

AVOIR FAIM AU RISQUE D'EN MOURIR ?

Le paradoxe de l'anorexie mentale

S. MOUKHAIBER (1), C. PIETTE (2), J-M. TRIFFAUX (3)

RÉSUMÉ : L'anorexie mentale est une pathologie complexe qui entraîne régulièrement les cliniciens dans une impasse thérapeutique. L'origine de ce trouble est plurifactorielle. Il survient le plus souvent à l'adolescence et touche principalement les jeunes femmes. Paradoxalement, la sensation de faim est présente, mais elle n'est plus au service d'une fonction nutritive adéquate. Les répercussions somatiques et psychiques peuvent être particulièrement lourdes. Le traitement de l'anorexie mentale reste difficile et nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Une approche éclectique et intégrative, s'écartant de méthodes thérapeutiques rigides et intégrant la pluralité des techniques, semble être particulièrement recommandée pour accroître les chances de succès thérapeutique. Cet article résume les différents modèles théoriques de l'anorexie mentale et ses modalités de prise en charge.

MOTS-CLÉS : *Anorexie mentale - Adolescence - Famille - Prise en charge pluridisciplinaire - Psychothérapie*

STARVING TO DEATH : THE PARADOX OF ANOREXIA NERVOSA

SUMMARY : Anorexia nervosa is a complex pathology that regularly leads clinicians to a therapeutic impasse. The origin of this disorder is multifactorial. It occurs most often in adolescence and affects mainly women. Paradoxically, hunger is present but dissociated from adequate food function. Somatic and psychological impact can be particularly heavy. The treatment is difficult and requires a multidisciplinary care. An eclectic and integrative approach, moving away from rigid therapeutic methods and integrating the plurality of techniques, seems to be particularly recommended to increase the chances of therapeutic success. This article summarizes the various theoretical models of anorexia nervosa and its modalities of treatment.

KEYWORDS : *Anorexia nervosa - Adolescence - Family - Multidisciplinary treatment - Psychotherapy*

INTRODUCTION

Parmi les pathologies psychiatriques, l'anorexie mentale reste une pathologie extrêmement préoccupante en raison de son taux élevé de mortalité. L'étymologie de cette affection ($\alpha\nu$ $\rho\alpha\rho\eta\tau\acute{\iota}\alpha$: perte d'appétit) est trompeuse car, contrairement aux anorexies secondaires à bon nombre d'affections somatiques graves, il n'y a pas d'absence de faim. Au contraire, et de manière paradoxale, la personne qui en est atteinte consacre toute son énergie à mener une lutte intérieure pour résister au besoin de manger. La pulsion de mort est à l'avant-plan : le contrôle absolu de la faim provoque, de manière inconsciente, une extinction progressive de tout lien et de tout désir au risque d'en mourir.

Selon les études épidémiologiques, la prévalence de l'anorexie mentale dans les populations de jeunes adultes varie de 0,9 à 2,2 % (1). Le ratio homme-femme avoisine le plus souvent un rapport de 1 à 10. La mortalité dans les formes chroniques atteint 20 % des patients (1). Ce trouble touche principalement des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans. La symptomatologie survient le plus souvent à l'adolescence,

période caractérisée par la recherche d'autonomie et le besoin de différenciation.

Les mécanismes psychiques sous-tendant l'anorexie sont complexes. Les différents courants psychothérapeutiques s'y sont intéressés et il existe plusieurs modèles de compréhension. Les théories psychanalytiques ont mis en évidence l'implication des interrelations précoces et des processus d'identification dans la genèse de cette pathologie.

Les systémiciens évoquent, quant à eux, des dysfonctionnements familiaux et insistent sur l'importance de l'implication de la famille dans les processus thérapeutiques. Quant aux cognitivo-comportementalistes, ils considèrent que ce trouble est lié à des distorsions cognitives et axent leur prise en charge sur la modification de celles-ci.

Cette pathologie, sous-tendue par des conflits psychiques, peut entraîner de graves complications somatiques. Une organisation en réseaux de soins faisant appel à une pluralité d'intervenants constitue donc le «filet thérapeutique» garantissant la cohérence de la prise en charge (2, 3).

DÉFINITION

L'anorexie mentale est un syndrome qui associe la triade symptomatique dite des «trois A» : anorexie-amaigrissement-aménorrhée. Apparaissent, simultanément ou progressivement, des conduites de restriction alimentaire (associées ou non à des conduites de purge), un

(1) Assistante, (3) Psychiatre, Professeur de Psychologie Médicale, Hôpital de Jour Universitaire La Clé, Université de Liège, Belgique.

(2) Chef de Clinique, Service de Psychiatrie, CHU de Liège, site Sart Tilman, Belgique.

TABLEAU I. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DSM-V
DE L'ANOREXIE MENTALE (5)

- Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle

amaigrissement, une aménorrhée, une hyperactivité intellectuelle et sportive et une attitude de détachement vis-à-vis des liens sociaux (2, 4). Si l'anorexie restrictive est une pathologie rare, ce trouble s'intègre dans le spectre plus large des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA). Avec des slogans paradoxaux du type «consommez et soyez minces», les TCA sont en constante progression dans les sociétés industrielles et constituent un véritable enjeu de santé publique.

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

- *Type restrictif* : pendant les trois derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.

- *Type accès hyperphagiques/purgatifs* : pendant les trois derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

Le seuil de sévérité est établi à partir de l'indice de masse corporelle chez les adultes (IMC) ou, pour les enfants et les adolescents, à partir du percentile de l'IMC (5) :

- degré de sévérité léger : $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- degré de sévérité moyen : $IMC 16 - 16,99 \text{ kg/m}^2$
- degré de sévérité grave : $IMC 15 - 15,99 \text{ kg/m}^2$
- degré de sévérité extrême : $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

MODÈLES DE COMPRÉHENSION

THÉORIES PSYCHANALYTIQUES

L'anorexie mentale serait liée à une défaillance des liens précoces à la mère et, plus précisément, à un échec des processus de «séparation-individuation» (6, 7). Ces processus du début de la vie psychique permettent à l'enfant d'intégrer l'ambivalence des sentiments et de progressivement se différencier de la mère. Ils sont à l'origine de la constitution du sentiment d'identité. Leur échec va entraver les processus d'identification et une bonne intégration du féminin à l'adolescence (8).

L'adolescence réactive les processus de séparation-individuation en réinterrogeant les liens aux parents. La jeune fille, qui est restée dans un lien fusionnel avec sa mère, va être tiraillée entre son sentiment de dépendance et son désir de se différencier. A ce stade du développement psychoaffectif, l'adolescente voit resurgir l'angoisse liée à l'ambivalence pulsionnelle qu'elle n'a pu intégrer correctement en période œdipienne (2, 4).

Les transformations pubertaires et l'accès à la sexualité sont vécus comme une menace narcissique. Le comportement alimentaire s'impose comme une «solution défensive» pour apaiser l'angoisse (9). Toutes les manifestations de l'agressivité et de la sexualité sont réprimées. L'amaigrissement a pour effet d'effacer tout caractère sexuel secondaire de sorte que le corps n'est plus vécu comme un objet de désir (7, 9, 10). L'agressivité, notamment à l'égard de la mère, est généralement déniée et s'exprime à travers le corps comme une «révolte silencieuse» (6).

Les pulsions agressives et sexuelles sont canalisées dans la conduite d'hypermaîtrise. Ce comportement s'impose progressivement comme organisateur de la vie psychique et relationnelle. Toute ouverture à l'autre représente une menace et est donc barrée par un repli sur soi et des activités solitaires, physiques ou scolaires (2).

Les psychanalystes évoquent, en outre, la constitution d'un faux self chez les patientes anorexiques. Le faux self, notion psychanalytique décrite par Winnicott, correspond à la partie du moi soumise aux exigences extérieures (11). La personnalité de ces patientes serait clivée en vrai et faux self. L'expression des sentiments en lien avec le vrai self représente une menace et fait craindre la perte de l'amour parental. On observe donc, chez ces jeunes filles, une soumission au désir de leur entourage en renonçant à leurs aspirations personnelles de peur de

déplaie ou de décevoir. Ce sont souvent des enfants modèles qui remplissent les attentes parentales (9). Elles présentent une «angoisse de performance» sous-tendue par la peur de ne pas être à la hauteur des idéaux parentaux (7). Cette angoisse de performance transparait généralement derrière une hyperactivité intellectuelle.

Les mécanismes psychodynamiques impliqués dans la genèse de l'anorexie sont donc multiples, mais nous pouvons retenir que cette pathologie est caractérisée par :

- la négation du désir et une difficulté à intégrer l'ambivalence pulsionnelle (et donc l'agressivité) vis-à-vis de la mère;
- un défaut des processus d'identification et un refus du féminin;
- une fragilité du narcissisme et une organisation en faux self.

Nous avons parlé du lien à la mère, mais qu'en est-il de la fonction paternelle dans tout cela ? Le père est habituellement considéré comme le garant des limites et le représentant de la loi. Il joue le rôle de tiers médiateur et module le lien mère-enfant pour que s'établisse la triangulation œdipienne. De manière complémentaire avec la mère, il permet à l'enfant d'accéder au processus de différenciation, d'intériorisation des limites, d'intégration des interdits et de socialisation. Si la fonction paternelle est défaillante, il ne peut jouer ce rôle de séparateur et l'enfant reste alors dans un lien non différencié à la mère. La problématique alimentaire serait donc «un véritable appel au père, à sa fonction, à l'exigence d'une régulation de la relation à la mère» (12). Les défaillances de la fonction paternelle dépendent de la personnalité du père, mais aussi de la place qui lui est faite par la mère et, donc, de la dynamique du couple parental et de la dynamique familiale (4).

THÉORIES SYSTÉMIQUES

Les systémiciens se sont intéressés au rôle de la famille dans la survenue de l'anorexie et ont étudié le fonctionnement familial de ces patientes. D'après leurs théories, certains processus familiaux dysfonctionnels seraient impliqués dans le développement, le maintien, voire l'aggravation du trouble alimentaire (9, 12).

Les familles de patientes anorexiques sont souvent décrites comme des familles rigides et surprotectrices, avec une forte résistance au changement et de faibles capacités d'adaptation. On observe, dans ces familles, un effondrement des frontières intergénérationnelles et interpersonnelles : les limites entre les différents membres sont floues, ce qui engendre

une confusion des places et des rôles. Elles sont en outre caractérisées par des défaillances de communication, un évitement des conflits et le maintien d'une harmonie apparente (6). Au premier abord, ce sont des familles unies et sans problème, où les désaccords n'existeraient pas en l'absence de la maladie (12). Tout est fait pour éviter les conflits. Les émotions et attitudes négatives d'envie, de colère et d'hostilité sont vécues comme menaçantes pour l'harmonie familiale (13). Le climat familial serait, de plus, caractérisé par des dysfonctionnements conjugaux avec implication de l'enfant dans ces conflits. L'enfant devient l'agent régulateur de la stabilité interne de la famille. Il s'agit du «patient désigné», porteur du symptôme de dysfonctionnement familial (14).

Ces différentes caractéristiques seraient, notamment, liées à l'existence de mythes familiaux pathologiques. Le mythe familial correspond à l'ensemble des croyances et représentations partagées par la famille. Il s'agit d'une fonction normale et fondatrice qui confère à la famille son identité et organise les rôles et fonctions de ses différents membres. Les familles des patientes anorexiques peuvent être bloquées par des «mythes d'unité familiale pathologiques» les empêchant de s'adapter à certains changements liés aux cycles de vie familiaux, comme l'adolescence par exemple. Ces mythes d'unité familiale sont caractérisés par un manque de différenciation des limites entre générations et individus et seraient liés à de profondes craintes de rupture ou de perte (13). L'exploration familiale révèle souvent l'existence de deuils non résolus ou d'expériences traumatiques de séparation chez les parents des patientes anorexiques. Le mythe d'unité familiale serait donc une protection contre des angoisses de perte non élaborées. Tout mouvement d'autonomisation ou de détachement est vécu comme menaçant. L'anorexie serait donc «une tentative de loyauté à l'égard du mythe d'appartenance à la famille en suspendant la problématique de la transition à l'adolescence et en faisant prévaloir les forces de régression et les besoins de protection» (13). Tout est fait pour maintenir l'homéostasie familiale et l'investissement du monde extérieur à l'adolescence ruine cet équilibre.

Les parents des patientes anorexiques valoriseraient, en outre, le conformisme social, la performance et le contrôle du plaisir. Cette survalorisation des performances scolaires et

sociales se fait au détriment de l'expression des manifestations émotionnelles et affectives.

THÉORIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

D'après les théories cognitivo-comportementales, l'anorexie serait liée à des distorsions cognitives qui seraient à l'origine de perturbations dans le traitement des informations relatives au corps et aux aliments (2). Le trouble serait, en effet, sous-tendu par un ensemble de croyances erronées concernant le poids et l'alimentation. Ces distorsions concernent, notamment, l'image de soi et l'impact que le poids et l'apparence physique peuvent avoir sur le sentiment de réalisation personnelle. Le besoin de contrôle de l'alimentation et de l'apparence est, entre autres, associé à un sentiment de dévalorisation et un perfectionnisme en lien avec une faible estime de soi.

Ces distorsions cognitives ont un effet de renforcement et maintiennent la conduite alimentaire. La perte de poids entraîne un sentiment de maîtrise. Par la suite, la peur de perdre le contrôle et de prendre du poids engendre de l'anxiété. La restriction alimentaire permet de diminuer cette anxiété et renforce donc la conduite (2). Le métabolisme se réduisant, un cercle vicieux est ainsi bouclé.

PRISE EN CHARGE

La prise en charge de l'anorexie mentale pose de nombreuses difficultés. Les patientes anorexiques ont souvent tendance à mettre le traitement en échec en confrontant les soignants à des résistances et des mouvements d'opposition. La thérapie est donc longue et éprouvante.

Par ailleurs, les répercussions somatiques de l'anorexie mentale peuvent être graves et potentiellement mortelles. La prise en charge doit donc agir à plusieurs niveaux : psychique, somatique et nutritionnel (3).

La restauration du poids dans les limites de la normale reste l'axe principal du traitement (1). Il importe de construire une alliance thérapeutique solide avec la patiente et sa famille. Un coordonnateur des soins devra être désigné afin de garantir la cohérence de la prise en charge. Ce sera souvent au psychiatre que reviendra la mission de construire un projet de soins cohérent avec une équipe pluridisciplinaire.

HOSPITALISATION

L'hospitalisation n'est pas systématique et se décide au cas par cas selon la gravité du tableau clinique. Elle est notamment déterminée en

TABLEAU II. SIGNES DE GRAVITÉ AU COURS DE L'ANOREXIE MENTALE IMPOSANT L'HOSPITALISATION (2)

<ul style="list-style-type: none"> - Indice de masse corporelle < 13 kg/m² - Amaigrissement important et rapide, arrêt total de prise alimentaire et vomissements, arrêt de toute hydratation - Epuisement physique souligné par la patiente - Troubles de la conscience et de la vigilance, céphalées, convulsions, malaises - Tension artérielle systolique < 80 mmHg; diastolique < 50 mmHg - Bradycardie < 45/min ou fréquence cardiaque > 90/min - Température < 35,5 °C - Hypokaliémie < 3 mmol/l malgré l'apport de potassium <i>per os</i> - Atteinte de la fonction rénale - Hypoglycémie < 0,6 g/l, odeur acétonique de l'haleine - Baisse du taux de phosphore - Atteinte de la fonction hépatique (augmentation des transaminases, taux de prothrombine < 50 %) - Anomalies de l'électrocardiogramme et/ou atteinte de la fonction cardiaque

fonction de l'état de dénutrition et de ses complications somatiques (Tableau II). Elle peut également être indiquée si une mise à l'écart de la famille est nécessaire ou en cas de symptomatologie dépressive associée à un risque suicidaire (2, 4).

En cas de dénutrition sévère, le premier objectif de l'hospitalisation est la renutrition (15). Il est, bien entendu, nécessaire d'assurer un poids minimal pour permettre un abord psychothérapeutique (4). La prise en charge de ces patientes nécessite donc une étroite collaboration entre psychiatres et internistes. L'alimentation est toujours encadrée par l'équipe soignante. Le recours à la sonde naso-gastrique est réservé aux situations extrêmes : anorexie totale, état somatique précaire engageant le pronostic vital (15). Le sevrage des vomissements est un autre objectif de l'hospitalisation. Il est facilité par un accompagnement post-prandial.

Il n'existe pas de consensus sur la prise en charge hospitalière de l'anorexie, mais elle se base, généralement, sur l'établissement d'un contrat de soins en accord avec la patiente. Ce contrat permet de définir les objectifs de l'hospitalisation (2, 4). Il s'agit d'un contrat de poids, souvent associé à une période de séparation pendant laquelle la patiente n'a plus de contacts avec l'extérieur jusqu'à l'atteinte d'un certain poids. La suppression des contacts avec les proches est progressivement levée en fonction de la reprise de poids. Un premier poids, dit intermédiaire, et un poids de sortie sont fixés sur base de critères médicaux objectifs. Le poids intermédiaire détermine le moment où la patiente sera autorisée à reprendre des contacts avec ses proches (15). Ce contrat de poids fait office de tiers médiateur (6, 16) et pose le cadre. Il renvoie à la réalité du corps et au risque somatique encouru

et permet d'éviter le clivage corps/esprit (4, 6). L'agressivité peut, en outre, s'exprimer envers le contrat plutôt qu'envers les parents.

L'hospitalisation permet d'assurer une renutrition, mais elle ouvre, en outre, des modalités relationnelles différentes et permet un apaisement et une élaboration des conflits intra-familiaux (6). La séparation peut faciliter de nouveaux modes de relation et préparer la prise d'une certaine autonomie.

L'hospitalisation donne aussi l'occasion de créer une alliance thérapeutique et d'accompagner les familles (17). Des groupes de parents ou de familles peuvent être proposés afin d'aider les familles à réfléchir sur la problématique familiale. Même si la méthode de contrat d'hospitalisation a fait ses preuves, la reprise de poids à court terme ne garantit cependant pas des résultats à plus long terme (4). Dans tous les cas, l'hospitalisation permet d'amorcer le travail psychothérapeutique.

PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie, quand elle est possible, semble donner les meilleurs résultats à long terme. Il existe, bien entendu, diverses modalités d'approche s'inspirant des différents courants psychothérapeutiques. Psychothérapie individuelle et thérapie familiale peuvent s'intégrer dans une prise en charge globale. Les données de la littérature internationale insistent sur la nécessité d'intégrer une approche familiale dans la prise en charge des enfants et des adolescents anorexiques (1).

THÉRAPIES D'INSPIRATION ANALYTIQUE

Au travers d'une écoute attentive et bienveillante, la thérapie a pour objectif de réduire l'angoisse, de renforcer le moi, de restaurer un narcissisme fragile, de favoriser le travail de différenciation/individuation et de revaloriser l'image du corps. Le défi à relever se trouve dans la création d'une ferme alliance thérapeutique permettant à l'adolescente de se sentir comprise et respectée sans reproduire, dans un rapport de force, les relations et attitudes familiales conflictuelles autour de l'alimentation (4, 16). L'approche ne doit pas être exclusivement centrée sur le comportement alimentaire, mais celui-ci et les risques qu'il engendre ne doivent pas pour autant être ignorés.

La thérapie a pour but de solliciter les activités fantasmatiques et la mise en mots des émotions. Elle aide à verbaliser les angoisses centrées sur la nourriture (qui sont difficiles à

élaborer), à faire le lien entre affect et représentation et à faire émerger l'ambivalence pulsionnelle dans un cadre sécurisant (16, 17). Elle permet, en outre, d'explorer l'histoire personnelle et familiale, de repérer les modalités relationnelles entre les membres de la famille et aide au développement de nouveaux modes de relation (12).

THÉRAPIES FAMILIALES

Les systémiciens considèrent que la famille peut jouer un rôle dans le développement et le maintien de la pathologie et doit donc être impliquée dans le processus thérapeutique. La thérapie familiale concerne toutes les familles dont certains aspects durables de dysfonctionnement pourraient freiner la guérison ou contribuer à une rechute (13). Elle est surtout conseillée chez les jeunes adolescentes dont la survenue du trouble est récente. Elle a pour objectif d'interrompre les processus dysfonctionnels qui renforcent ou maintiennent les symptômes de la patiente et de modifier l'organisation familiale afin d'éviter une rechute.

Les interventions thérapeutiques doivent permettre la remise en question de l'enchevêtrement, de la surprotection et de la rigidité des interactions familiales. Elles ont pour but d'assouplir des modalités de communication rigides et de faciliter la restauration de limites plus différenciées entre les membres de la famille (13). L'exploration de l'histoire familiale sur plusieurs générations permet, notamment, de mettre en évidence des pertes ou menaces de perte non élaborées (décès, divorce, maladie,...) qui pourraient être à l'origine de mythes familiaux pathologiques. Le travail du thérapeute sera d'aider la famille à faire émerger et à élaborer autour de ces croyances familiales afin de favoriser ses capacités évolutives.

THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

Les cognitivo-comportementalistes considèrent que l'anorexie mentale est liée à des distorsions cognitives et ciblent leur prise en charge sur la modification de celles-ci. Après une évaluation minutieuse de la problématique, des entretiens motivationnels permettent d'analyser les avantages et les inconvénients entre les comportements pathologiques (trouble du comportement alimentaire) et les comportements ciblés après traitement (comportement alimentaire adapté). Cette technique, bien connue dans le traitement des addictions, a pour objectif de résoudre l'ambivalence qui tend à figer les

symptômes et entretient la résistance au changement.

Les thérapies comportementales s'organisent autour de différents axes, notamment le développement d'une motivation au changement, la gestion du poids et de l'alimentation et le travail sur l'image de soi. Ces thérapies ont pour but de modifier les croyances concernant la nourriture et l'apparence physique (2). Le travail thérapeutique sur les cognitions dysfonctionnelles peut être facilité par divers outils (Tableaux III et IV, Figure 1).

L'objectif est d'aider la patiente à repérer ses pensées dysfonctionnelles et les émotions qui y sont associées et de l'amener à envisager des alternatives à celles-ci.

La gestion du poids fait partie intégrante de la psychothérapie. La méthode du contrat de poids est également utilisée en ambulatoire avec des objectifs de prise de poids fixés entre chaque séance.

Des techniques d'exposition aux aliments évités peuvent notamment être employées (2). Ces mises en situation permettent d'analyser les difficultés rencontrées par la patiente. Le carnet alimentaire, par exemple, est un support qui peut aider la patiente à verbaliser et à associer autour de son alimentation et des angoisses qu'elle génère.

CONCLUSION

Si l'anorexie mentale restrictive est une pathologie rare, elle reste la pathologie psychiatrique associée au plus haut taux de mortalité.

La symptomatologie survient le plus souvent à l'adolescence, suite à la réactivation des pro-

TABLEAU III. QUELQUES ERREURS DE PENSÉE TYPIQUES DES PERSONNES INSATISFAITES DE LEUR APPARENCE PHYSIQUE (18)

La pensée en «tout ou rien»	«Si je ne suis pas belle/mince, je suis laide/grosse»
L'amplification ou sur-généralisation	«S'il y a une imperfection dans mon apparence, je suis laide»
La parcellisation ou abstraction sélective	«L'évaluation de ma personne est liée à l'évaluation de mon apparence»
Le raisonnement émotionnel	«Si je me sens grosse, je suis grosse»
La conclusion hâtive ou inférence arbitraire	«Si je suis laide/grosse, personne ne s'intéressera à moi»
La dramatisation	«Si je suis laide/grosse, je serai toujours malheureuse»
La comparaison sociale	«Si je suis avec une personne plus jolie/mince que moi, je suis laide/grosse»
La prédiction du futur	«Si quelqu'un me voyait en maillot, il verrait que j'ai grossi»

TABLEAU IV. CARNET ALIMENTAIRE JOURNALIER (18)

QUANTITE DE NOURRITURE ET DE BOISSON CONSOMMEES	LIEU	B	V L D CF	COMMENTAIRES (contexte, émotions, pensées, poids, sport...)
B = boulimie D = diurétique		V = vomissement C-F = coupe-faim		L = laxatif

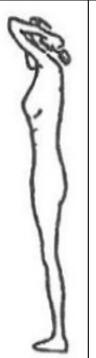
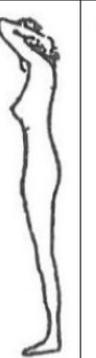
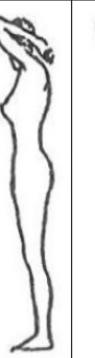
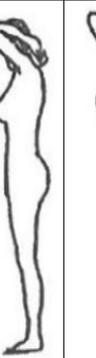
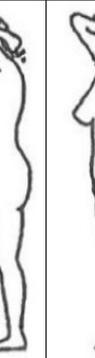
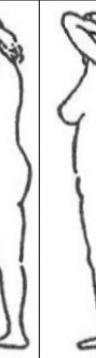
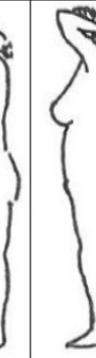
										
N° DE SILHOUETTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
INDICE DE MASSE CORPORELLE	15,65	16,85	18,05	19,26	20,40	21,60	22,77	24,08	25,39	27,01

Figure 1. Silhouettes féminines en fonction de l'indice de masse corporelle (18)

cessus de séparation-individuation. La jeune fille, restée dans un lien indifférencié à la mère, ne peut assumer le rôle génital et les transformations corporelles de la puberté. Le symptôme anorexique va s'imposer comme une solution pour lutter contre l'émergence pulsionnelle et ses effets désorganisant. Le surinvestissement de la conduite alimentaire permet la mise à distance des pulsions agressives et sexuelles et assure une fonction auto-calmante.

La dynamique familiale semble également jouer un rôle dans la survenue du trouble. Les familles des patientes anorexiques seraient, en effet, caractérisées par un environnement protecteur, laissant peu de place à l'affirmation de soi et à l'autonomie personnelle. Ce type de schéma familial favoriserait le développement du trouble, en inhibant les processus d'individuation et de différenciation. Les facteurs sous-tendant ce trouble sont multiples. Dans tous les cas, la question du narcissisme et celle du lien aux objets sont au centre de la problématique.

La prise en charge des patientes anorexiques est particulièrement difficile en raison de la pulsion de mort rôdant en permanence dans le psychisme de ces patientes et détruisant les processus relationnels. Cette pathologie peut avoir de lourdes répercussions somatiques et nécessite donc une prise en charge pluridisciplinaire : la qualité de la coordination entre les divers intervenants, la patiente et sa famille sera déterminante dans le processus thérapeutique.

La psychothérapie sera souvent longue et laborieuse. Elle aura pour but d'aider la patiente à intégrer l'ambivalence pulsionnelle et de lui permettre de s'autoriser à exprimer de l'agressivité afin de se défaire de son lien de dépendance et d'enfin prendre son autonomie.

Enfin, pour terminer par une métaphore gastronomique, comme il est possible de créer un nouveau menu avec différents plats ou de créer un nouveau plat en combinant différents ingrédients, l'approche éclectique et intégrative sera particulièrement recommandée pour accroître les chances de succès thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- Nicolas I, Lamas C, Corcos M.— Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. EMC - *Psychiatrie/Pédo-psychiatrie*, 2014, **11**, 1-18.
- Corcos M, Lamas C, Pham-Scottet A, et al.— *L'anorexie mentale, déni et réalités*. Doin, Rueil-Malmaison, 2008, pages 3-9, 37-42, 57-70.
- Scheen AJ.— L'anorexie mentale, une maladie grave spécifique de la femme jeune. *Rev Med Liege*, 1999, **54**, 255-261.
- Brusset B.— *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Deuxième édition. Dunod, Paris, 2008, pages 7-28, 79-87, 223-234.
- American Psychiatric Association. *DSM-V*. Elsevier Masson, Issy les Moulineaux, 2015.
- Corcos M, Dupont M-E.— Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. *Nutr Clin Metab*, 2007, **21**, 190-200.
- Guilbaud O.— To eat or not to eat : quelles sont les modalités de relations d'objet à l'œuvre dans l'anorexie mentale ? *Evol psychiatr*, 2012, **77**, 121-144.
- Vibert S, Cohen de Lara A.— Anorexie mentale et fonctionnements limites. Traitement diversifié de la perte et du conflit oedipien à l'adolescence. *Evol psychiatr*, 2011, **76**, 55-74.
- Drieu D, Genvresse P.— Anorexie mentale et problématique familiale. *Evol psychiatr*, 2003, **68**, 249-259.
- Corcos M.— Le féminin et le maternel dans l'anorexie mentale, une passivité créatrice : ceci n'est pas une femme. *Evol psychiatr*, 2003, **68**, 233-247.
- Winnicott D.W.— «*Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self*» dans *la mère suffisamment bonne*. Payot, Paris, 2006, 93-123.
- Frias I, Testart M-L, Brigot M-N, et al.— Le corps anorexique comme le lieu d'expression d'une souffrance familiale. *Evol psychiatr*, 2010, **75**, 239-247.
- Cook-Darzens S.— *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent*. Érès, Toulouse, 2007, 34-44, 207-231.
- Doba K, Nandrino J-L.— Existe-t-il une typologie familiale dans les pathologies addictives ? Revue critique de la littérature sur les familles d'adolescents présentant des troubles alimentaires ou des conduites de dépendance aux substances. *Psychol franç*, 2010, **55**, 355-371.
- Biro E, Chabert C, Jeammet P.— *Soigner l'anorexie et la boulimie. Des psychanalistes à l'hôpital*. PUF, Paris, 2006, 178-179.
- Askenazy F.— Expérience de vie séparée sans rupture pour l'anorexique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2009, **57**, 240-244.
- Askenazy F, Dor E, Battista M.— Libérer la contrainte: les grands principes d'un modèle de prise en charge de l'anorexie mentale restrictive de l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2013, **61**, 428-432.
- Simon Y, Nef F.— *Comment sortir de l'anorexie ?* Odile Jacob, Paris, 2002.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr JM. Triffaux, Hôpital de Jour Universitaire La Clé, Université de Liège, Belgique.
Email : jmtriffaux@ulg.ac.be