patientes sollicitées pour l'étude présentaient, ou avaient présenté ces critères diagnostique à un moment de leur parcours de soin, ce qui était attesté par leur dossier médical.

Nous verrons que nous avons constitué deux groupes de patientes parmi cette population, en distinguant celles qui étaient en phase active de la maladie et celles qui étaient stabilisées, et selon des critères précis.

b- Choix de l'outil d'évaluation.

L'étude du fonctionnement familial a été réalisée à l'aide du FACES III. (75).

Le choix de cet outil s'est imposé à nous car c'est le seul outil d'évaluation du fonctionnement familial validé en langue française (97), il a déjà fait l'objet de nombreuses études dans les troubles du comportement alimentaire ce qui apporte des éléments de comparaison, et il mesure deux dimensions qui nous préoccupent particulièrement qui sont la cohésion et

l'adaptabilité familiale.

Il a été élaboré par D.Olson et son équipe de l'Université du Minnesota en 1985. (75), (14). Il partait d'une série de concepts relatifs à la notion de famille, issus de champs aussi différents que la psychiatrie, la thérapie familiale, la sociologie, et l'anthropologie.

Le modèle théorique qu'il propose repose sur l'idée que le fonctionnement familial représente la combinaison de ressources individuelles propres à chacun des membres de la famille, aboutissant à l'élaboration d'un répertoire de stratégies communes, nécessaires pour faire face, d'une part, aux changements inhérents au déroulement de la vie, d'autre part aux événements accidentels.

D.Olson (75) met l'accent sur le fait que le groupe familial est constamment sollicité pour s'adapter aux changements et aux facteurs de stress extérieurs et intérieurs pouvant surgir à différents moments de son existence.

Ce positionnement face au fonctionnement familial nous intéresse particulièrement car il reprend les notions changement et d'évolutivité qui étaient cruciales selon D.Meltzer (66), dans sa conception de l'évolutivité des organisations familiales, et selon G.Ausloos (7) qui mettait le principe du changement comme susceptible d'amener à la guérison.

En partant d'une méthode inductive basée sur l'analyse factorielle des réponses données par les familles, D.Olson (75) a mis en évidence 2 dimensions permettant de décrire les comportements familiaux : la cohésion et l'adaptabilité familiales.

Cette échelle nous semble de nouveau très intéressante car elle reprend 2 des critères pathognomoniques de la famille psychosomatique décrite par S.Minuchin dans l'anorexie mentale. (69)

La cohésion familiale est définie comme le lien émotionnel qui unit les membres de la famille ; elle s'exprime en termes de lien émotionnel, coalitions, amitiés, prise de décision, intérêts. Les auteurs définissent quatre niveaux de cohésion : absence de liens, individualiste, en relation positive, et lien fusionnel.

L'enchevêtrement dans les familles psychosomatiques selon Minuchin correspondrait à une valeur extrême de cohésion familiale.

L'adaptabilité familiale est définie comme la capacité d'un système familial à changer son organisation, ses rôles, ses règles en réponse au stress. L'adaptabilité familiale reflète donc la souplesse du système. Elle s'exprime en termes d'assertivité et de contrôle, de styles de négociation des conflits, de partage des rôles...

Les quatre niveaux d'adaptabilité ainsi définis sont la rigidité (retrouvée dans la description de Minuchin), la structure, la souplesse, le chaos.

Partant de ces deux dimensions de cohésion et d'adaptabilité, D.Olson (75) introduit la notion de famille au fonctionnement équilibré. Les systèmes familiaux équilibrés présentent un plus large répertoire comportemental et une meilleure solidarité entre les membres.

Les familles équilibrées ont tendance à mieux fonctionner au cours du cycle de vie de la famille. Leur répertoire comportemental plus large leur permet une meilleure capacité d'ajustement aux changements que les familles extrêmes.

Confrontées à un stress situationnel ou aux changements inhérents au cours du cycle de vie,

les familles équilibrées seront plus aptes à changer, alors que les familles extrêmes seront résistantes au changement.

La question de la persistance d'un fonctionnement extrême entravant le changement nécessaire se pose. Selon l'auteur, un fonctionnement mesuré comme extrême par le FACES III restera tel tant que tous les membres de la famille accepteront ce fonctionnement en réagissant de la même manière.

Or nous savons que la survenue de l'anorexie chez un des membres de la famille signe un changement et qu'elle réaménage les fonctionnements familiaux.

L'échelle FACES III présente un autre intérêt dans l'évaluation du degré de satisfaction des familles par rapport à leur fonctionnement.

En effet, chaque questionnaire est composé de deux sous-échelles, l'une recueillant la perception du fonctionnement familial effectif, l'autre la perception d'un fonctionnement idéal.

Nous avons ainsi accès au regard critique de la famille sur elle-même.

Enfin, la validité et la fiabilité de la version française de cette échelle sont excellentes, selon R.Tubiana-Rufi et coll. (97).

c- Critères d'inclusion des autres membres de la famille.

Le questionnaire était distribué à chacun des membres de la famille. La définition de famille ne pouvant être ni très précise ni universelle, nous avons décidé de le distribuer aux membres de la famille vivant sous le même toit que la patiente. Dans la validation en langue française par Tubiana-Rufi (97), la population recrutée au moment d'un bilan de santé était composée d'un adolescent âgé de 12 à 19 ans, et de ses parents vivant sous le même toit.

Dans notre étude étaient donc consultés les patientes anorexiques restrictives âgées de 12 à 19 ans au moment de la passation du questionnaire, leurs frères et sœurs âgés de 12 à 19 ans, leurs parents et beaux parents vivant sous le même toit. Les demi-frères et demi-sœurs vivant au domicile étaient également consultés.

d- Constitution de deux groupes de patientes.

Pour la comparaison des fonctionnements familiaux lors de la phase active de la maladie, et après stabilisation, nous avons constitué deux groupes des patientes et leurs familles selon ces critères :

- 1) Un groupe de patientes en phase active de la maladie, qu'elles soient suivies en ambulatoire ou à l'hôpital, et qui répondaient strictement aux critères diagnostics du DSM IV (4) déjà cités.

Nous nous sommes attachés à faire respecter les critères diagnostics mesurables tels que le poids et la présence ou absence de règles, qui étaient vérifiés au moment de la passation du questionnaire.

Dans ce groupe les patientes répondaient strictement aux critères suivants :

- poids inférieur à 85% du poids attendu pour l'âge et la taille,
- **et** aménorrhée secondaire de plus de trois mois, ou aménorrhée primaire.

Les autres critères diagnostics n'étaient pas pris en compte au moment de la passation du questionnaire, mais avaient été établis sur des observations récentes et figuraient dans le dossier de la patiente.

- 2) Un groupe de patientes jugées stabilisées. Comme il n'existe pas de critères universellement admis de stabilisation ou de guérison de l'anorexie, nous avons pris le parti de choisir comme critère de stabilisation la sortie des critères stricts du DSMIV (4).

Il s'agissait donc dans ce groupe :

- **soit** de la reprise des règles sans traitement oestrogénique,
- **soit** d'un retour à la normale du poids au dessus de 85% du poids attendu pour la taille et l'âge, et ceci en l'absence d'apparition de crises de boulimies.

Les autres critères diagnostics n'étaient pas retenus pour évaluer la stabilisation de la maladie, car n'étaient pas quantifiables de manière objective.

e- Constitution d'une population de référence « témoin ».

La population de référence témoin qui a été utilisée est la même que celle utilisée pour l'étude de S. Cook-Darzens (20) en 2005 qui compare le fonctionnement de 40 familles d'anorexiques à 98 familles non cliniques.

Cette population est celle qui a été utilisée pour l'étude de validation en langue française du FACES III par N.Tubiana-Rufi. (97).

Il s'agissait au total de 457 familles de sujets sains convoquées pour un bilan de santé au centre de médecine préventive de Vandoeuvre-lès-Nancy. Au total 976 sujets participaient à l'étude.

La cellule familiale était définie par un couple avec un enfant au moins, âgé de la naissance à 19 ans qui vit au foyer familial. Les couples sans enfants et les couples dont tous les enfants avaient quitté le foyer étaient exclus.

Ces critères de définition de la famille correspondent aux critères de D.Olson. (75)

Sur cette population, il restait en tout 113 familles composées de deux parents et d'au moins un adolescent âgé de 12 à 19 ans, et parmi ces familles 98 adolescents ont répondu au questionnaire permettant de constituer le groupe « témoin » de notre étude.

La pertinence de la comparaison de nos familles cliniques avec cet échantillon témoin sera abordée dans la discussion.

f- En pratique.

Les familles sollicitées par nous ont d'abord été sélectionnées sur les dossiers médicaux des patientes, qui devaient répondre aux critères d'inclusion sus-cités. (âge et critères diagnostique du DSMIV (4), qui permettaient de distinguer les patientes des groupes 1 et 2).

Ensuite les familles ont été contactées par téléphone pour leur présenter l'étude et ses objectifs. Il leur était signalé également les notions d'anonymat et de consentement libre et éclairé.

Je me présentais à ce moment comme interne de psychiatrie ayant travaillé dans les services de pédiatrie et d'addictologie du CHU de Nantes, et de pédopsychiatrie du SHIP.

Au total 22 familles ont été sollicitées.

Il s'agissait, pour le service de Pédiatrie, de toutes les patientes anorexiques suivies en consultation conjointe pédiatre-pédopsychiatre, au mois de Mars 2007, et répondant aux critères d'inclusion des groupes 1 et 2, soit au total 12 patientes et leurs familles (2 pour le groupe 1, 10 pour le groupe 2).

Pour le service d'Addictologie, il s'agissait de toutes les patientes hospitalisées à l'unité Lou Andréas-Salomé le 10 avril 2007 et répondant aux critères d'inclusion des groupes 1 et 2, soit au total 5 patientes et leurs familles (toutes appartenant au groupe 1).

Pour le service du SHIP, il s'agissait de toutes les patientes ayant été hospitalisées pour la prise en charge d'une anorexie mentale du 1/01/04 au 27/03/07 et contactées par téléphone pour celles qui répondaient aux critères d'inclusion, et dont le suivi attestait qu'elles entraient dans le groupe 1 pour 2 d'entre elles, et le groupe 2 pour 3 d'entre elles.

Les patientes dont je m'étais chargée personnellement sur le plan des soins n'étaient pas sollicitées pour éviter un biais de recrutement.

Le détail des familles sollicitées et ayant répondu à l'étude dans chaque service figure dans la partie « résultats ».

Ensuite les familles recevaient par courrier à leur domicile les exemplaires des questionnaires destinés à chaque membre de la famille, ainsi qu'une lettre de consentement et d'information destinée à chacun. Les lettres d'information destinées aux plus jeunes étaient rédigées dans un langage plus facile de compréhension.

Les notions d'anonymat, de consentement libre et éclairé, de gratuité, le caractère révocable à tout instant du fait de participer à l'étude étaient mentionnés.

Les objectifs de l'étude étaient mentionnés, ainsi que l'éventuel préjudice qu'induirait le fait de participer à l'étude.

En plus du questionnaire FACES III traduit en français, les personnes interrogées devaient remplir une première page d'informations pour recueillir les données suivantes :

- présence ou absence de règles chez la patiente
- patiente déjà menstruée ou non
- poids, âge et taille de chaque personne interrogée
- date de début de la maladie pour la patiente
- présence ou non de crises de boulimies chez la patiente
- prise régulière d'un traitement médicamenteux ou non chez la patiente
- niveau scolaire ou profession exercée
- statut marital des parents
- psychothérapie individuelle ou non pour chaque personne
- psychothérapie familiale ou non
- antécédents de troubles des conduites alimentaires ou non pour chaque personne
- antécédent d'une autre pathologie ou non.

Les lettres de consentement et les questionnaires sont visibles en annexes.

Une enveloppe timbrée était remise à chaque famille pour leur permettre de répondre.

Le groupe de référence ou groupe témoin non clinique était celui de l'équipe de N.Tubiana-Rufi (97), composé de 98 familles recrutées lors d'un bilan de santé, et composées de 98 adolescents masculins et féminins ainsi que leur parents, et vivant sous le même toit.

L'originalité de cette étude réside dans le fait de comparer le fonctionnement de familles de patientes anorexiques à l'aide du FACES III à deux temps différents de la maladie.

4. Résultats.

L'analyse statistique de cette étude a été réalisée en collaboration avec M.C.Leux interne du département de santé publique ISP PIMESP du CHU de Nantes.

Sur les 22 familles sollicitées pour participer à l'étude, seules 10 d'entre elles ont répondu et fourni des réponses exploitables.

Il restait ainsi 5 familles qui répondaient aux critères d'inclusion du groupe 1, et 5 familles qui répondaient aux critères d'inclusion du groupe 2.

Tableau 1.

Réponses des familles sélectionnées pour l'étude.

Familles sollicitées. N=22

service	groupe 1.	groupe 2.	Total.
Pédiatrie	2	10	12
Addictologie	5	0	5
SHIP	2	3	5
Total.	9	13	22

Familles répondeuses / résultats exploitables. N=10

service	groupe 1.	groupe 2.	Total.
Pédiatrie	2	4	6
Addictologie	3	0	3
SHIP	0	1	1
Total.	5	5	10

Familles non répondeuses. N=12

service	non répondeur	injoignable	refus exprimé	réponses incomplètes	Total
Pédiatrie	4	0	1	1	6
Addictologie	2	0	0	0	2
SHIP	2	1	1	0	4
Total.	8	1	2	1	12

Parmi ces familles, 9 couples parentaux vivaient maritalement ou étaient mariés. Un couple de parents était divorcé et de ce fait le beau-père d'une patiente a participé à l'étude. Les résultats obtenus aux questionnaires remplis par le beau-père sont compris dans la moyenne de la famille concernée, au même titre que les autres parents.

Dans le groupe 1, 5 membres de la fratrie âgés de 12 à 19 ans ont répondu, et 3 dans le groupe 2.

a- Caractéristiques des familles répondeuses.

Les tableaux suivants donnent les caractéristiques des familles ayant répondu à l'étude.

Tableau 2.

Caractéristiques des patientes et de leurs familles, groupe 1, N=5			
Patiente		Famille	
Âge	16,8	Âge père	52,2
Âge au début de la maladie	11	Âge mère	49,4
BMI	14,78	Thérapie familiale actuelle	20,00%
% BMI moyen pour l'âge	74,96	Thérapie familiale passée	20,00%
Réglée	0,00%	Thérapie individuelle père	40,00%
Non réglée	100,00%	Thérapie individuelle mère	0,00%
Thérapie individuelle actuelle	100,00%	Nombre d'enfants/famille	2,8
Rang de naissance :aînée	40,00%	Âge moyen de la fratrie	16,85
Dernière née	40,00%	Fratrie : nombre de filles	12
Au milieu	20,00%	Fratrie : nombre de garçons	2

Tableau 3.

Caractéristiques des patientes et de leurs familles, groupe 2, N=5			
Patiente		Famille	
Âge	15,6	Âge père	47,75
Âge au début de la maladie	12,2	Âge mère	45
BMI	17,99	Thérapie familiale actuelle	20,00%
% BMI moyen pour l'âge	92,4	Thérapie individuelle père	0,00%
Réglée	40,00%	Thérapie individuelle mère	40,00%
Non réglée	60,00%	Thérapie indiv. Mère passée	40,00%
Thérapie individuelle actuelle	60,00%	Nombre d'enfants/famille	2
Thérapie individuelle passée	40,00%	Âge moyen de la fratrie	16,72
Rang de naissance :aînée	60,00%	Fratrie : nombre de filles	7
Dernière née	20,00%	Fratrie : nombre de garçons	4
Au milieu	20,00%		

Nous pouvons noter que le nombre de familles en thérapie familiale dans le groupe 1 est non négligeable. De même le nombre de parents en thérapie individuelle dans les deux groupes est important.

Ces éléments peuvent représenter un biais dans notre étude. Nous pourrions émettre l'hypothèse selon laquelle les familles qui ont répondu sont les familles qui se sentaient le plus concernées par les soins, puisqu'elles étaient elles-mêmes en thérapie.

A noter en plus de ces caractéristiques, dans le groupe 1 :

- on retrouvait des antécédents d'obésité chez 2 parents d'une jeune patiente,

- des antécédents de troubles des conduites alimentaires chez la mère et la soeur d'une patiente,
- une dépendance à l'alcool chez un père,
- deux soeurs de patientes étaient en thérapie individuelle pour des problématiques non précisées.

Et dans le groupe 2 :

- des antécédents de troubles des conduites alimentaires chez une mère,
- la soeur d'une patiente était en thérapie individuelle pour une problématique non précisée.

b- Résultats globaux des 10 familles comparées aux familles témoin.

On retrouve pour les deux groupes de familles et chacun des membres au sein de ces familles une différence entre les scores de cohésion et d'adaptabilité perçus et idéaux, allant dans le sens d'un désir de plus de cohésion et d'adaptabilité.

Les scores de cohésion perçus par les 10 familles cliniques et chacun de leurs membres sont tous inférieurs aux scores de cohésion perçue par les différents membres des familles témoin.

Ce résultat confirme ceux des équipes de Dare (28) et Cook-Darzens (20) et qui étaient une des conclusion importante de leurs études.

Tableau 4.

Comparaison des familles cliniques et des familles témoin.				
	Familles cliniques. N=10		Familles témoins. N=98	
COHESION	perçue	idéale	perçue	idéale
famille	33,48	40,79	36,72	38,25
père	34,83	41,9	37,77	39,25
mère	35,84	42,23	38,24	39,94
patiente	31,78	38,41		
fratrie	34,01	40,86		
adolescent			34,97	36,83
beau-père	23	39		
ADAPTABILITE	perçue	idéale	perçue	idéale
famille	25,41	28,92	24,69	28,83
père	26,82	30,01	24,28	27,84
mère	25,89	28,59	24,37	28,38
patiente	24,29	29,04		
fratrie	24,09	28,31		
adolescent			24,16	28,67
beau-père	25	26		

La taille des échantillons ne permet pas de mettre en évidence une différence statistique significative. Le risque de l'utilisation d'un test t serait de mettre en évidence des différences qui seraient liées au hasard.

Cependant, l'observation de ces résultats permet de dégager une tendance dans les scores de cohésion.

Les familles cliniques semblent vivre une moins grande cohésion familiale. Et dans ces familles, ce sont les patientes qui semblent vivre la plus grande distance relationnelle.

c- Sur le fonctionnement global des familles.

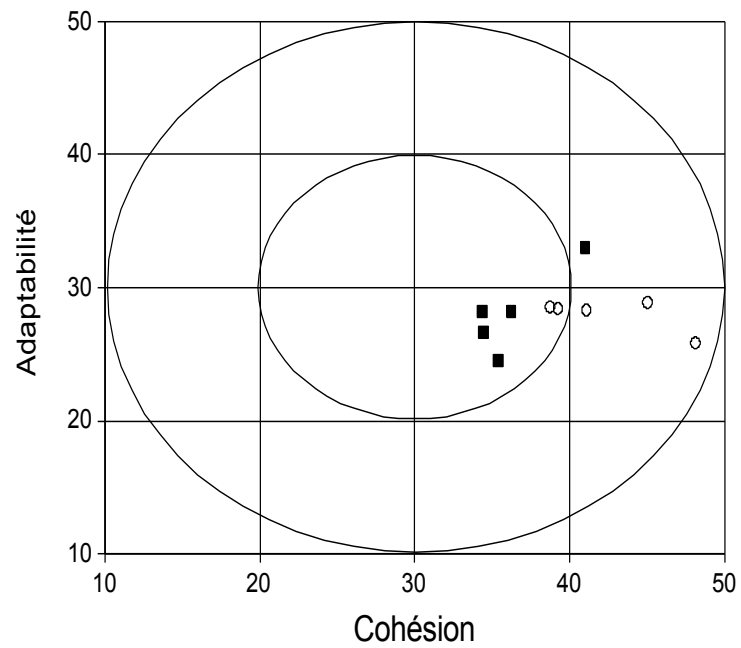
Les deux graphiques suivants représentent le fonctionnement global des 10 familles, selon le modèle circumplexe du FACES III. (75).

Chaque carré noir représente la moyenne des scores de cohésion et d'adaptabilité perçue des différents membres de la famille.

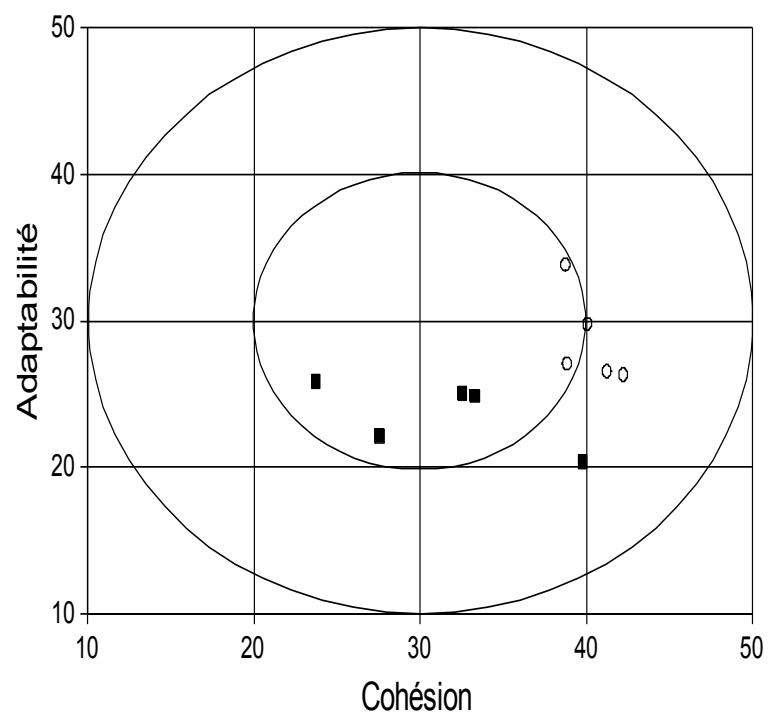
Chaque rond blanc représente la moyenne des scores de cohésion et d'adaptabilité idéale des différents membres de la famille.

Graphiques 1 et 2 page suivante.

Modèle Circumplexe du FACES
Scores familles pour le groupe 1



Modèle Circumplexe du FACES
Scores familles pour le groupe 2



Les deux grands cercles sur chaque graphique délimitent 3 espaces :

- un espace à l'extérieur du grand cercle qui représente les familles au fonctionnement extrême,
- un espace à l'intérieur du cercle central qui représente les familles au fonctionnement équilibré,
- un espace intermédiaire qui représente les familles au fonctionnement équilibré.

Nous voyons que 4 des familles du groupe 1 se sentent plutôt unies, et moyennement adaptables, c'est-à-dire structurées selon la traduction de D.Castro (15). Une famille se distingue et se sent "fusionnelle" et "souple" (15).

Hormis une famille, leur type de fonctionnement perçu semble homogène. Il est équilibré pour 4 d'entre elles, et intermédiaire pour une famille.

Elles souhaitent toutes plus de cohésion et d'adaptabilité.

Les familles du groupe 2 ont une répartition plus disparate de leur mode de cohésion perçue, 2 d'entre elles se sentent "séparées" (15), 3 se sentent "unies" (15). Leur mode d'adaptabilité perçue est plus homogène, de type "structuré"(15).

4 de ces familles ont un fonctionnement équilibré, et une famille a un fonctionnement intermédiaire.

Elles souhaitent toutes globalement plus de cohésion et d'adaptabilité.

d- Comparaison des résultats pour chacun des membres de la famille entre les 2 groupes.

Tableau 5 page suivante.

Comparaison des scores des groupes 1 et 2.				
	Familles groupe 1. N=5		Familles groupe 2. N=5	
COHESION	Perçue	Idéale	Perçue	Idéale
Famille	36,11**	41,94**	30,85*	39,63*
Père	36,89	41,42	32*	42,5*
Mère	37,68**	41,25**	34	41,6
Patiente	35,77	42,41	27,8*	34,4*
Fratrie	33,22**	40,37**	35,33	41,67
Beau-père			23	39
ADAPTABILITE	Perçue	Idéale	Perçue	Idéale
Famille	27,13	28,74	23,69**	29,1**
Père	28,27	29,22	25*	31*
Mère	28,29	28,78	23,5	28,4
Patiente	25,58	28,37	23**	29,8**
Fratrie	24,95	29,3	22,67	26,66
Beau-père			25	26
Comparaison des scores perçus et idéaux				
** Test t significatif p <0,01				
* Test t significatif p <0,05				

Les résultats des 2 groupes sont comparés entre eux et les différences observées sont jugées significatives ou non d'après le test de Mann et Whitney.

La petite taille des échantillons de population ne permet pas de retrouver de valeurs significatives dans les différences observées entre ces deux groupes.

Cependant, nous pouvons noter que l'adaptabilité perçue par les familles du groupe 2 (stabilisées) est plus faible que celle perçue par le groupe 1 avec un intervalle de confiance de 0,09.

Ce résultat est surprenant et nous nous attendions à retrouver une plus grande souplesse de fonctionnement dans les familles de patientes stabilisées. Nous développerons ce point dans la discussion.

De même nous retrouvons une tendance à une différence dans les scores de cohésion perçue par les familles des 2 groupes, sans que celle-ci ne soit hautement significative (intervalle de confiance de 0,18)

Cependant ce résultat va aussi dans le sens d'une plus faible cohésion perçue dans les familles de patientes stabilisées.

Nous retrouvons globalement une différence dans les scores de cohésion et d'adaptabilité perçue plus faible dans les familles de patientes stabilisées que dans les familles de patientes en phase active de la maladie, même si la plupart des résultats ne sont pas significatifs.

Ce point sera développé dans la discussion.

Dans les familles en phase active, les fratries sont ceux qui connaissent la cohésion perçue la plus faible, donc qui se sentent le plus isolés.

En termes d'adaptabilité dans les familles en phase active, ce sont également les fratries qui ressentent le plus de rigidité.

Dans les familles stabilisées, ce sont les patientes qui expriment le plus ce sentiment de solitude par une faible cohésion perçue.

Les fratries y expriment également une moins grande souplesse.

e- Degré de satisfaction des familles sur leur fonctionnement.

Les comparaisons des scores perçus et idéaux des différents membres des 2 groupes sont calculées avec un test de Student t apparié.

On retrouve beaucoup de différences significatives (voire tableau 5) indiquant une particulière insatisfaction de ces familles sur leur mode de fonctionnement.

L'évaluation globale du fonctionnement des 10 familles (tableau 6) indique également une insatisfaction en termes de cohésion et d'adaptabilité.

Satisfaction globale des 10 familles :

Tableau 6.

<i>Tableau 1 – Comparaison des cohésions perçue et idéale</i>			
	Cohésion perçue	Cohésion idéale	<i>p</i>
Moyenne (écart- type)	33.81579 (6.106511)	40.65789 (4.861744)	$1.994 \cdot 10^{-09}$ ***

<i>Tableau 2 – Comparaison des adaptabilités perçue et idéale</i>			
	Adaptabilité perçue	Adaptabilité idéale	<i>p</i>
Moyenne (écart- type)	25.26316 (4.705857)	28.92105 (2.888763)	$1.830 \cdot 10^{-05}$ ***

On retrouve pour les deux groupes de familles et chacun des membres au sein de ces familles (Tableau 5) une différence entre les scores de cohésion et d'adaptabilité perçus et idéaux, allant dans le sens d'un désir de plus de cohésion et d'adaptabilité.

En termes d'adaptabilité, les familles du groupe de patientes stabilisées sont très insatisfaites, avec une différence hautement significative entre les scores d'adaptabilité perçue et idéale (intervalle de confiance de 0,003)

Dans ces familles, les pères et les patientes sont ceux qui aspirent à plus de souplesse de la façon la plus nette, avec des différences très significatives entre les scores (intervalles de confiance de 0,03 et 0,001 respectivement).

En revanche, les familles du groupe de patientes en phase active sont satisfaites de leur degré d'adaptabilité car ne montre aucune différence significative entre les scores d'adaptabilité perçue et idéale.

En termes de cohésion, les deux groupes de familles montrent une insatisfaction avec des différences très significatives voire hautement significatives entre les scores de cohésion perçue et idéale (intervalles de confiance respectivement de 0,0025 pour le groupe 1, et de 0,024 pour le groupe 2)

Au sein de ces familles, ce sont les mères et les fratries qui se montrent les plus insatisfaites dans le groupe 1 (différences entre les scores avec intervalles de confiance de 0,009 pour les mères, et de 0,003 pour les fratries)

Pour le groupe 2, ce sont les pères et les patientes qui se montrent les plus insatisfaits avec des différences très significatives entre les scores de cohésion perçue et idéale (intervalle de confiance égal de 0,04)

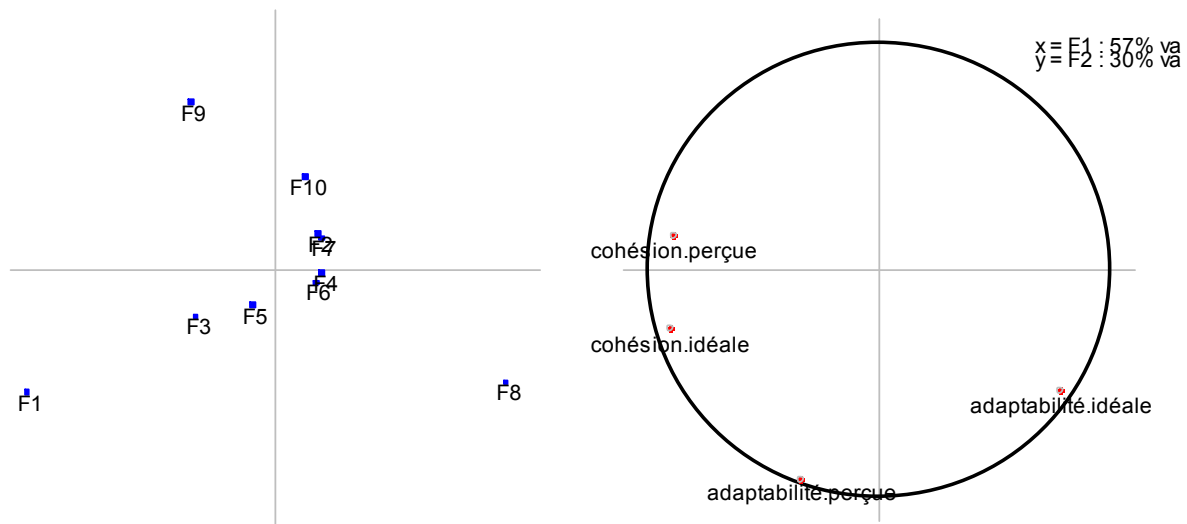
f- Analyse exploratoire en composante principale.

Le graphique suivant indique que les cohésions perçues et idéales chez les 10 familles cliniques sont corrélées positivement (coefficient de corrélation 0,74; valeur de $p=0,0014$ significatif), c'est à dire que ces deux variables sont liées statistiquement.

Plus la cohésion perçue sera forte, plus la cohésion idéale le sera aussi.

Les données dont nous disposons concernant l'adaptabilité ne permettent pas de dire que l'adaptabilité perçue et idéale sont liées statistiquement pour notre échantillon.

Graphique 3.



5. Discussion.

Le but de cette étude ne peut pas être de mettre en évidence des preuves statistiques compte tenu de la petite taille des échantillons.

Il s'agit plutôt d'une étude exploratoire qui a pour but d'orienter une réflexion, et pourquoi pas servir de base à d'autres études.

a- Sur la faible participation à l'étude. Cf tableau 1,2,3.

Le fait que je n'ai suivi personnellement aucune des patientes sélectionnées pour l'étude évitait un biais de sélection, mais les familles appelées à participer ne se sont pas senties suffisamment concernées de ce fait.

Beaucoup d'entre eux étaient intéressés au téléphone, quelques uns réticents à faire participer leurs enfants, notamment la fratrie des patientes.

Certains après relance se sont dits peu intéressés par le type de questions posées par le questionnaire.

Comme annoncé plus haut, le nombre de familles et de parents en thérapie parmi les familles répondeuses est non négligeable. Il pourrait s'agir des familles se sentant le plus concernées par les soins qui auraient répondu à cette étude, ce qui représenterait un biais.

b- Sur la pertinence de la comparaison des familles cliniques et témoins. Tableau 7.

La validité de notre échantillon témoin est discutable puisqu'il ne s'agit pas d'un tirage au sort.

Les fortes différences qui opposent nos familles cliniques et nos familles témoin sont tout d'abord l'éloignement géographique, le recrutement dans deux villes différentes pouvant induire un biais de comparaison. En effet les cultures des 2 populations sont-elles comparables ?

De même l'époque de la passation du questionnaire, la population témoin datant de 1991, et notre population clinique de 2007. Ces 16 années de différences ne sont pas anodines car nous disions nous-mêmes que les personnalités, les représentations et les fonctionnements des systèmes évoluaient au cours du temps.

Nos populations cliniques et témoins sont sans doute trop éloignées du point de vue de l'histoire et de la géographie.

C'est pourquoi nous resterons pondérés dans l'interprétation des résultats et la discussion.

Cependant, nous pouvons comparer les caractéristiques dont nous disposons concernant les deux groupes de familles dans le tableau suivant.

Il s'agit des caractéristiques de 113 familles. 98 familles issues de ces 113 forment notre échantillon témoin, puisque 15 adolescents de ces familles n'ont pas répondu au questionnaire.

Tableau 7.

Comparaison des 2 populations, familles cliniques et familles témoin.								
Familles témoins (population issue de la littérature). N=113								
Individus.	Age.	Catégorie socio-professionnelle.				Niveau d'études.		
	moyennes	Activité %	Au foyer %	Chômage %	Autre %	Primaire %	Secondaire %	Supérieur %
Pères	NR	94,5	1,9	2,3	1,3	21	53,5	25,5
Mères	NR	57,7	33,9	4,8	3,6	22	63,2	14,6
Adolescents	16,2					3,7	88	8,3
Familles cliniques. N=10								
Individus.	Age.	Catégorie socio-professionnelle.				Niveau d'études.		
	moyennes	Activité %	Au foyer %	Chômage %	Autre %	Primaire %	Secondaire %	Supérieur %
Pères	50,22	100	0	0	0	NR	NR	NR
Mères	47,2	90	10	0	0	NR	NR	NR
Adolescents	15,83					0	88,88	11,11

Familles témoins (population issue de la littérature). N=113						
Statut marital des parents.			Nombre d'enfants par familles. (en %)			
Mariés ou vie maritale %	Séparés divorcés %	veuvage %	1	2	3	>3
98,3	1,2	0,5	23,2	46,8	25	5

Familles cliniques. N=10						
Statut marital des parents.			Nombre d'enfants par familles. (en %)			
Mariés ou vie maritale %	Séparés divorcés %	veuvage %	1	2	3	>3
90	10	0	20	40	20	20

Nous pouvons voir que les données concernant les catégories socio-professionnelles, le statut marital des parents, l'âge et le niveau d'étude des adolescents, le nombre d'enfants dans la famille sont comparables.

Il y a une différence entre les deux populations concernant l'activité des mères. Les mères des familles cliniques auraient une activité plus fréquente que les familles témoin. Notre échantillon de familles cliniques étant petit, il serait hâtif d'en tirer des conclusions.

Nous ne disposons malheureusement pas des données concernant l'âge des parents des familles témoin.

La validité de notre échantillon témoin réside finalement dans le fait que, d'une part il a déjà fait l'objet d'une étude de comparaison avec des familles de patients anorexique (20), et que d'autre part il n'existe pas d'écart majeur entre les deux groupes de familles pour les caractéristiques dont nous disposons (tableau ci-dessus).

c- Sur les différences observées entre les groupes cliniques et témoin. Cf Tableau 4.

La plus faible cohésion perçue dans les familles cliniques révèle le sentiment de solitude éprouvé de manière générale par ces familles, et notamment par les patientes.

Cette donnée rappelle la problématique d'un lien à l'autre mise en évidence par les psychanalystes.

Les familles cliniques aspirent à plus de cohésion que les familles témoin, ce que nous pourrions rapprocher de la problématique de dépendance et de l'avidité du lien à l'autre dans cette maladie.

Pour autant, tous les membres de la famille seraient-ils soumis à la même problématique ? Nous pourrions évoquer l'idée d'une dépendance familiale pour rendre compte de ce phénomène, ce qui a été décrit par P. Angel (6). Le phénomène reste prédominant chez les patientes selon notre étude.

La rigidité supposée des familles de patients anorexiques décrite par Minuchin (69) n'est pas retrouvée ici.

d- Sur les différences observées entre les groupes 1 et 2. Tableau 5.

La plus grande adaptabilité perçue retrouvée dans les familles du groupe de patientes en phase active de la maladie est certes surprenante, d'autant plus que cette adaptabilité est supérieure à celle retrouvée dans les familles témoin.

Cette adaptabilité est surtout vécue comme telle par les parents dans ces familles connaissant la phase active de la maladie, plus que par les patientes ou les fratries. Ce résultat avait déjà été retrouvé par l'équipe de Cook-Darzens (20), pour qui les pères dans les familles d'anorexiques percevaient un fonctionnement plus souple que ceux des familles témoin.

La plus grande rigidité dans les familles de patientes stabilisées est surtout vécue comme telle par les fratries, les patientes, puis les mères.

Par ailleurs les familles de patientes en phase active sont relativement satisfaites de leur adaptabilité perçue, puisqu'elles ne montrent pas de différence significative entre l'adaptabilité perçue et l'adaptabilité idéale.

En revanche, les familles de patientes stabilisées montrent une différence très significative entre leurs scores d'adaptabilité perçue et idéale, dans le sens d'un désir de plus de souplesse.

Nous pouvons simplement émettre l'hypothèse que les familles de patientes stabilisées souffrent d'un fonctionnement qu'elles jugent trop rigide. Peut-être cette critique d'elles-mêmes est-elle possible du fait d'un mieux-être global et d'un moindre déni des difficultés rencontrées.

Il faut cependant se montrer prudent dans les interprétations sur un échantillon de si petite taille, et les différences observées ne sont peut-être que le fruit du hasard.

La comparaison des deux groupes de familles cliniques retrouve également une tendance à une cohésion perçue plus faible dans le groupe de patientes stabilisées, même si les différences ne sont pas significatives

Nous pouvons également émettre prudemment l'hypothèse que les familles arrivées à ce cycle de la maladie ont un regard plus critique et affirment plus facilement les difficultés rencontrées.

e- Sur le degré de satisfaction des familles. Tableau 5,6.

Globalement, les différences entre les fonctionnements perçus et idéaux sur l'ensemble des familles cliniques vont dans le sens d'une aspiration à plus de cohésion et d'adaptabilité.

Ce constat est également vrai pour les familles témoin, mais dans une moindre mesure.

Nous pouvons penser qu'il s'agit d'une aspiration plutôt saine si l'on se réfère aux écrits de MacFarlane (65) pour qui le bien être d'un adolescent serait favorisé au sein d'une famille au fonctionnement souple, avec une variété de répertoires comportementaux, et au sein de laquelle les liens entre les personnes seraient forts.

Nous pouvons noter, en comparant les deux groupes, que les aspirations des 2 groupes de familles cliniques vont dans le sens de plus d'adaptabilité, même si ce n'est pas dans les mêmes proportions, et ceci est retrouvé dans les familles témoin.

Cette aspiration plutôt saine à plus de souplesse est retrouvée de façon nettement plus marquée dans les familles de patientes stabilisées, puisque les différences entre les scores d'adaptabilité perçue et idéale sont hautement significatives pour les familles et les patientes et très significatives pour les pères.

Nous pourrions faire comme précédemment l'interprétation selon laquelle ces familles ont un regard plus critique sur leurs fonctionnements, et « idéalisent » moins leur fonctionnement actuel comme nous le voyons parfois en clinique, les familles évoquant alors leur harmonie et l'absence de conflits.

Nous ne pouvons pas savoir si c'est à la faveur d'un accompagnement thérapeutique, ou bien si la stabilisation de la maladie entraîne un mieux être global permettant ce désir de mobilisation.

L'étude de la satisfaction quand à la cohésion retrouve une nette insatisfaction dans les deux groupes de familles cliniques.

Ceci pourrait être le reflet du fait que les différents membres de ces familles se sentent isolées, constat qui était déjà fait à la fois par l'équipe de Dare (28) et celle de Cook-Darzens (20).

Ce constat n'est pas sans rappeler les théories psychanalytiques sur la relation d'objet dans l'anorexie mentale. Nous pourrions voir dans ce sentiment d'isolement qui règne au sein de ces familles, le reflet d'une dépendance à l'autre qui ne s'assume pas, au point d'un désinvestissement de la relation objectale trop dangereuse pour le Moi.

Les membres de la fratrie se sentent particulièrement isolés dans le groupe de la phase active, ce qui devrait attirer notre attention sur ce groupe familial que nous ne rencontrons pas fréquemment en dehors des thérapies familiales à proprement parler.

Peut-être faut-il se montrer prudent dans l'interprétation fine de tels résultats puisque les échantillons de population étudiés sont de petite taille.

Cependant le constat global d'un isolement perçu mérite d'être considéré puisqu'il rappelle le constat de deux autres études (20), (28) menées sur des échantillons de population de plus grande taille.

f- Sur la liaison entre la cohésion perçue et idéale. Graphique 3.

Il s'agit ici de mettre en évidence d'une manière différente, l'avidité du lien à l'autre qui existe chez les membres de la famille des patients anorexiques, malgré une incapacité à tisser ce lien.

g- Sur le fonctionnement global des familles. Graphiques 1,2.

Nous avons vu que les familles ne présentaient pas de fonctionnements extrêmes, ni dans le groupe 1, ni dans le groupe 2, ce qui soutiendrait l'idée de leur caractère non pathologique.

Nous remarquons cependant que les résultats des différentes familles de cette étude sont stéréotypés, d'après les graphiques du modèle circumplexe.

La grande proximité des résultats des familles du groupe 1 (phase active) ne peut-elle pas refléter une réorganisation familiale particulière, la nécessité de se regrouper et de "tenir ses positions" devant l'épreuve d'une maladie grave et menaçante à laquelle ils sont confrontés ?

Cette attitude ne peut-elle pas refléter une forme de résilience familiale pour surmonter de manière adaptée une situation de stress ?

h- Une critique concernant la constitution du groupe de patientes en phase active.

Les caractéristiques des patientes de ce groupe nous indiquent que, selon la patiente, la durée d'évolution de la maladie est de 3,4 ans (contre 5,6 ans pour le groupe 2).

Il s'agirait peut-être plutôt de patientes qui connaissent une durée d'évolution longue de leur maladie, avec une évolution péjorative.

Peut-on parler de crise dans ce contexte ? Les fonctionnements familiaux et les remaniements engendrés par la maladie sont déjà bien en place après cette durée d'évolution.

6. Conclusion.

Les conclusions de cette étude resteront modestes du fait de la petite taille de l'échantillon de population observée.

Deux grandes hypothèses tendent tout de même à se dégager d'après la discussion.

Nous retrouvons le sentiment d'isolement qui existe chez les différents membres des familles touchées par l'anorexie mentale. Cette problématique, puisqu'elle est source de souffrance, ou du moins d'insatisfaction, mérite d'être explorée afin d'être travaillée en thérapie.

La dichotomie entre cohésion perçue et idéale dans ces familles, si elle reflète probablement une problématique du lien à l'autre et une dépendance, ne peut-elle pas nous faire comprendre pourquoi nous avons parfois tant de mal à "faire du lien" avec ces familles, notamment avec les sous-groupes des pères et des fratries.

Nous constatons sans cesse qu'il serait intéressant de rencontrer les fratries, mais sans trouver le dispositif pour le faire en dehors du cadre des thérapies familiales. Or ce sont eux qui se sentent le plus isolés d'après notre étude (groupe 1).

Les familles de patientes stabilisées dans leur maladie semblent à la fois plus critiques vis-à-vis de leur fonctionnement, mais également souffrir plus de leurs difficultés.

Ce dernier point soutient l'idée selon laquelle le fonctionnement et les interactions familiales évoluent au cours du temps, et particulièrement dans les familles de patientes anorexiques. Cette évolution, si elle est parfois permise ou du moins soutenue par un processus thérapeutique, existe également bien évidemment par elle-même.

Si les familles de notre échantillon, singulières sans être pathologiques, se sentent plus distantes et insatisfaites que les familles témoin, est-ce parce qu'elles sont soumises à un stress important du fait de la confrontation à une maladie grave et menaçante, ou bien l'anorexie est-elle le produit de cette organisation particulière ?

Il s'agit plus probablement d'interactions réciproques particulières se déroulant et s'amplifiant au cours du temps, plutôt qu'un mode de fonctionnement cause ou conséquence de la maladie.

Enfin je retiendrai l'intérêt du FACES III comme outil d'évaluation du fonctionnement familial par autoquestionnaire.

Cependant, une évaluation la plus objective possible de ce type de donnée clinique doit s'accompagner d'une observation clinique extérieure, ce qui a manqué à cette étude.

Cette étude permet d'entrevoir également l'intérêt d'étudier en termes pronostics de la maladie, les données recueillies à l'aide du FACES III.

Pour revenir à Marion et sa famille.

Les modèles intégratifs de compréhension de la maladie permettent de résoudre la question de la génétique dans le développement de l'anorexie mentale.

Cette famille combinait certainement les deux types de vulnérabilité, génétique et des interactions familiales, qui a abouti au développement de la maladie chez autant de sujets. Il nous est impossible à l'heure actuelle de pondérer l'influence de chacune de ces vulnérabilités.

Les phénomènes de résonance, décrits par M.Elkaïm (31) en introduction, qui existaient chez moi au contact thérapeutique de cette famille, n'ont pas permis d'éviter la rupture des soins.

La fonction principale de ces résonances est d'éviter la remise en question des constructions du monde chez les familles et chez les thérapeutes.

Les résonances livrent à ce dernier des ponts uniques et singuliers qui existent entre lui et la famille en thérapie, ainsi que le plan des mines qui parsèment ce pont. L'enjeu de la thérapie n'est donc plus de vivre comme un handicap ce vécu, mais au contraire de l'utiliser comme atout et comme un outil d'exploration pour vérifier la fonction potentielle de cette hypothèse et ce vécu par rapport à la famille et par rapport à soi-même.

Il s'agit alors de permettre à ces croyances potentiellement rigides de pouvoir s'assouplir, aidant ainsi à la croissance des différents membres du système thérapeutique.

Le fait de n'avoir pas pu accéder à la forte demande des parents pour un isolement thérapeutique, a-t-elle été une entrave dans le processus de soin ?

Cependant cette demande, formulée comme une injonction parentale et surtout paternelle, nommée comme un « contrat » par le père de Marion, empiétait sur notre domaine d'intervention.

Notre objectif était de travailler à la séparation et à la réunification possible des espaces psychiques entre les différents membres de la famille, mais nous y avons échoué.

Notre espace thérapeutique étant également menacé par les injonctions paternelles, les appétences de la mère pour les entretiens téléphoniques privés, sans pouvoir investir les entretiens familiaux, nous n'avons peut-être pas su protéger l'espace psychique de Marion.

D'ailleurs celle-ci a exprimé à la fin de son hospitalisation le fait qu'elle ne se sentait pas sécurisée par les soins.

« C'est comme si j'étais sur le bord d'une falaise, agrippée de mes deux mains, mais sans pouvoir me hisser. Je suis toute seule et je vois que je tombe. » Nous lui avons proposé d'expérimenter la sécurité des soins dans un nouveau contrat, ce qu'elle a refusé. Les jours qui ont suivi ont été marqués par une chute rapide de son poids, avant son départ pour le service de médecine d'un autre hôpital.

Au moment de son refus de nouveaux soins, j'ai eu la conviction qu'elle pensait que seuls ses parents pouvaient l'aider.

Les difficultés du travail thérapeutique avec Marion et sa famille ne permettent cependant pas de la qualifier de pathologique.

L'histoire des maladies précédentes des sœurs de Marion permet de comprendre l'épuisement de ces parents, la rigidification de certaines de leurs positions. Leurs capacités adaptatives a pu arriver à saturation après toutes ces épreuves.

Pouvoir s'investir dans un soin proposé, comme ces entretiens parents-enfants, nécessite une certaine disponibilité psychique que cette famille n'avait plus.

Peut-être aurions-nous du les valoriser dans leurs capacités à guérir deux de leurs filles de cette maladie et nous appuyer sur leurs systèmes de valeurs et de croyances afin de favoriser l'alliance avec eux.

Cette expérience clinique, même si quelques questions restent en suspens, reste pour moi très formatrice, a suscité mon intérêt pour les approches familiales, et m'a amenée à approfondir mes connaissances théoriques.

Pour revenir à Benoît et sa famille.

Pour Benoît, tout avait commencé le jour de cet accident de voiture. Il était incapable d'évoquer des souvenirs antérieurs, comme si cet événement faisait écran.

D'ailleurs, selon lui sa vie avant n'avait pas d'intérêt. "Depuis, j'ai été autonome, c'est là que j'ai commencé à vivre".

Ces phrases font évoquer la problématique de la prise d'autonomie chez un adolescent, qui nous l'avons vu peut être relié au développement de la maladie dans une perspective systémique.

Benoît a continué à être suivi de façon conjointe en consultation pédiatre-pédopsychiatre au CHU de Nantes après sa sortie de l'hôpital.

Il a également bénéficié d'un suivi psychothérapique sur le CMP de son secteur de pédopsychiatrie.

Il est allé mieux progressivement depuis sa sortie de l'hôpital, notamment sur le plan physique. Il a repris une croissance staturo-pondérale et commence sa puberté au stade G2 P2 à 16 ans.

Ses difficultés sur le plan alimentaire se sont atténuées petit à petit, il a pu faire des séjours à l'étranger en s'alimentant correctement.

Il a fait une première année de BEP aide aux personnes en internat en 2006-2007, sans rechuter de sa maladie.

Benoît et sa famille n'ont pas bénéficié de thérapie familiale à proprement parler, ses parents reçus régulièrement en consultation et ont fait l'objet d'une guidance.

Que penser de l'intérêt d'une thérapie familiale dans le cas de Benoît. En effet, sa famille n'était pas considérée comme "dysfonctionnelle", mais les questions du lien à l'autre, des identifications mutuelles, de la problématique de séparation/individuation, étaient régulièrement soulevées en consultation.

De plus, la question de savoir comment se portait le frère jumeau de Benoît demeure. Etait-il atteint de symptômes minimes d'anorexie mentale ? Comment a-t-il vécu la maladie de son frère et les diverses expériences de séparation ?

La question n'est pas de discuter des soins prodigués à Benoît qui a une très bonne évolution de sa maladie, mais cette situation clinique permet de réfléchir à la complémentarité des approches.

Avec le recul, un outil tel le FACES III est un outil qui pourrait être utilisé avec ce type de familles, leur permettant de s'exprimer avec un support concret, et en s'adressant à chacun des membres. Cet outil permet le recueil du vécu subjectif, qui peut être confronté à celui des autres en entretien.

La situation de Benoît est une de celles qui m'ont donné envie d'aller à la rencontre des familles de patients, et notamment des fratries,

A mon sens, un soin à la famille, que ce soit en thérapie familiale à proprement parler ou bien en consultation comme dans le cas de Benoît, doit pouvoir être proposée en dehors des situations où il existe manifestement des dysfonctionnements familiaux, car elle peut représenter une aide supplémentaire, notamment en association avec une thérapie individuelle d'inspiration analytique.

CONCLUSION.

La question posée initialement de l'existence de familles dysfonctionnelles dans l'anorexie mentale a trouvé un début de réponse dans cette thèse.

A mon sens les familles qui connaissent le développement d'une anorexie mentale ne sont pas dysfonctionnelles. Ceci n'exclue pas le fait qu'il existe chez elles une problématique particulière autour des possibilités de séparation/individuation de l'adolescent touché par la maladie.

L'hypothèse de S.Minuchin selon laquelle l'enfant touché par la maladie est impliqué de manière particulière dans la problématique du couple parental semble s'avérer exacte, le reste de la fratrie ne semblant pas vivre la même chose d'après les études cliniques.

Cependant, si l'équilibre, la force de cohésion familiale est maintenue par cette symptomatologie, cette interaction particulière à trois entre l'adolescent anorexique et ses parents, c'est aussi que le reste de la fratrie lui laisse cette place, et en quelque sorte profite de l'équilibre familial ainsi atteint. Il s'agit bien d'une problématique du groupe familial, dans lequel s'exercent des relations particulières à trois (l'enfant et ses deux parents), et au sein duquel un seul des membres développe une maladie, l'enfant en question. Rencontrer *l'ensemble* de la famille devient essentiel.

Certains auteurs psychanalytiques ont démontré l'existence d'un appareil psychique groupal et donc familial, qui remplit certaines fonctions. Certaines fonctions, dont celle de penser, semblent mises à mal dans les familles touchées par l'anorexie. Cependant, même si ces familles adoptent un type de fonctionnement jugé d'archaïque au moment du développement de la maladie, ce fonctionnement fait partie d'un cycle de vie familiale évolutif. A l'échelle transgénérationnelle, il semble exister des développements possibles, ainsi que des régressions à des points de fixation.

De même les systémiciens, en introduisant la vision diachronique du développement de la maladie, nous ont fait comprendre que celle-ci et notamment les maladies psychosomatiques, s'inscrivent dans le cycle de vie familiale, et doivent être comprises en fonction de celui-ci.

L'anorexie mentale survient à la période de l'adolescence de l'individu malade, période de vulnérabilité familiale, et les fonctionnements familiaux que nous observons sont autant de façons de s'adapter à la crise qu'ils traversent.

Les problématiques rencontrées par ces familles, autour de l'identification possible de l'adolescent, de la séparation/individuation, trouvent leurs sources dans les liens transgénérationnels.

Nous pouvons parler d'un investissement particulier de la mère à son enfant, de nature narcissique, du peu de place ainsi laissée au père auprès de cet enfant, ainsi jugé d'absent.

L'insécurité de ces parents dans leurs rôles respectifs renvoie à leurs propres ressources affectives, aux capacités qui leur ont été transmises par leurs propres parents à construire des relations objectales satisfaisantes.

Les fratries sont également un contexte à prendre en compte, au sein desquelles peuvent se jouer des rivalités, des alliances particulières, influençant les processus d'identification.

Si je ne veux pas qualifier la famille de dysfonctionnelles, c'est parce que ce terme renvoie

trop facilement au caractère pathologique, et que ces familles relèverait de la rééducation.

Différents auteurs ont souligné le regard critique de ces familles sur leurs fonctionnements, ce que nous avons retrouvé dans l'étude. De plus elles se montrent particulièrement insatisfaites de leur vécu familial, ce qui représente un facteur de changement non négligeable, et sur lequel s'appuyer en thérapie.

Ainsi naît le concept de famille ressource. Une fois la problématique individuelle et interpersonnelle de séparation/individuation mise à jour, il apparaît que les familles ne sont pas sans possibilités évolutives, que nous percevons au travers de leur demande de compréhension, de changement, d'aide.

De plus leurs aspirations, leurs désirs de changement, vont dans le même sens que ceux de la population générale, avec une note d'insatisfaction plus grande, dans le sens de savoir fonctionner avec plus de souplesse, et resserrer des liens familiaux trop distants malgré les apparences.

L'enjeu se situe plus au niveau de la requalification de ces familles, créer un lien de confiance avec elles, travailler aux remaniements familiaux qui ont contribué au maintien et à l'aggravation de la conduite anorexique, briser l'isolement de ces familles en cherchant à réactiver leurs réseaux sociaux et de soutien, renforcer leurs compétences et les soutenir dans les moments où la maladie reprend le dessus.

Quoiqu'il en soit, les parents, la famille, resteront bien souvent le soutien de première intention de ces jeunes patients, auquel le système de soins ne saurait se substituer. Ceci est vrai hormis dans les cas d'éclatement du système familial, ce qui est rare dans l'anorexie mentale.

Un autre enjeu des soignants est celui, en prenant une place tierce au sein de ces familles, d'aider à distinguer les espaces psychiques de chacun, soutenir l'idée d'une séparation possible sans amener à la rupture.

Une autre question posée par cette thèse était celle de pouvoir articuler les soins à leurs différents niveaux.

En effet, la notion d'une pathogénicité multifactorielle est maintenant communément admise, ce qui représente une vision la plus objective possible de la maladie. Cependant cette vision pouvait rendre à mon sens très confuse l'idée des soins.

Cette thèse m'a permis avec le recul de comprendre comment pouvaient s'articuler les soins à différents niveaux, chaque intervenant faisant partie d'un système soignant logique, à condition qu'un médecin soit chargé de la référence et garant de la cohésion interne de ce système, en se dégageant le plus possible du traitement intrapsychique du patient.

Si des phénomènes de résonance décrits en introduction apparaissent entre le système soignant et le système soigné, ils doivent être repris en supervision par les soignants afin d'y donner un sens.

Les modèles intégratifs de compréhension de la maladie, d'inspiration systémique et familiale, amènent à repenser le cadre des interventions thérapeutiques de chacun, pour une plus grande clarté.

Les approches psychanalytiques, en mettant en évidence la problématique du lien à l'autre comme étant au cœur de la maladie anorexique, obligent à mon sens à intégrer les perspectives

analytiques et familiales systémiques.

Et c'est donc plus particulièrement dans cette perspective intégrative, que cette thèse plaide largement en faveur de l'association de deux types de soins pour les patients et leurs familles : les soins psychanalytiques prenant en compte les conflits intrapsychiques de chacun, et les thérapies familiales.

En effet, le ou la patiente peut bénéficier de soins psychanalytiques, mais pas seulement. Les problématiques parentales peuvent faire l'objet de soins en analyse. Il a été repéré chez eux la plus grande fréquence de troubles psychiatriques, mais les modalités de relation à leur enfant peuvent également être abordées dans un espace individuel.

De même la thérapie familiale peut s'avérer être un soutien pour ces familles, même si nous ne les qualifions pas de pathologiques, car nous avons démontré qu'elles doivent être soutenues dans les processus de changement nécessaires qu'elles doivent accomplir, du fait de l'adolescence de leur enfant, mais aussi du fait d'avoir à surmonter la maladie.

La question de savoir si la famille souffrait plus lors de la phase critique de la maladie n'a malheureusement pas pu être éclaircie par l'étude réalisée. La plus grande critique des familles sur leur fonctionnement, après stabilisation de la maladie, indiquait seulement un plus grand désir de changement à ce moment de leur parcours. Ceci irait dans le sens d'une évolution du regard de ces familles sur elles-mêmes.

Peut-être que le fait de sortir de la phase critique de la maladie permet d'envisager d'autres changements, source d'insécurité mais nécessaire au développement de chacun.

Finalement cette thèse m'a donné envie d'approfondir mes compétences cliniques dans les soins prodigués aux familles.

ANNEXES.

Dr Laurence Dreno, pédopsychiatre.
Unité Universitaire de Pédopsychiatrie
Hôpital Mère-Enfant
CHU Nantes.
02 40 08 36 67

Dr Georges Picherot, pédiatre
Clinique Médicale Pédiatrique
Hôpital Mère-Enfant
CHU Nantes.

Pr Jean-Luc Venisse, psychiatre addictologue
Service d'Addictologie
Espace Barbara
CHU Nantes.

Mme Victoire Béguet, interne en psychiatrie.

Lettre d'informations et de consentement destinée aux adultes.

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez participer à une étude de recherche clinique qui s'intitule « **Comparaison du fonctionnement familial dans l'anorexie mentale en phase active et après stabilisation de la maladie** ». Cette participation ne peut se faire qu'avec votre consentement libre et éclairé, que vous donnerez ou non après lecture de ces informations.

Cette étude rentre dans le cadre d'un travail de thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

L'objectif de cette étude est de démontrer que la prise en compte de toute la famille représente une aide dans la prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale.

Cette étude est anonyme : vous n'écrirez que les 3 premières lettres de votre nom sur le questionnaire. De plus, vos lettres de consentement signées et les questionnaires seront conservés séparément.

Il y a environ 10 à 20 familles qui participeront à cette étude.

Dans les familles, participent des jeune filles de 12 à 19 ans suivies ou ayant été suivies pour anorexie mentale, leurs parents, leurs frères et sœurs ou demi-frères et demi-sœurs âgées de 12 à 19 ans. Les limites d'âge sont imposées par l'outil que nous utilisons qui n'est validé que dans cette tranche.

Votre participation consistera à remplir individuellement, comme les autres membres de votre famille, un questionnaire de 40 items appelé FACES III (Family Adaptability and Cohesion Scale III élaborée par D.Olson, Université du Minnesota, 1985), qui nous permet d'évaluer certains aspects du fonctionnement familial.

Les résultats de cette étude pourront vous être communiqués, à votre demande, par courrier.

La participation à cette étude peut occasionner chez vous un questionnement, et soulever des problèmes. De la même manière, votre participation à cette étude peut aussi être l'occasion d'une discussion familiale nouvelle, dont vous retirerez des bénéfices.

Notre équipe est à votre entière disposition si vous souhaitez être aidé dans cette réflexion. Il vous sera possible de solliciter le pédopsychiatre et l'interne de psychiatrie référents de cette étude pour un entretien, si vous en éprouvez le besoin.

La participation à cette étude ne modifie pas la prise en charge thérapeutique qui est en cours pour la jeune fille souffrant d'anorexie mentale dans votre famille, et n'occasionne aucun frais pour vous.

Il faut que votre participation à cette étude soit volontaire, vous pouvez refuser d'y participer sans aucune conséquence. Pour donner votre accord, il vous suffit de nous remettre signée la présente lettre de consentement. Vous pouvez également vous retirer à tout moment de l'étude, en nous écrivant.

Pour les personnes mineures participant à l'étude, leur consentement ainsi que celui du représentant légal est nécessaire.

Les données issues des questionnaires seront conservées par l'équipe de recherche. L'anonymat sera respecté même si nous publions les résultats. Les résultats des questionnaires ne seront pas inclus au dossier médical de la jeune fille de votre famille suivie ou ayant été suivie pour anorexie mentale.

Ce dossier médical pourra être consulté par les personnes participant à l'étude mentionnées ci-dessus pour un recueil d'informations, dans le respect absolu du secret professionnel.

Nous pouvons vous remettre, à votre demande, un exemplaire du document de consentement signé.

– J'accepte de participer à cette étude après lecture de ces informations

Date :

Signature précédée de la mention vu, lu et approuvé dans sa totalité :

Signature du représentant légal si nécessaire :

– Je n'accepte pas de participer à cette étude

Date :

Signature :

Dr Laurence Dreno, pédopsychiatre.
Unité Universitaire de Pédopsychiatrie
Hôpital Mère-Enfant
CHU Nantes.
02 40 08 36 67

Dr Georges Picherot, pédiatre
Clinique Médicale Pédiatrique
Hôpital Mère-Enfant
CHU Nantes.

Pr Jean-Luc Venisse, psychiatre addictologue
Service d'Addictologie
Espace Barbara
CHU Nantes.

Mme Victoire Béguet, interne en psychiatrie.

Ceci est une lettre d'informations sur l'étude et de consentement, destinée aux jeunes,

Une de tes sœurs ou toi-même a (ou a eu) la maladie appelée «anorexie». Nous voudrions mieux comprendre ce qui se passe dans la famille quand une jeune fille a cette maladie. Nous pensons que le point de vue de chacun est important.

Nous te demandons donc, seulement si tu es d'accord, de participer à une étude de recherche en remplissant le questionnaire FACES III, inventé par un médecin américain. Tes parents et tes frères et sœurs rempliront aussi le questionnaire. Il y a environ 10 familles comme la tienne qui participeront.

Tes réponses ne seront lues que par les personnes qui s'occupent de l'étude, en plus ton nom est gardé secret (tu n'éciras que les 3 premières lettres de ton nom).

Peut-être que tu penseras à ta famille différemment après avoir répondu à ces questions. Si cela te pose problème, n'hésite pas à en parler à tes parents qui peuvent nous contacter. Tu peux aussi nous appeler directement.

Tu ne répondras aux questions que si tu es d'accord, personne ne t'y oblige. Tu peux même arrêter l'étude après nous avoir renvoyé ton questionnaire, en nous écrivant. Si tu décides de participer, tes parents devront aussi donner leur accord comme tu n'as pas 18 ans.

Peut-être que nous rechercherons des informations dans le dossier médical (ce qu'écrit le médecin) de ta sœur malade ou de toi-même. Ces informations seront gardées secrètes par nous.

- Je suis d'accord pour participer à l'étude en remplissant le questionnaire :

Date :

Signature :

Signature du représentant légal :

- Je ne suis pas d'accord pour participer à l'étude :

Date :

Signature :

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

NOM (seulement les 3 première lettres): _____

Age: _____ Profession (ou niveau scolaire): _____

Poids: _____ Kg Taille: _____

Lien de parenté avec la patiente anorexique:

Père	Mère	Frère	Soeur	Moi même	Demi-frère
Demi soeur	Soeur jumelle	Frère jumeau	Beau père	Belle mère	Autre

Statut marital des parents:

Mariés ou vie maritale:	Séparés ou divorcés:	En cours de séparation:
Veuf ou veuve:		

Thérapie familiale :

Oui	Non	Passée
-----	-----	--------

Thérapie individuelle :

Oui	Non	Passée
-----	-----	--------

Antécédents personnels de troubles des conduites alimentaires :

Oui	Non
-----	-----

Autres maladies :

Non	Oui
-----	-----

Renseignements à ne remplir que par la patiente :

Age du début de la maladie: _____

Réglée: ☐ Oui ☐ Non

Traitement oestrogénique: ☐ Oui ☐ Non

Boulimies: ☐ Oui ☐ Non

Arrêt des règles: ☐ Oui ☐ Non

Traitement laxatif ou diurétique: ☐ Oui ☐ Non

QUESTIONNAIRE FACES III						
Lisez chaque phrase et choisissez le numéro qui décrit le mieux la façon dont vous évaluez votre famille.						
Répondez à toutes les questions en cochant la case correspondante (40 au total).						
1 = presque jamais						
2 = de temps en temps						
3 = quelquefois						
4 = souvent						
5 = presque toujours						
Décrivez votre famille telle qu'elle est maintenant.						
1	Les membres de la famille se demandent de l'aide les uns aux autres.	1	2	3	4	5
2	Pour résoudre des problèmes, les propositions des enfants sont suivies.					
3	Dans notre famille, chacun accepte les amis des autres.					
4	Les enfants ont leur mot à dire au sujet de la discipline.					
5	Nous aimons faire des choses seulement en famille, juste entre nous.					
6	Plusieurs personnes se conduisent en meneur dans notre famille (« ont leur mot à dire »).					
7	Les membres de la famille se sentent plus près des autres membres de la famille que des gens extérieurs à la famille.					
8	Notre famille est souple dans sa manière d'accomplir les tâches quotidiennes.					
9	Les membres de la famille aiment passer du temps libre ensemble.					
10	Les parents et les enfants discutent ensemble des punitions.					
11	Les membres de la famille se sentent très proches les uns des autres.					
12	Ce sont les enfants qui prennent les décisions dans notre famille.					
13	Quand notre famille se réunit pour des activités, tout le monde est présent.					
14	Les règles changent dans notre famille.					
15	Nous trouvons facilement des choses à faire ensemble en famille.					
16	Nous nous échangeons les responsabilités ménagères.					
17	Les membres de la famille consultent les autres membres pour prendre une décision.					
18	On a du mal à dire qui est (sont) le(s) meneur(s) (chefs) dans notre famille.					
19	L'unité familiale est très importante.					
20	Dans notre famille, il est difficile de dire qui fait quelle tâche ménagère.					

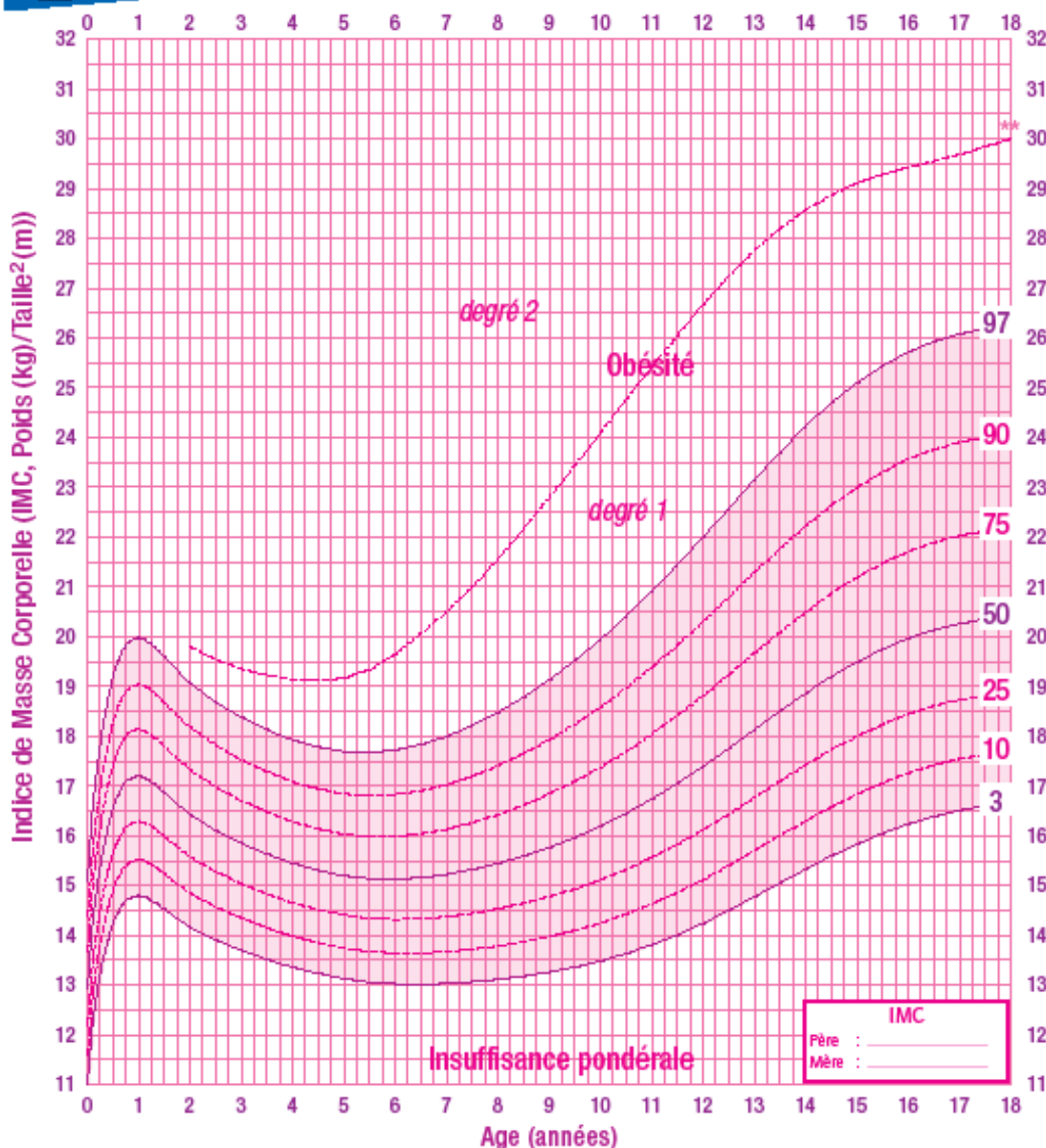
SUITE DES QUESTIONS

- 1 = presque jamais
2 = de temps en temps
3 = quelquefois
4 = souvent
5 = presque toujours

	Idéalement, comment souhaiteriez-vous que soit votre famille ?	1	2	3	4	5
21	Les membres de la famille se demanderaient de l'aide les uns aux autres.					
22	Pour résoudre des problèmes, les propositions des enfants seraient suivies.					
23	Dans notre famille, chacun accepterait les amis des autres.					
24	Les enfants auraient leur mot à dire au sujet de la discipline. . .					
25	Nous ferions des choses en famille, juste entre nous.					
26	Plusieurs personnes se conduiraient en meneur (en chef) dans notre famille.					
27	Les membres de la famille se sentiraient plus près des autres membres de la famille que des gens extérieurs à la famille.					
28	Notre famille serait souple dans sa manière d'accomplir les tâches quotidiennes.					
29	Les membres de la famille aimeraient passer du temps libre ensemble.					
30	Les parents et les enfants discuteraient ensemble des punitions.					
31	Les membres de la famille se sentiraient très proches les uns des autres.					
32	Ce serait les enfants qui prendraient les décisions dans notre famille.					
33	Quand notre famille se réunirait pour des activités, tout le monde serait présent.					
34	Les règles changeraient dans notre famille.					
35	Nous trouverions facilement des choses à faire ensemble en famille.					
36	Nous nous échangerions les responsabilités ménagères.					
37	Les membres de la famille consulteraient les autres membres pour prendre une décision.					
38	Nous saurions qui est (sont) le(s) meneur(s) (chefs) dans notre famille.					
39	L'unité familiale serait très importante.					
40	Nous saurions qui fait quelle tâche ménagère dans notre famille.					

Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans*

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.

* L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est alors calculé et reporté sur la courbe de corpulence disponible sur www.sante.fr. Il se calcule soit avec un disque de calcul, soit avec une calculatrice, en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en mètre) soit : $\frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$

* L'IMC est un bon reflet de l'adiposité. Il varie en fonction de l'âge. L'IMC augmente au cours de la première année de vie, diminue jusqu'à 6 ans puis augmente à nouveau. La remontée de la courbe, appelée rebond d'adiposité, a lieu en moyenne à 6 ans.

* Tracer la courbe de corpulence pour chaque enfant permet d'identifier précocement les enfants obèses ou à risque de le devenir :

- lorsque l'IMC est supérieur au 97^{ème} percentile, l'enfant est obèse.
- plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important.
- un changement de "couloir" vers le haut est un signe d'alerte.

Courbe graduée en percentiles, établie en collaboration avec MF Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).

* Données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Py Michel Sempé) - Rolland-Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991; 45:13-21

** Seul établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Cole et coll. BMI 2000;3:20:1240-3

BIBLIOGRAPHIE.

- (1) Abraham, N ; Torok, M. L'écorce et le noyau. Ed. Flammarion, Paris, 1987.
- (2) Adomnicai, I; Amar, M. Pour une approche systémique de l'anorexie mentale. L'Evolution Psychiatrique, 1985,50, 2,387-401.
- (3) Albert, E. La famille dans l'anorexie mentale masculine. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1984, 32 (5-6), 309-13.
- (4) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
- (5) Angel, P.S. Familles et toxicomanies. Ed Universitaires, 1989.
- (6) Angel, P. Addictions. In Mazet, P. Angel, P. Guérir les souffrances familiales, PUF, Paris, 2004.
- (7) Ausloos, G. Du chaos mythologique au chaos déterministe : un cheminement de la pensée occidentale. In : Seron, C. Miser sur la compétence parentale. Ed. Eres, Paris, 2002.
- (8) Bateson, G. Vers une écologie de l'Esprit, Paris, Seuil, 1977.
- (9) Beaumont, P.J.V., Russel, J.D., Touyz, S.W. Treatment of anorexia nervosa. The Lancet, 1993, 341, June 26, 1635-40.
- (10) Bell, R. Holy anorexia. The University of Chicago Press, Chicago, London, 1985. Résumé en français par Sanchez-Cardenas, M.
- (11) Bergeret, J. Toxicomanie et personnalité. Que sais-je ? Paris, PUF, 1996.
- (12) Britto, DJ. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: sibling sex ratio and birth rank-a catchment area study. Int. J. Eat. Disord. 1997,21 (4), 335-40.
- (13) Bruch, H. Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique. Bibliothèque scientifique Payot, 2ème Ed, Paris, 1994.
- (14) Brusset, B. Anorexie mentale et boulimie du point de vue de leur genèse. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1993, 41(5-6), 245-49.
- (15) Castro, D. L'investigation standardisée des interactions familiales. Présentation de l'adaptation française de l'échelle FACES III. Actualités Psychiatriques n°6, 1992, 10-11.
- (16) Colle, F-X. Toxicomanies, systèmes et familles. Eres Ed, 1996.
- (17) Collier. D.A. Association between 5HT2A gene promoter polymorphism and anorexia nervosa. Lancet, 1997, 350, 412.

- (18) Cook-Darzens, S. Fonctionnement des familles d'adolescentes anorexiques: le FACES III comme outil d'évaluation et guide thérapeutique. PRISME, 2000, 32,62-83.
- (19) Cook-Darzens, S. Thérapie familiale de l'adolescent anorexique. Paris, Dunod, 2002.
- (20) Cook-Darzens, S. Self perceived family functioning in 40 french families of anorexic adolescents : implications for therapy .European eating disorders review,2005,13,223-36.
- (21) Corcos, M. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. EMC, Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002.
- (22) Corcos, M. Le corps insoumis, psychopathologie des troubles des conduits alimentaires. Dunod, Paris, 2005.
- (23) Corcos, M. Evolution des approches compréhensives des TCA, in Corcos, M. "Le corps insoumis, psychopathologie des troubles des conduites alimentaires", Dunod, Paris, 2005.
- (24) Corcos, M. Place et fonction du concept d'alexithymie dans les troubles des conduites alimentaires. Annales Médico-Psychologiques, 1998, 156, n°10, 668-80.
- (25) Crisp A.H. Let me be. Academic Press, London, 1980.
- (26) Crisp, AH. A controlled study of the effects of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. Br. J. Psychiatry, 1991, 159, 325-33.
- (27) Crisp, A.M. Nature and nurture in anorexia nervosa: a study of 34 pairs of twins, one pair of triplets, and an adoptive family. Int. J. Eat. Disorders, 1985, 4, 5-27.
- (28) Dare, C. Redifining the psychosomatic family: family process of 26 eating disorders family. Int. J. Eat. Disord, 1994, 16(3), 211-26.
- (29) Dare, C. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Br. J. Psychiatry, 2001, 178, 216-21.
- (30) Eisler, I. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. Arch. Gen. Psychiatry.1997, 54(11) ,1025-30.
- (31) Elkaïm, M. Approche systémique et psychothérapie familiale de l'anorexie mentale. In Anorexie et boulimie, Modèles, recherches et traitements, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux.1996, Bruxelles, De Boeck Université, 16.
- (32) Emmanuelli, F. Family functioning in adolescent anorexia nervosa: a comparison of family member's perceptions. Eat. Weight Disord. 2004, 9 (1), 1-6.
- (33) Ferreira, A-J. Family myth and homeostasis. Archives of General Psychiatry, 1963, 457-67.
- (34) Gaillard, J.P. Un protocole invariable pour la thérapie familiale de l'anorexie mentale : évaluation après 10 années de mise en pratique. Thérapie Familiale, 1998,19(1) ,65-74.

- (35) Garner, D.M. Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 1993, 341, June 26, 1631-5.
- (36) Geberowicz, B. L'anorexie chez les adolescentes : solution ou problème ? A propos du livre de R. Pauze. *Générations*, 2001, 23, 39-42.
- (37) Godart, N. La famille des patientes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie. *Revue de la littérature et implications thérapeutiques. Ann. Med. Interne*, 2002, 153(6), 369-72.
- (38) Green, A. *La folie privée*. Ed. Gallimard, Paris, 1990.
- (39) Grice, D.E. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am.J.Hum.Genet.* 2002, 70(3), 787-92.
- (40) Grant, M. *Dictionnaire de la mythologie*, Paris, Seghers, 1975.
- (41) Guegen, JP. Fratrie de l'anorexique: une surreprésentation des filles ? *L'information Psychiatrique*, 2005, 81, 783-7.
- (42) Guillemot, A; Laxenaire, M. *Anorexie mentale et boulimie, le poids de la culture*. Masson, Paris, 1997.
- (43) Gull, W.W. Anorexia nervosa. *Trans. Clin. Soc. London*, 1874, 138, 89-99.
- (44) Hall, A. Family structure and relationships of 50 female anorexia nervosa patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1978, 12, 263-269.
- (45) Halmi, K.A. Perfectionism in anorexia nervosa; variation by clinical subtype, obsessionality and pathological eating behaviour. *Am. J. Psychiatry*, 2000, 157, 1799-805.
- (46) Hardy, P. Epidémiologie des troubles des conduites alimentaires. In *Confrontations psychiatriques*, 1989, 31, 133-63.
- (47) Hodes, M. Family therapy for anorexia nervosa in adolescence: a review. *J. R. Soc. Med.* 1991, 84(6), 359-62.
- (48) Holland, A.J. Anorexia nervosa: Evidence for a genetic basis. *J. Psychosom. Res.* 1988, 32, 561-71.
- (49) Jeammet, P. L'anorexie mentale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37350, A10 et A15, 2-1984.
- (50) Jeammet, P. L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1993, 41 (5-6), 235-44.
- (51) Kaganski, I. Aspects familiaux, cliniques et thérapeutiques des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *PRISME*, 1999, 30, 106-16.

- (52) Kernberg, O. Les troubles limites de la personnalité. Ed. Privat, Paris, 1979.
- (53) Kestemberg, E. La faim et le corps, Paris, Presses Universitaires de France, 1977.
- (54) Kestemberg, E. La psychose froide. PUF, Paris, 2001.
- (55) Klump, KL. Does environment matter? A review of nonshared environment and eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2002, 31(2), 118-35.
- (56) Laporte, L. Caractéristiques des familles de femmes présentant un trouble d'anorexie mentale restrictive comparée à celle de familles témoin. *Encéphale*, 2001, 27 (2), 109-19.
- (57) Lasègue, C. De l'anorexie hystérique. *Archives générales de médecine*, avril 1873.
- (58) Le Grange, D. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *Int. J. Eat. Disord.* 1992, 12(4), 347-57.
- (59) Lilenfeld, L.R. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch.Gen. Psychiatry*, 1998, 55, 603-10.
- (60) Lock, J. Couturier, J. Bryson, S. Agras, S. Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomised clinical trial. *Int. J. Eat. Disorders.* 2006, 39 (8), 639-47.
- (61) Lucas, A.R. 50 years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota, in a population-based study. *Am. J. Psychiatry.* 1991, 148, 917-22.
- (62) Lundholm, JK. Dysfunctional family systems: relationships to disorders eating behaviors among university women. *Journal of Substance Abuse*, 1991, 3, 97-106.
- (63) Mallion, Y. Celles par qui le changement arrive, ou réflexion sur l'évolution du travail institutionnel avec les anorexiques, in Vincent, T. "la jeune fille et la mort, soigner les anorexies graves" Arcanes.
- (64) McDougall, J. Théâtre du corps. Gallimard, Paris, 1989.
- (65) McFarlane, A.H. Family structure, family functioning, and adolescent well-being : the transcendent influence of parental style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1995, 36(5), 847-64.
- (66) Meltzer, D. Un modèle psychanalytique de l'enfant-dans-sa-famille-dans-la-communauté. Les Editions du Collège, Paris, 2004.
- (67) Meng, H. Psyche und Hormon. Hans Huber, Berne, 1944.
- (68) Meyer, B.C. Observations on psychological aspects of anorexia nervosa. *Psychosom. Med.* 1957, 389-98.
- (69) Minuchin, S. Un modèle conceptuel sur les maladies psychosomatiques des enfants, in Onnis, L. " Les langages du corps, la révolution systémique en psychosomatique", Paris,

ESF, 1996.

- (70) Morton, R. *Physiologia : on a treatise of consumption*. London, 1694.
- (71) Nemiah, J.C. *Anorexia Nervosa, a clinical psychiatric study*, *Medicine*, 1950, 29, 225-68.
- (72) Nicolle, G. *Prepsychotic anorexia*. *Proc. Roy. Soc. Med.* 1938, 3, 1-15.
- (73) North, C. *Family functioning in adolescent anorexia nervosa*. *Br. J. Psychiatry*, 1995, 167 (5), 673-8.
- (74) North, C. *Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa*. *Br. J. Psychiatry*, 1997, 171, 545-9.
- (75) Olson, D.H. *Three-dimensional (3-D) circumplex model and revised scoring of FACES III*. *Fam. Process*. 1991, 30(1), 74-9.
- (76) Onnis, L. *Mythes familiaux et troubles psychosomatiques*. In, L. Onnis, *Les langages du corps, la révolution systémique en psychosomatique*. Paris, ESF, 1996.
- (77) Parayre-Chanez, M.J. *Réflexion sur la place du dysfonctionnement du couple parental dans l'anorexie mentale*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1993, 41 (5-6), 375-9.
- (78) Pauzé, R. *Perspective multifactorielle, interactionniste et diachronique de l'anorexie mentale*. *Thérapie Familiale*, Genève, 1996, 17, 2, 241-59.
- (79) Perdereau, F. *Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2002, 50, 173-82.
- (80) Pinto de Azevedo, M.H. *The prevalence of eating disorders in the third world*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1993, 41, (5-6), 264-268.
- (81) Rabain, J-F. *La rivalité fraternelle*. In Lebovici, S. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1985.
- (82) Platon, *Dialogues*.
- (83) Rey, Y. *Chanson de geste où ce que nous apprend le travail systémique avec les familles où la patiente est anorexique*, in Vincent, T. "La jeune fille et la mort, soigner les anorexies graves", Arcanes, 2000.
- (84) Ruffiot, A. *Fonctions mythopoïétiques de la famille*. *Dialogues*, 1972, 24, 3-18.
- (85) Russel, G.F.M. *Métamorphose de l'anorexie nerveuse et implications pour la prévention des troubles du comportement alimentaire*, in Venisse, J-L. *Les nouvelles addictions*, Paris Masson, 1991.
- (86) Sanchez-Cardenas, M. *Isolement et/ou séparation psychique dans les prises en*

charge de patients anorexiques, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1994, 42 (8-9), 564-9.

- (87) Selvini-Palazzoli, M. La famille de l'anorexique et la famille du schizophrène: une étude transactionnelle. *Actualités Psychiatriques*, 1982, 1, 15-25.
- (88) Selvini-Palazzoli, M. Une approche systémique de l'anorexie mentale : nouvelles perspectives. *Thérapie Familiale*, 1989, 10, 2.
- (89) Selvini-Palazzoli, M. Le processus anorexique dans la famille, in "Anorexie et Boulimie. Modèles, recherches et traitements." *Cahiers critiques de thérapies familiales et de pratiques de réseaux*, 1996, Bruxelles, De Boeck Université, 16, 145-57.
- (90) Silverman, J. Robert Whytt 1714-1766, eighteenth century limmer of anorexia nervosa and bulimia. An essay. *Int. J. Eat. Dis.* 1987, 6, 143-146.
- (91) Steiger, H. Personality and family disturbances in eating-disorder patients: comparison of restricters and bingers to normal controls. *Int. J. Eat. Disord.* 1991, 10 (5), 501-12.
- (92) Stengers, I. Exploration et drame. In *Cahiers critiques de thérapie familiale et pratique de réseaux*, Toulouse, Privat, 1988, 9, 53-9.
- (93) Stierlin, H. Anorexia nervosa: lessons from a follow-up study. *Family Systems Medicine*, 1989, 7, 120-57.
- (94) Strober, M. A controlled family study of anorexia nervosa. *J. Psychiatry Research*, 1985, 19, 239-46.
- (95) Strober, M. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am.J.Psychiatry*. 2000, 157(3), 393-401.
- (96) Tisseron, S. *Tintin et les secrets de famille*. Librairie Séguier, Paris, 1990.
- (97) Tubiana-Rufi, N. Validation en langue française d'une échelle d'évaluation du fonctionnement familial (FACES III) : un outil pour la recherche et la pratique clinique. *Rev. Epidem. et Santé Publ.* 1991, 39, 531-41.
- (98) Valle, D. Les familles dépendantes, introduction à la clinique des systèmes flous. *Toxibase*, 2005, 18, 7-12.
- (99) Vandereycken, W. Siblings of patients with an eating disorder. *Int. J. Eat. Disorders*, 1992, 12 (3), 273-80.
- (100) Vanderlinden, J. Facteurs familiaux et génétiques prédisposant à l'apparition des troubles de conduites alimentaires : une brève mise au point. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1993, 41 (5-6), 231-4.
- (101) Venisse, J-L. *Les Nouvelles Addictions*. Paris, Masson, 1991.

- (102) Venisse, J-L. Intérêt de l'approche systémique dans le soin aux addictions du sujet jeune, cours du DU addictologie 2007, Université de Nantes.
- (103) Vibert, S. Anorexie mentale et féminité: impasses identificatoires à l'adolescence. Supplément revue *Nervure*, tome XX, n°2, Mars 2007.
- (104) Waller, J.V. Anorexia nervosa: a psychosomatic entity. *Psychosom. Med.* 1940, 2, 3-16.
- (105) Wallin, U. Too close or too separate: family function in families with an anorexia nervosa patient in two Nordic countries. *Journal of Family Therapy*, 1996, 18, 397-414.
- (106) Waters, B.G.H. Behavioural differences between twin and non-twin sibling pairs discordant for anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Dis.* 1990, 9, 265-73.
- (107) Wewetzer, C. Follow-up investigation of family relations in patients with anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 5, 18-24.
- (108) Wisotsky, W. The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patient in a day treatment program. *Eat Disord*, 2003, 11(2), 89-99.

Titre de Thèse : Essai de compréhension du fonctionnement familial dans l'anorexie mentale, à propos d'une étude.

RESUME

L'objet de cette thèse est de réfléchir au fonctionnement familial dans l'anorexie mentale. A partir de deux situations cliniques rencontrées dans les services de pédiatrie et d'addictologie du CHU de Nantes, nous nous poserons la question du lien entre les problématiques familiales de ces jeunes patients et la genèse de la maladie anorexie mentale.

Après un bref historique, une revue de la littérature actuelle reprendra les données concernant la participation sociodémographique et culturelle au développement de cette maladie, ainsi que la participation génétique. Puis nous aborderons l'évolution de la pensée psychanalytique concernant l'anorexie mentale qui nous amènera à la considérer comme une conduite de dépendance.

La problématique de la dépendance et du lien à l'autre nous amènera à envisager cette maladie dans une perspective systémique. Nous verrons comment d'une vision dysfonctionnelle voire pathologique de la famille des patients anorexiques, il est possible de considérer celle-ci comme constituant une ressource pour le patient, et de l'inclure sous cet angle dans la prise en charge thérapeutique.

Nous développerons la pertinence de l'association de soins de type psychanalytiques et systémiques.

Enfin une étude clinique illustrera l'idée selon laquelle les dysfonctionnements observés dans ces familles peuvent être rattachés à un relatif état de crise, et que leur vécu subjectif peut constituer un levier thérapeutique considérable.

MOTS-CLES

ANOREXIE MENTALE, FAMILLE, ADOLESCENCE, DEPENDANCE, SYSTEMIE, PSYCHANALYSE.