

# Sommaire

Introduction.....	7
I. Les troubles des conduites alimentaires .....	8
a) Définition .....	8
b) Historique.....	8
c) Description des différentes formes cliniques .....	8
L'Anorexie mentale .....	9
La boulimie .....	9
Les troubles alimentaires non spécifiques .....	9
II. D'une approche des troubles alimentaires centrée sur l'individu et les liens précoces.....	11
De l'importance des liens précoces : fonction alimentaire et fonction relationnelle .....	11
Le stade du miroir comme origine des troubles alimentaires .....	13
De la réactualisation du conflit œdipien à la relation de dépendance .....	15
De la prévalence de la féminité dans la pathologie alimentaire .....	18
III Du rôle étiologique de la famille dans les pathologies alimentaires à la famille compétente, partenaire thérapeutique .....	20
La famille psychosomatique, ou profil du système familial anorexique .....	20
De la famille pathogène à la compétence des familles .....	22
De l'approche familiale intergénérationnelle et transgénérationnelle.....	24
IV Problématique de recherche et hypothèse générale .....	29
V Méthodologie .....	30
a) Nos hypothèses opérationnelles .....	30
b) La population : présentation et critère d'inclusion .....	30
c) Présentation des outils.....	31
L'entretien clinique .....	31
L'observation clinique .....	32
VI Données cliniques et résultats.....	33
a) Description des données cliniques .....	33
B) Synthèse .....	40
VII Discussion clinique.....	41
VIII Conclusion .....	47
IX. Bibliographie & Sitographie.....	49
X Annexes.....	50

# Introduction

Les troubles du comportement alimentaire sont des symptômes concernant beaucoup de jeunes femmes mais aussi en une moindre partie des hommes. Ce trouble est en hausse constante chez les adolescentes. Je me suis intéressée à ces pathologies au fil de mes rencontres avec des jeunes femmes (pour la majorité) qui présentaient de cette problématique, mais aussi grâce à un travail autour de l'oralité et du corps que je souhaitais mettre en place au travers de la voix et du chant. J'ai été amenée à rencontrer à plusieurs reprises des jeunes femmes et jeunes hommes en proie à ces pathologies et notamment dans la clinique psychiatrique où j'ai été accueillie à titre de stagiaire.

Cette structure accueille des jeunes personnes de 16 à 30 ans atteintes de différents troubles de degrés de sévérité variés. L'équipe professionnelle pratique l'approche systémique avec la thérapie familiale et la psychothérapie institutionnelle. En tant que stagiaire psychologue, j'ai proposé aux patients un atelier de travail de la voix en groupe et un suivi individuel autour de l'objet voix.

En outre, il m'a été permis de participer aux groupes de psychothérapie et aux entretiens de familles. J'ai rencontré les patients qui ont inspiré ce travail de mémoire sur ce lieu de stage.

Ma réflexion sur la pathologie alimentaire s'est élargie. Je me demandais alors en quoi le symptôme venait faire sens, sa symbolique ? A quel moment et comment émergeait – t il ? Y a – t – il une sensibilité particulière qui pourrait expliquer le développement de ces pathologies ? Pourquoi parle – t – on d'une pathologie occidentale ?

L'orientation thérapeutique de l'établissement m'a permis d'aborder ces pathologies sous un angle différent de celui de la psychanalyse et de la dynamique intrapsychique donnant naissance à nouveaux questionnements : y – t – il un lien entre la famille, le patient et la pathologie ? Pourrait – on parler d'un lien de causalité ? Qu'en est – il d'une pathologie des relations dans la famille ? La famille du sujet TCA a – t – elle une place et un rôle particulier dans les pathologies alimentaires ? Y a t – il un lien entre le fonctionnement psychologique du sujet présentant des troubles alimentaires et son fonctionnement familial ?

J'ai mis au travail toutes ces questions en y apportant un éclairage de compréhension à l'occasion de ce mémoire.

# I. Les troubles des conduites alimentaires

## a) Définition

Les TCA, troubles des conduites alimentaires, ou troubles du comportement alimentaire, rassemblent différentes pathologies appelées aussi troubles alimentaires spécifiques comme l'anorexie ou la boulimie. Ces troubles se manifestent dans le rapport à la prise de nourriture, en excès ou en abstinence.

On observe une prévalence chez les femmes, les hommes sont également concernés mais à moindre mesure.

## b) Historique

Au XIII<sup>ème</sup> siècle, dans les domaines religieux, les sœurs pratiquaient des restrictions alimentaires que certains auteurs nomment aujourd'hui "anorexie sainte" ou "anorexie sacrée". Sainte Catherine de Sienne qui en est morte à l'âge de 33 ans demeure un exemple probant. Ce jeun religieux avait une vocation philosophique et mystique. (cf. sitographie).

C'est en 1689, que le médecin Richard Morton décrit les symptômes d'une maladie que l'on connaît aujourd'hui sous le terme d'anorexie mentale. Il y décrit les symptômes d'appauvrissement physique dont il attribue la causalité à une étiologie nerveuse.

Dans la seconde partie du 19<sup>ème</sup> siècle, l'anorexie mentale est identifiée comme nous la connaissons aujourd'hui. En 1873, Lasègue ainsi que l'anglais Gull (1874) produisent les premières descriptions cliniques de cas d'anorexie mentale. Contrairement au domaine médical, ils considèrent que l'origine du trouble est psychique. Il n'empêche que cette maladie sera traitée comme un trouble physique jusqu'au milieu des années 1900, période où l'on envisagera les symptômes physiques comme une conséquence de l'arrêt de l'alimentation. A cette période, on observe un attrait de la part des chercheurs pour ces maladies alimentaires qui se présentent sous différentes formes cliniques et que l'on rassemble sous le nom de troubles du comportement alimentaire.

Notons que dans les années 90, il y a une augmentation des nombres de malades anorexiques. Gordon (1996) en parle comme d'"une épidémie sociale des femmes blanches occidentales".

## c) Description des différentes formes cliniques

Ils existent de nombreux troubles du comportement alimentaire, et l'on continue d'en découvrir. Nous allons nous référer aux critères diagnostiques du DSM – IV.

## L'Anorexie mentale

Selon le DSM – IV, on retrouve les critères diagnostiques suivants chez une personne souffrant d'anorexie mentale : le refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au dessus d'un poids minimum normal au regard de son âge et de sa taille, une peur intense de reprendre du poids ou de devenir gros, une altération de la perception de l'image du corps avec déni de la maigreur et redondance de la forme corporelle sur l'estime de soi, enfin une aménorrhée (absence d'au moins trois cycles menstruels) chez les femmes post pubères doit être observée.

Il existe plusieurs types d'anorexie mentale.

Le type restrictif correspond à un sujet qui présente les critères précédemment énoncés et qui n'a pas recours à des crises de boulimie, des vomissements provoqués, ou à des prises de purgatifs.

Par conséquent, le type d'anorexie mentale nommé anorexie vomissements, ou « purging type » comptera parmi ses caractéristiques des crises de boulimie, des vomissements provoqués, ou à des prises de purgatifs.

## La boulimie

Selon le DSM – IV, on retrouve les critères diagnostiques suivants chez une personne souffrant de boulimie : on note la présence récurrente de crise de boulimie (« Binge eating ») caractérisée par l'absorption d'une grande quantité de nourriture en un temps limité, et un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire (sensation de ne pas pouvoir s'arrêter), on remarque aussi des comportements compensatoires et inappropriés dont le but est d'éviter la prise de poids (vomissements, prise de purgatifs et laxatifs, jeûne, exercice physique excessif), les crises et comportements compensatoires surviennent au moins deux fois par semaines, il y a une influence du poids et de la forme corporelle sur l'estime de soi, enfin ce trouble n'intervient pas seulement en période d'anorexie mentale.

Le DSM IV propose de les différencier en deux types : le type avec vomissements ou prise de purgatifs, et le type sans les vomissements « non purging type ».

## Les troubles alimentaires non spécifiques

Cette catégorie est destinée aux troubles alimentaires qui ne remplissent pas tous les critères des pathologies exposées précédemment. Par exemple, une femme qui présentera tous les critères de l'anorexie mentale excepté celui de l'aménorrhée ou encore une personne qui aura montré une perte de poids significative mais qui restera dans les limites de la normale.

Par ailleurs, notons que la classification des troubles alimentaires peut différer selon les auteurs. Par

exemple, l'hyperphagie "binge eating disorder" pour Bernfeld (2007) présente une symptomatologie semblable à celle de la boulimie avec des raptus, des crises impulsives d'ingestion de grande quantité de nourriture en un temps limité. Elle n'a pas recours à des méthodes purgatives comme les laxatifs ou les vomissements. A ce titre, l'hyperphagie est souvent accompagnée de l'obésité. Cette description correspond au type sans vomissements de la boulimie décrit par le DSM IV (2000).

Dans un registre moins répandu, nous pouvons citer l'orthorexie qui est "l'obsession de respecter des règles alimentaires très strictes" (Bernfeld, 2007, 82). Il y a également le mérycisme qui se caractérise par la régurgitation et par la réingestion répétées des aliments.

La potomanie consiste à ingurgiter une consommation d'eau excessive dans le but de se remplir (apaiser la faim) ou de se purifier. On retrouve ce trouble sur des tableaux cliniques d'anorexie et de boulimie.

### Synthèse

Nous pouvons retenir qu'un rapport pathologique à l'alimentation peut s'exprimer sous différentes formes. De plus, ce qui différencie le normal du pathologique reste la mesure, le dosage, l'alimentation peut être ajustée en fonction de règles, ou de principes (végétarisme, véganisme) sans pour autant tomber dans un système rigide et dominateur comme l'orthorexie.

Après avoir brièvement présenté la pathologie, nous allons maintenant aborder différents auteurs qui ont travaillé sur ces pathologies.

Ce domaine de recherche a d'abord été approché sous l'angle d'une pathologie de l'individu et des liens précoces, c'est donc ainsi que nous commencerons notre revue littéraire.

## II. D'une approche des troubles alimentaires centrée sur l'individu et les liens précoces

Les troubles du comportement alimentaire ont émergés dans le champ des pathologies d'abord sous l'angle de l'anorexie mentale dans la fin des années 60 puis les recherches se sont élargies aux autres troubles alimentaires comme l'obésité ou la boulimie.

Après avoir rappelé les travaux de Bowlby (1978) sur l'attachement qui nous semblent précurseurs des recherches traitant de la pathologie alimentaire, en s'appuyant sur les travaux des auteurs principaux qui se sont penchés sur ces pathologies, nous allons ici rendre compte du fonctionnement psychologique du sujet atteint de TCA.

### De l'importance des liens précoces : fonction alimentaire et fonction relationnelle

L'attachement selon Bowlby (1978) correspond à une stratégie mise en place par l'enfant pour lui assurer confort, sécurité et affection. Cette stratégie est une co – construction avec le parent référent d'abord, le plus souvent la mère, mais aussi avec les autres personnes avec lesquelles il est en interaction. La qualité de l'attachement dépend de la dynamique entre la mère et l'enfant. Plus l'accordage mère – bébé est opérationnel, c'est – à – dire plus la mère répondra de façon satisfaisante aux besoins de son enfant, et plus celui – ci pourra construire une relation d'attachement sécuritaire et fiable. L'enfant va ainsi acquérir une *base de sécurité* qui lui permettra de prendre une relative autonomie afin d'explorer l'environnement. Bowlby nous dit que ce qui se joue avec la mère dans les premiers mois de la vie de l'enfant, programme sa capacité d'attachement dans les relations à venir en lui conférant des *modèles internes opérants* auxquels il se référera pour entrer en relation avec autrui. A ce propos, on distingue différents styles ou types d'attachement. Les travaux d'Ainsworth (1978) sur les patterns d'attachement et ceux de Solomon (1986) ont permis d'identifier quatre types d'attachement.

L'*attachement sécuritaire* (pattern B) concerne les enfants qui démontrent un équilibre entre la sollicitation de la figure d'attachement et la capacité à la mettre quelque peu à distance pour aller découvrir l'environnement. Chez l'adulte, ce type d'attachement s'appelle sécuritaire – autonome.

Le pattern A correspond au type d'*attachement insécuritaire, anxieux, évitant*. Il désigne des enfants qui n'ont pas pu se construire une base de sécurité solide. Ces enfants ont connu une figure d'attachement pas toujours disponible et fiable. Ils restent donc anxieux et défensifs et vont explorer leur environnement avec méfiance, sans se reposer sur la figure d'attachement.

Ce style d'attachement nommé *détaché* chez l'adulte fait référence à des individus angoissés vis à vis du monde extérieur, qui présenteront des difficultés à exprimer leurs émotions.

Le troisième type d'attachement est le type anxieux – résistant ambivalent (pattern C). Les enfants caractérisés par ce style d'attachement vont montrer une forte dépendance à la figure d'attachement et de grosse difficulté de séparation. Ces enfants ne se sentent pas assez en sécurité pour opérer un mouvement vers le monde extérieur. Les adultes concernés par le pattern C, sont sensibles aux conduites à risques, aux relations de dépendance et à l'agressivité.

Le pattern D proposé d'ailleurs par Solomon (1986) correspond à l'attachement insécuré – désorganisé. On a ici à faire à des enfants dont la stratégie d'attachement est chaotique et ne permet pas d'interaction significative avec autrui. Ce style d'attachement caractérise de façon fréquente les enfants victimes de maltraitances et de violences, ou ayant vécus des événements traumatiques débordant les capacités de contention psychique avec des deuils inachevés. Ce type d'attachement favorise l'émergence de pathologies plus ou moins sévères.

Par la suite les recherches sur l'attachement ont élargi leur champ de la dyade mère – enfant au couple parental, puis à la famille toute entière l'érigeant comme base de sécurité.

La question du sentiment de sécurité se retrouve par ailleurs dans la problématique psychique de l'hyperphagique. L'hyperphagie et par conséquent l'obésité (la plupart des personnes hyperphagiques sont également obèses) seraient une tentative passant par le corps pour historiciser un vécu traumatique qui n'a pas pu encore trouver une place dans la psyché (Dumet (2006)). La conduite hyperphagique est alors un « acte symptôme » (Mc Dougall (1982) où le sujet occupe une position active face à son symptôme. L'élément qui échappe au sujet ne peut s'intégrer à son histoire que par la voie où il lui a fait défaut, ici la nourriture, la voie orale, la symbolique maternelle, la présence, l'absence. Le comportement hyperphagique représenterait une tentative de se réappropriier des éléments traumatiques de l'histoire du sujet qui ont participé à sa constitution de sujet. A l'image d'une personne qui revit son traumatisme pour tenter d'en devenir acteur et de l'inscrire dans son histoire, l'hyperphagique tente de colmater le trou laissé par l'élément constitutionnel mais manquant de son vécu, tentant à la fois d'en apaiser l'écho pulsionnel et de colmater la fragilité moïque. Tandis que le trouble alimentaire viendrait parler d'un traumatisme vécu par le sujet que celui – ci n'arrive pas à surmonter, cette fragilité narcissique pourrait aussi advenir d'une difficulté à identifier et à nommer les besoins. Bruch (1973) postule en faveur d'un manque de compréhension du sujet de son propre corps entraînant une confusion de ses affects et l'établissement d'un moi précaire. La fonction alimentaire est à la fois pensée comme du domaine de l'innée (organique) et du domaine de l'acquis. Il s'agit de penser la sensation de faim, la reconnaître, identifier l'appétit. L'auteur nous parle « d'un conditionnement défectueux remontant aux premières années de la vie ». En recherchant dans l'historique des sujets TCA qu'il a rencontrés, il remarqua que leurs besoins fondamentaux avaient été à un moment donné mis à mal, en tout particulier celui de manger.

L'environnement a répondu soit dans le trop ou dans le pas assez, au regard de la demande du sujet créant chez ce dernier une difficulté à identifier ses besoins. Cette dimension de la réponse environnementale inadaptée aux besoins de l'enfant a également été abordée par Winnicott (1958). En effet, ce que ce dernier nomme « *environnement pas suffisamment bon (not good enough)* » décrit un contexte d'existence pour le nourrisson, qui serait défaillant dans sa capacité à étayer les premières expériences de celui-ci, c'est à dire un environnement capable d'adresser une réponse adaptée aux besoins de l'enfant. Ce concept intègre celui de « *mère suffisamment bonne* », et de « *préoccupation maternelle primaire* » celle – ci faisant partie de l'environnement de l'enfant. La préoccupation maternelle primaire désigne l'état d'hyper écoute de la mère pour son enfant, et de sa capacité à répondre aux besoins de son enfant. Lorsque l'environnement est défaillant face à la demande de l'enfant, cela aura pour conséquence d'entraver le développement psycho affectif de l'enfant. « Le moi représente ici une somme d'expériences. Le self de l'individu débute par une somme d'expériences [...] passage de l'activité au repos, acquisition progressive de la capacité d'attendre de se remettre des annihilations celles – ci résultant des réactions aux heurts avec l'environnement. C'est pourquoi l'individu a besoin pour un bon départ de l'environnement spécialisé que j'ai appelé « la préoccupation maternelle primaire ». (Winnicott, 1958, 291). Lorsque l'environnement ne répond pas de façon adaptée aux demandes de l'enfant, il ne peut pas apprendre à discriminer ses besoins et à les nommer. Pour Bruch (1973), il reste alors dans un flou concernant ce qui vient de lui et aura des difficultés à identifier les éléments se rapportant au domaine biologique, émotionnel, il restera donc en proie à la confusion. Il sera également en difficulté en ce qu'il s'agit de comprendre et d'interpréter ce qui vient de l'extérieur de sa personne. Par conséquent, le sujet va développer un « *moi aux limites diffuses* » (Bruch, 1973, 74).

Le trouble alimentaire entretiendrait donc une étroite relation (de causalité?) dans un dysfonctionnement des liens précoces et de l'accordage mère – bébé, provoquant par la suite une fragilité narcissique et entravant la construction d'un self stable.

### *Le stade du miroir comme origine des troubles alimentaires*

Bruch (1973) parle aussi du défaut de perception de l'image du corps que peuvent présenter les sujets TCA. En effet, les anorexiques comme les personnes obèses ont une relation dissonante avec l'image de leur corps : tandis que les anorexiques peuvent présenter une négation face à leur maigreur, les personnes obèses peuvent éviter au maximum de se regarder pour ne pas être confrontées à leur image. L'auteur nous rappelle que l'image du corps, est conditionnée par la perception des fonctions corporelles, les expériences motrices mais aussi par le contexte social et culturel. Il évoque la fascination du monde occidental pour la maigreur et par conséquent la



pression sociale subie par les personnes qui ne rentrent pas dans les standards de beauté. L'image du corps est en partie conditionnée par ce que nous renvoie le regard de l'autre.

Selon Lacan (1966) le stade du miroir se situe chez l'enfant, ou l'infans comme il le nomme, entre 6 et 18 mois. Ce processus correspond au moment où l'enfant se reconnaît dans le miroir, il peut alors rassembler toutes les expériences le constituant sous une gestalt, l'image spéculaire qu'il perçoit dans le miroir, et ainsi se représenter lui – même comme sujet. Ce qui n'était pas le cas avant ce moment précis où l'infans ne se vivait alors que comme un corps morcelé vivant des expériences distinctes bonnes ou mauvaises. Lacan (1966) nous dit que la reconnaissance de sa propre image par l'enfant le fait jubiler, et pense ce phénomène comme l'avènement de la fonction du Je, c'est à dire du sujet qui se pense lui – même en une unité. L'auteur considère que le sujet jubile, que le corps de l'infans est alors pulsionnellement occupé par la jouissance d'embraser son image spéculaire.

Dolto (1984) préfère parler de castration symboligène. De son point de vue, cette assomption du sujet, comme elle le nomme, par le reflet dans le miroir enferme l'enfant. A l'instar de Lacan qui y perçoit une jubilation de l'enfant face à son image scopique, Dolto(1984) y voit une expérience douloureuse de castration où l'enfant ne peut plus s'imaginer et croire être autre puisqu'il a été saisi par son image scopique. Pour Dolto (1984), le stade du miroir n'est pas un début mais la fin de l'imaginaire sans limite de l'enfant enfermant sa créativité imaginaire lors de la découverte de son reflet. Elle parle notamment lors de cette inscription dans le corps face au miroir d' « individuation narcissique prémoïque ». (Dolto, 1984, 150).

L'aliénation de l'enfant par son image spéculaire ne peut avoir lieu sans un tiers. En effet, l'enfant ne peut s'approprier sa propre image qu'en l'opposant à l'image d'un autre qu'il perçoit au même moment, il a besoin de cet autre symbolique pour se constituer sujet.

Cet autre est souvent l'un des deux parents qui le porte à cet instant ou l'accompagne et le nomme dans le miroir. L'enfant voit alors le parent et son reflet dans le miroir, ainsi que son reflet à lui et c'est alors qu'il s'approprie sa propre image et devient sujet. L'autre symbolique joue ici un rôle primordial car c'est dans son regard d'abord que passe l'image du corps de l'enfant, et en le nommant l'enfant prend conscience de son unité corporelle et s'identifie. C'est la prise de cet autre symbolique qui introduit l'enfant à son image et qui permet ce que Lacan (1966) appelle l'*incorporation signifiante*. Cosenza (2014) nous dit que Lacan pense que le symptôme anorexique trouverait son étiologie dans la défaillance du mécanisme d'incorporation signifiante survenant lors du stade du miroir. Les fragilités narcissiques de l'anorexique ne seraient alors que le devenir du défaut d'inscription du sujet dans son corps. L'incorporation signifiante est source de jouissance pour le sujet, jouissance qui empli le corps du sujet et tend à se réguler, élément manquant dans la problématique de l'anorexique dont le symptôme surgira à l'adolescence. Lacan propose alors, selon

Cosenza (2014), de penser le syndrome anorexique du côté d'une relation conflictuelle entre le corps pulsionnel du sujet et l'Autre symbolique, plutôt qu'en terme de moi défaillant confronté à la réalité.

### De la réactualisation du conflit œdipien à la relation de dépendance

Le syndrome anorexique, lorsqu'il n'est pas réactionnel, ne se présente sous sa forme rigide qu'à deux périodes de la vie à savoir lors des premiers temps de la vie où s'organisent les pré-objets et au moment de l'adolescence, à la réactivation de la problématique œdipienne. La période adolescente amène à un réaménagement des imagos parentaux imposés par une maturation du corps qui ouvre un possible accès à une sexualité génitale. Il se met alors en place une recherche d'identité liée à ce nouveau corps, ainsi qu'une perte des modes d'investissements objectaux établis pendant la latence. Les patientes anorexiques présentent des difficultés d'introjection et d'incorporation qui selon Kestemberg *et al.* (1972) viendraient pointer du doigt un défaut d'élaboration de la problématique œdipienne. Selon Petot (2003), l'incorporation implique l'acte d'absorber l'objet en soi et de le détruire pour jouir de ses qualités. « Elle [l'incorporation] conserve en effet les traits de l'ingestion d'aliments : plaisir oral, destruction de l'objet et assimilation de sa substance à celle du sujet ». (Doron *et al.*, 2003, 373). Selon Pujol (2003), le mécanisme d'introjection consisterait à s'approprier de manière inconsciente les qualités d'un objet en les faisant siennes. (*op cit.*, 2003, 398). Autrement dit, les sujets anorexiques éprouveraient des difficultés dans la relation de plaisir à la nourriture et au symbolisme qui l'accompagne, c'est à dire aux tenants et aboutissants de la relation mère – enfant. Ces dernières justifient le refus de se nourrir par un rejet de l'image de leur corps qui ne leur plaît pas. Ce corps qu'elles rejettent, est potentiellement celui qui pourrait séduire le père. Le sujet présente ce corps comme un sceptre de pouvoir à leur merci. Il est confronté à une possible angoisse dissonante qui surgirait face à l'image du corps différent de la mère. La mère est alors perçue comme omnipotente, d'une puissance dépassant la dialectique de l'être ou de l'avoir, ni homme, ni femme, elle est au dessus de cela.

Cependant, nous devons aussi nous questionner sur la place du père dans la période pré œdipienne. Le père doit exister dans le regard de la mère lorsque l'enfant la regarde, le tiers doit être présent dans son esprit selon Corcos (2005). A cette occasion, Israël (1994) nous dit que le père « choisi » par la mère doit être « insuffisant, jamais assez père », mais pas non plus mère ou objet partiel de la mère, pour qu'un espace où le sujet puisse se construire advienne. Le fait que le père soit présent dans l'esprit de la mère, permet de mettre de la tiercéité dans cette relation fusionnelle mère – enfant. Le père vient nommer les défauts de la mère et ainsi la démystifie. Le symptôme anorexique viendrait donc pointer un dysfonctionnement du couple parental toujours pour Corcos (2005).

Finalement, la mère ne peut occuper cette place de mère dévorante décrite par Kestemberg *et al.* (1972) qu'avec la contribution du retrait paternel évoqué par Corcos (2005).

La nature de la relation mère – père est construite autour des cicatrices de l'enfance pouvant contenir des éléments œdipiens non élaborés. Ces éléments peuvent orienter la relation des parents avec leur enfant. Des rapprochements avec l'enfant en lien avec ses éléments peuvent s'opérer, l'enfant se trouvant dans l'incapacité de comprendre ce qui se joue, va se retrouver dans une position médiane au centre de la rivalité, l'incitant à prendre parti pour l'un des deux parents contre l'autre. Souvent l'enfant va être du côté de sa mère, la percevant comme plus fragile et participera donc à la mise à distance du père. Le père ne trouvant pas sa place dans cette union fusionnelle, il ne peut faire tiers et l'enfant aura des difficultés à se construire un soi capable de se désengager du narcissisme primaire lié à la mère, à savoir cette omnipotence du nourrisson où lui et la mère ne font qu'un. Le moi de l'enfant restera confus, aux prises et ombragé par celui de la mère. Il s'agira d'une mère phallique prédominante et d'un père dont le féminin est prévalent. Ce dernier aura alors tendance à glisser vers une fonction maternante plutôt que limitante, cette dernière faisant alors défaut. La place du tiers qui n'a pu s'opérer lors de la période pré – œdipienne, vient s'actualiser dans la relation triangulaire où le père ne peut occuper sa fonction limitante (Corcos, 2005). L'adolescente en recherche de cadre face aux changements multiples subis à cette période, se trouve livrée à elle – même. Face à la réorganisation tant corporelle que psychique qu'implique cette période de maturation, et compte tenu de ses ressources identitaires, l'adolescente va trouver comme seule alternative accessible la solution anorexique ou boulimique pour exprimer sa difficulté à trouver sa place. Nommons alors le complexe de castration où le pénis est toujours désirable mais où le sujet se le refuse car cela signifie que l'objet de son désir est extérieur à lui. Le sujet est donc confronté au manque d'un quelque chose qu'on a pu lui enlever, qu'il a déjà pu avoir. La différenciation des sexes est alors impossible car le sujet ne peut concevoir le non – avoir, l'adolescent est alors face à un sentiment d'incomplétude le prédisposant aux relations de dépendance (Kestemberg, 1972).

A ce propos, la relation à la nourriture de la personne anorexique ou boulimique peut être considérée comme une dyade toxicomaniaque (Jeammet, 2012). La personne boulimique ne peut pas s'empêcher d'engloutir des quantités de nourriture lorsque le manque se fait sentir, c'est compulsif. L'anorexique quant à elle est dépendante de son sentiment de contrôle sur son corps et sur le rapport qu'elle entretient avec la nourriture. La satisfaction de ses exigences de perfection et de maigreur lui procure une jouissance qu'elle cherche à réitérer. Notons tout de même que les sujets présentant des troubles alimentaires diffèrent dans leur fonctionnement psychologique des toxicomanes au niveau de leur idéal du moi selon Brusset (1998). L'anorexique possède un idéal du

moi de perfection qui l'incite à un refus catégorique de manger, à un retrait de la libido des objets externes vers le moi et à passer sous silence la sensation de faim et l'appétit. Elle s'impose des contraintes drastiques quotidiennes au nom d'une perfection (inatteignable) dictée par un idéal du moi souverain. A la mesure de son désir vécu comme dangereux, doit peser une volonté souveraine qui s'exprime dans le refus de s'alimenter et dans la quête de l'amaigrissement. Au contraire, l'idéal du moi du toxicomane n'est pas érigé comme souverain dans sa psyché. Le toxicomane n'est pas soumis à ce besoin de « contrebalancer sa faiblesse » par une exigence surmoïque tyrannique comme peut l'être l'anorexique.

Les sujets atteints de troubles alimentaires ont envie d'une relation avec autrui plus que tout, ils ressentent un besoin du lien à l'autre. Ils occupent alors une position ambivalente à la fois aux prises avec la peur de souffrir et de perdre ce qui pourrait advenir de positif dans la relation et dans le même temps ils appréhendent l'intrusion de l'autre. La rigidité du système mis en place par ces patients vient signaler leur peur de laisser émerger les émotions, la passivité, la dépendance à l'autre, le risque destructeur des objets et la perte de soi (Brusset (1998). La stabilité de ces personnes dépendrait en partie de leur entourage, pour qu'elles puissent étayer leurs compétences qu'elles ressentent comme défaillantes. Elles sont toujours dans la recherche du regard et de l'attention de l'autre. Ces personnes méconnaissent la dimension affective de l'autre de la même façon qu'elles ne saisissent par leurs propres désirs. Pour Jeammet (2012), mais aussi Bruch (1973) les anorexiques et les boulimiques auraient eu dans leur enfance une expérience de non reconnaissance de leurs attentes et de leurs besoins, les empêchant par la suite, de discriminer et de reconnaître à leur tour de façon autonome leurs besoins.

Rappelons que la bouche est une des premières zones érogènes sollicitée notamment par la tétée, elle est également un interstice entre le dedans et le dehors. De plus, elle s'inscrit comme zone de plaisir dans la sexualité génitale future. La sollicitation de cette zone érogène durant la tétée procure un plaisir additionnel à celui d'être nourri, que Freud (1905) a appelé la prime de plaisir. Celle – ci va permettre à l'enfant de patienter jusqu'à ce que la nourriture vienne en suçant une tétine ou son pouce par exemple. L'enfant va peu à peu faire sien ce plaisir relationnel, lui permettant de mettre l'autre à distance et de quitter à son rythme le lien de dépendance d'avec la mère. Ainsi, l'enfant apprend à son rythme à se séparer en comptant sur ses compétences relationnelles qu'il a pu développer pendant son lien précoce à la mère, et en fonction de la manière dont celle – ci a répondu à ses attentes.

Par conséquent, on peut concevoir la relation de dépendance qu'entretient le sujet atteint de TCA à

la nourriture, et percevoir la nourriture comme un objet transitionnel<sup>1</sup> pathologique (Corcos, 2005), c'est à dire un objet transitionnel qui ne remplit pas sa fonction à savoir qui « laisse place au processus qui aboutira à l'aptitude à accepter les différences et les similitudes ». (Winnicott., 1969, 175). L'enfant expérimentera la fiabilité de cet objet et passera d'une expérience perceptive interne corporelle indifférenciée d'avec le corps de la mère à une expérience avec un premier objet moi – non – moi. Cet objet permet l'accès aux fantasmes, à l'imaginaire et à la réalité pour l'enfant. L'objet transitionnel permet un début de mentalisation et de symbolisation. Le sujet présentant des troubles alimentaires serait alors en proie à une difficulté de symbolisation, le ramenant donc à répéter son comportement pathologique à la nourriture, qui tient place d'objet transitoire selon Mc Dougall (2001). Le symptôme alimentaire pensé comme relation de dépendance suggère d'un besoin de combler par la nourriture le manque laissé par une introjection défailante du bon objet selon Corcos (2005). De ce point de vue, les troubles du comportement alimentaire seraient l'indice témoignant d'une défaillance de la constitution d'un espace transitionnel. L'anorexique comme la boulimique montreraient dans leur rapport à la nourriture la quête de cette fusion mère-enfant, de ce bon objet qui n'a pu être introjecté. Ainsi, sans avoir intériorisé le sentiment de sécurité grâce à la relation avec la mère dans les premiers temps de la vie, le processus d'identification est endommagé construisant un moi narcissiquement fragile dans ses fondements. L'anorexique dans son refus de nourriture éprouve le corps dans une recherche de sensations corporelles (de faim, de manque, de peau commune ?), elle réactualise une demande d'amour et de soin.

Dans un versant plus passionnel, la boulimique cherche à colmater ce manque ressenti de l'objet grâce à l'ingestion d'aliments, le temps d'une crise. L'expulsion par le vomissement viendra souligner la peur de détruire l'objet et dans le même temps le rejet affectif de celui -ci, de cet objet qui blesse par son absence. On peut penser les traces d'automutilations fréquentes chez ces patientes, en les mettant en lien avec la défaillance du processus de séparation (corporelle ? Fantasme de peau commune?) qui va de pair avec le processus d'identification et d'individuation, comme le suggère Corcos (2005). Nous pouvons aussi nous questionner sur l'activité sexuelle de ces patientes (*cf. annexes*), se présentant souvent comme conduites à risques, Corcos (2005) formule l'hypothèse que ce qu'elles infligent à leur corps a pour but la recherche de la réminiscence des éprouvés corporels du temps de la fusion maternelle.

### De la prévalence de la féminité dans la pathologie alimentaire

Force est de constater qu'une grande majorité des patients atteints de troubles alimentaires demeurent des femmes. Nous pouvons donc nous questionner sur les raisons qui font que les

---

1 . Concept développé par Winnicott, DW (1956). L'objet transitionnel est « la première possession moi-non-moi ».

femmes sont bien plus sujettes à ces pathologies que les hommes.

Le symptôme alimentaire pourrait venir signifier une transmission particulière du féminin. Le concept de la troisième femme selon Corcos (2005), nomme un enchevêtrement des relations entre la patiente, la mère et la grand – mère maternelle, où les rôles de chacune sont confondus. La mère formulerait à sa fille une demande de réparation face aux cicatrices laissées par la relation avec sa propre mère. La fille se sentirait perdue entre ses deux femmes qui la précèdent, son identité fragilisée par les attentes de sa mère, attentes finalement adressées à sa propre mère. La fille verrait dans sa relation avec sa grand-mère une possibilité de mieux comprendre sa mère, d'en saisir l'insaisissable contradiction. La mère serait alors aux prises avec l'amour ou le rejet tantôt qu'elle verra en sa fille son enfant ou sa mère. Les mères des patientes auraient grandi auprès de mères rigides, aux prises avec une certaine image de la féminité réprimée laquelle aurait influencé l'éducation donnée à leurs filles. Les mères n'ayant alors pu élaborer, construire et s'approprier leur propre féminité aurait passé ces éléments sous silence psychiquement. Elles n'ont pu trouver d'espace auprès de leur mère pour échanger autour de la féminité du corps et de leur sexualité.

Le corps en pleine mutation de la fille adolescente réactualise alors ces éléments non élaborés dans la relation mère – fille. Ce qui a été traité sous le signe de l'inhibition chez la mère fait irruption sous forme de l'agir chez l'adolescente. Nous pouvons aussi penser que la patiente anorexique en rejetant les traces corporelles de la féminité, cherche à retrouver son corps de la latence comme le suppose Brusset (1998), ce corps presque asexué à l'instar de celui de la puberté, évitant ainsi de se confronter à l'incarnation d'une possible sexualité génitale et à la différence des sexes. L'anorexique ne peut intégrer l'ambivalence pulsionnelle, le deuil de la fusion d'avec la mère est donc impossible, elle ne peut élaborer la séparation.

### Synthèse

Il semble que les sujets souffrant de troubles alimentaires présentent une fragilité narcissique et identitaire, et des difficultés de symbolisation plus ou moins partielles. Les liens précoces à la mère sont très souvent invoqués dans la genèse des troubles. Quelque chose qui aurait dysfonctionné dans l'accordage mère – bébé ferait le lit des troubles alimentaires à l'adolescence. L'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie évoqueraient quelque chose qui a manqué au sujet pour pouvoir se construire un self solide avec un sentiment de sécurité interne stable. L'oralité, lieu privilégié de la réalisation des symptômes convoque le corporel, le sexuel infantile mais aussi le génital qui advient à l'adolescence. La maturation corporelle de l'adolescent implique une évolution des rôles et des perspectives de chacun dans la famille, provoquant une réorganisation des investissements sur les différents objets, et une réactualisation de l'œdipe.

### III Du rôle étiologique de la famille dans les pathologies alimentaires à la famille compétente, partenaire thérapeutique

Nous nous donnons comme ligne directrice ici de raconter les apports des approches familiales sur le fonctionnement psychologique du sujet atteint de TCA et du fonctionnement familial dans lequel il s'inscrit. De plus, nous avons commencé dans la partie précédente à évoquer l'aspect transgénérationnel de ce trouble et il sera question ici d'approfondir quelques travaux de l'approche transgénérationnelle afin de mieux en saisir les enjeux.

#### La famille psychosomatique, ou profil du système familial anorexique

Cette approche part du postulat que la vie psychique d'un individu n'est pas constituée uniquement de processus internes. L'individu est en constant échange avec son environnement. Il influence son contexte d'existence et le contexte d'existence influence également l'individu dans ce qu'il est, et dans son comportement. Dans cette approche, l'individu est donc replacé à l'intérieur du système familial avec lequel il doit s'adapter et composer. Le groupe famille fonctionne avec des règles et des principes dont chaque membre doit s'accommoder. Ces règles sont les caractéristiques de fonctionnement du système qui se sont construites à l'issue des effets des actions des différents membres. Le fonctionnement du système émerge du système lui – même. L'individu lui – même peut être approché comme sous – système, néanmoins il est indispensable de considérer le tout. Tous changements qui impactent le système familial impactent chacun des membres tant dans leur comportements que dans leurs processus psychiques internes.

Concernant notre sujet d'étude, la « famille psychosomatique » correspond à la structure familiale des patients souffrant de troubles alimentaires et en particulier d'anorexie selon l'approche structurale de Minuchin (1978). Un fonctionnement familial défaillant peut provoquer l'émergence des troubles somatiques chez la patiente. Celle – ci par son maintien du symptôme participe à son tour à l'homéostasie du système familial en permettant à la défaillance du système de perdurer.

Il existe différentes caractéristiques chez les familles de patientes anorexiques.

L'enchevêtrement définit des relations entre les membres de la famille où les frontières et les rôles de chacun des membres ne sont pas très clairs provoquant ainsi une mauvaise différenciation interpersonnelle. Ce type de fonctionnement se retrouve sur différentes générations, pouvant favoriser des alliances intergénérationnelles pathologiques. Ces familles ont un partage très particulier des émotions, des valeurs. Il s'agit d'une loyauté au groupe familial et d'une cohésion familiale très prononcée (Selvini – Palazzoli, 1979).

Dans les familles d'anorexiques, on retrouve souvent une rigidité caractéristique du fonctionnement de ces familles. La dimension d'adaptabilité de la famille est ainsi quasi gelée rendant tout accès au changement extrêmement difficile. Cette rigidité maintient la famille de l'anorexique dans ses transactions pathologiques habituelles. L'homéostasie, c'est à dire l'équilibre familial où la force de non changement règne, exclue et évite les conflits par peur de l'éclatement du système. Il y a donc une mise en avant des émotions positives, de l'harmonie familiale et de la tendance au consensus, ne laissant aucune possibilité d'expression pour les affects négatifs tels que la colère ou l'envie. Ce contrôle pulsionnel des émotions permet l'homéostasie familiale. Cette volonté de correspondre à la norme et de maintenir l'équilibre et l'harmonie familiale s'accompagne très souvent de grandes exigences professionnelles et intellectuelles. Ces familles présentent également une surprotection des membres du système les uns envers les autres. Ils sont à l'affût du moindre signal indiquant une tension ou un conflit qui puisse venir troubler l'ordre familial. Cette protection prend une forme circulaire (Minuchin 1978) c'est à dire que chacun des membres de la famille se protègent tout à tour. Les parents surprotègent leur fille empêchant sa maturation et son autonomie. La patiente par ses troubles répond à l'attention des parents et bloque ainsi toute possibilité de changement familial. La non résolution des conflits est une tendance observée qui permet de sauvegarder l'équilibre familial. Chacun des membres met en place des stratégies d'évitement des tensions. Ces mécanismes sont constamment réactivés par les conflits non résolus qui menacent de faire irruption dans l'équilibre pathologique familial. Le système familial se comporte comme si il ne possédait pas assez de ressources pour survivre aux conflits et s'adapter. On pourrait dire qu'un « barrage familial » se met en place dès qu'une tension ou un conflit pointe à l'horizon. Cette tendance renforce d'ailleurs la rigidité de fonctionnement du système. On observe une grande tendance dans la famille à se sacrifier (Selvini – Palazzoli, 1979). Cette tendance sacrificielle chez les femmes peut devenir un critère de fonctionnement familial. Parfois même une rivalité autour du sacrifice entre les femmes de la famille sur plusieurs générations peut s'observer, établissant cette tendance sacrificielle chez les femmes comme un critère de fonctionnement familial, faisant de la patiente la meilleure en la matière. Ce type de fonctionnement entrave les processus d'individuation. Il a été repéré une forte affiliation à un sentiment de justice dans ces familles. Cette tendance est nourrie par un comportement parental qui se veut strictement égalitaire dans le traitement des enfants de la famille. Cet intérêt pour la justice combiné à la forte cohésion familiale empêche des alliances ou coalitions intrafamiliales, et la reconnaissance de traitements différents envers les membres, phénomènes présents et naturels dans toutes les familles (Selvini – Palazzoli, 1979).

Par ailleurs, la patiente est souvent impliquée dans une triangulation qui convoque le couple parental. Il existe trois formes de triangulations : soit les parents étouffent leurs problèmes de



couple sous une alliance protectrice contre la pathologie de leur enfant, soit les difficultés du couple débordent sur le rôle parental et s'expriment au travers des conflits autour de la prise en charge de la patiente, ou alors la patiente crée une alliance avec l'un des deux parents. Finalement, la patiente au travers de son symptôme vient exprimer qu'elle sert de régulateur de l'homéostasie familiale. Par ses troubles, elle permet de déplacer l'attention familiale et de nier les dysfonctionnements, renforçant ainsi son symptôme.

Les différents critères énoncés précédemment impactent la dynamique du couple parental qui aura d'ailleurs tendance à davantage investir son rôle de couple parental à défaut du couple conjugal. Les différentes coalitions intergénérationnelles possibles peuvent rendre complexe la cohérence du rôle hiérarchique qu'occupe le couple. Paradoxalement les particularités de ces familles que l'on vient d'énoncer peuvent participer à une stabilité conjugale

La famille de l'anorexique, mais peut – être peut – on élargir ces résultats à la famille du sujet porteur de TCA, semble être une famille extrêmement nouée aux niveaux des relations, avec la mise en place de différentes stratégies afin de maintenir ce climat relationnel. Il semblerait que ce soit dans cette dynamique familiale que la pathologie peut émerger. Le sujet étant coincé dans un système relationnel fermé et autoritaire, il développe le symptôme alimentaire en vue de symboliser ce qui ne fonctionne pas dans le système.

#### **De la famille pathogène à la compétence des familles**

Ces approches (Minuchin (1978), Selvini – Palazzoli (1979)) qui ont eu le mérite de déplacer l'axe de compréhension de la maladie au niveau familial ont très souvent eu comme critique de culpabiliser les familles en leur conférant un rôle étiologique dans l'origine des troubles, la plaçant ainsi comme famille pathogène. Bien que le contexte familial peut jouer un rôle dans l'apparition de ces pathologies, aujourd'hui nous savons que la famille joue davantage un rôle dans le maintien et dans l'évolution des troubles (Cook – Darzens, 2014). L'émergence de troubles alimentaires est plutôt due à différents facteurs sociaux, psychologiques, culturels... Compte tenu de ces données, on peut se demander pourquoi la pratique sur le terrain continue à être tournée vers une vision pathogène de la famille. En France, la parentectomie (le fait de séparer le patient de sa famille) est encore couramment pratiqué. Cette coupure au tout départ visait à séparer le patient de son environnement familial considéré comme néfaste et responsable de la pathologie. Aujourd'hui, cette pratique se justifie par la séparation symbolique qu'elle permet de provoquer. Ainsi, les dynamiques familiales se dessinent plus clairement et la mise à distance rend possible le recul de chacun sur la situation. Il semblerait qu'il y ait par ailleurs une relation entre le style d'attachement et la pathologie alimentaire (Cook – Darzens, 2014). Le style d'attachement serait davantage un

facteur de maintien de la pathologie plus qu'un facteur étiologique. Les sujets présentant des troubles alimentaires auraient un style d'attachement de type insécure, évitant et anxieux (patterns A et C). Il y aurait des similarités entre les styles d'attachement des parents et des enfants. Cook – Darzens (2014) cite les travaux de Ward (2000) formulant l'hypothèse qu'il y aurait des « difficultés de traitement émotionnel » dans la famille, qui concerneraient plus particulièrement les femmes de la famille. Ces difficultés se transmettraient de mères en filles.

La pluralité des thérapies familiales existantes et leur efficacité concernant les TCA posent question. Selon la nature du trouble, la durée, la présence ou non d'une psychopathologie chez les parents, l'âge du patient, le choix thérapeutique sera différent. Ainsi pour les adolescents atteints de troubles alimentaires la thérapie familiale la plus efficace est la FBT (Family – Based Treatment) ou la thérapie d'orientation familiale, appelée aussi la méthode de Maudsley (version manualisée 2001).

Cette méthode est employée auprès de patients adolescents, après une période d'hospitalisation pour renutrition. La méthode s'inspire de l'approche systémique et structurale. Elle contient également des éléments psychoéducatifs, stratégiques et psychanalytiques.

Il va être question d'aider les parents à récupérer un sentiment de compétence et à reprendre le contrôle face aux symptômes alimentaires de leur enfant. Le pique nique familial est une méthode préférée à celle du repas thérapeutique de Minuchin (1978), jugée trop abrupte. Pendant ces temps, les parents seront accompagnés dans un travail « d'adaptation thérapeutique » à leur enfant, à ajuster des « attitudes parentales potentiellement anti thérapeutiques » (Cook – Darzens, 2014, 106). Un travail de reconnaissance et de formulation des émotions est engagé auprès de chacun des membres de la famille. L'originalité de ce modèle réside dans la possibilité de deux thérapies familiales possibles à savoir séparées ou conjointes. Dans le premier cas, le même thérapeute rencontre de façon séparée la patiente d'une part et d'autre part sa famille. Dans le second, il rencontre toute la famille. Ce choix s'applique en fonction de la situation familiale, de la patiente et de l'expertise de l'équipe soignante. Dans tous les cas, le travail visé par la thérapie familiale qu'elle soit conjointe ou séparée, est d'accéder aux différents points d'équilibre et de création de la pathologie et de son maintien. Pour ce faire, après avoir atténué les symptômes de la patiente, il sera abordé différents thèmes qui concernent la vie et le quotidien de la patiente et de la famille. Par conséquent, le travail thérapeutique consistera à affaiblir, voire à détériorer des modes d'interactions dans le système patient – pathologie - famille, et à soutenir le réaménagement du système familial. Finalement, nous reprendrons les mots d'Ausloos (1995) pour imaginer ce qu'est la compétence des familles « La famille possède l'information qui fera la différence entre la mort et la vie ». (Ausloos, 1995, 123).

## De l'approche familiale intergénérationnelle et transgénérationnelle

Il existe différentes approches familiales traitant de l'aspect générationnel des familles et de la transmission. Nous ne pouvons vraisemblablement pas toutes les développer dans ce travail. Cependant, nous avons choisis de décrire ici les travaux de Bowen (1978). Cette théorie illustre la complexité des liens familiaux et la difficulté de repérer le rôle potentiel de la transmission générationnelle dans les familles et dans l'existence d'une pathologie.

Bowen (1978) a mis au point une théorie des systèmes familiaux, la BFST (Bowen Family System Theory). Pour qu'un individu soit mentalement équilibré, il faut qu'il soit « correctement » individué c'est à dire qu'il est atteint un niveau suffisant de différenciation d'avec sa cellule familiale. L'auteur conçoit la famille comme une unité émotionnelle où chacun des membres s'influencent. Le fonctionnement d'un des membres implique le fonctionnement de l'autre. Lorsqu'un symptôme apparaît dans une famille, pour Bowen (1978) c'est un indice de dysfonctionnement du système, un débordement d'angoisse qui n'arrive pas à être traité par le système familial. Cela démontre qu'il y a des interactions des forces de vie, que le système lutte, c'est une tentative de résolution de la difficulté que vit le système.

Pour cet auteur, le processus de différenciation du soi et l'angoisse (chronique et/ou aiguë) sont les deux variables qui impactent le plus le système émotionnel humain. Il fait d'ailleurs une distinction entre le système émotionnel et le système affectif. Le système émotionnel serait inconscient et hors de contrôle de l'individu, tandis que le système affectif serait un pont entre le système émotionnel et le système intellectuel.

Le niveau de différenciation du soi revient au niveau de fusion ou de mélange avec la famille. Lorsque deux personnes de la même famille se rapprochent elles créent un soi commun, appelé *unité émotionnelle familiale* ou *masse moiïque familiale différenciée*. Dans l'absolu lorsque le sujet a atteint la maturité il forme une unité émotionnelle complète. Il est ainsi capable d'établir et de maintenir les frontières de son soi en présence des membres de sa famille, sans que son moi se confonde avec les autres. Ce processus de différenciation du soi s'opère au fur et à mesure dans la cellule première parent – enfant. Il se joue entre les parents et l'enfant et de l'enfant aux parents. C'est une construction commune, que l'on peut rapprocher du style d'attachement de Bowlby (1978). Il est propre à chaque famille, et est soumis à la transmission générationnelle. Cela indique que les parents vont pouvoir se différencier de leur enfant en fonction du processus de différenciation qu'ils ont eux – même pu vivre avec leurs propres parents et par conséquent de leur propre degré d'autonomie dans la relation avec leur parents.

L'angoisse est l'un des éléments prédominant de la vie émotionnelle du sujet. Elle se distingue en deux sortes : l'angoisse aiguë et l'angoisse chronique. L'angoisse aiguë correspond à une menace

réelle qui provoque des réactions psychophysiologiques plus ou moins sévères et intenses selon les individus. Ce type d'angoisse diffère selon le stimulus et l'individu. A contrario, l'angoisse chronique relève davantage de l'imaginaire et non d'une menace réelle. Elle se manifeste lorsque l'individu a peur que quelque chose arrive. Cette angoisse peut conditionner l'organisme à une sensibilité particulière et à des comportements automatiques. Elle se construit également dans les interactions que l'individu et son organisme ont avec leur environnement. Cette angoisse teinte également la perception que l'individu a des échanges avec le contexte dans lequel il se trouve. L'angoisse chronique est soumise à la transmission générationnelle, et qu'elle influence à l'insu de l'individu son système émotionnel. La famille est un lieu où peut se transmettre cette angoisse chronique sous différentes modalités. Le système de relations établi entre les parents et l'enfant suffit la plupart du temps à expliquer la transmission de ce type d'angoisse. Lorsque l'angoisse prédomine dans un système et le déborde (apparition de symptôme), on voit apparaître de façon presque automatique un mécanisme de triangulation. Cela se nomme un triangle relationnel mais plus précisément une dyade avec un tiers. Lorsque l'angoisse devient insoutenable dans la dyade il est fait appel à un tiers. Les familles sont peuplées de différents triangles. Un même membre de la famille pouvant être impliqué dans différents triangles. Ces triangles sont construits autour de différents éléments et s'activent ou se désactivent en fonction du contexte et du seuil d'angoisse. Chacun des membres s'investit dans une dyade, ou un triangle à hauteur de son niveau de différenciation. Le triangle a pour fonction d'avertir la montée de l'angoisse et dans le même temps de la réguler, de l'évaporer. Lorsqu'un triangle échoue dans ses fonctions d'absorption de l'angoisse, des triangles additionnels s'activent, on parle de triangles imbriqués.

Par ailleurs, les membres de la fratrie peuvent avoir de façon indépendante un niveau de différenciation du soi supérieur, inférieur ou égal à celui de leur parent. Les membres ayant un bas niveau de différenciation sont plus exposés à l'angoisse chronique et à l'immaturité. Plus sensibles aux personnalités des parents, cette sensibilité se retrouvera dans leurs relations futures, cela s'appelle la projection familiale.

D'autre part, le processus émotionnel dans la famille nucléaire (à contrario de la famille d'origine, celle de chacun des parents), désigne la manière dont le couple parental et la famille nucléaire gère les difficultés qui peuvent être liées à ce que l'auteur nomme l'*attachement émotionnel irrésolu*, à savoir le reste d'attachement qui n'a pas été traité, et qui dépend de l'enfance de chacun. Le mode de fonctionnement émotif des familles nucléaires est influencé par les générations précédentes. Le couple parental est composé de deux partenaires qui ont chacun leur niveau de différenciation plus ou moins semblables. La famille s'organise émotionnellement autour de l'équilibre des forces de cohésion mais aussi des forces d'autonomie et d'individuation. Lorsque des difficultés liées à

l'attachement émotionnel irrésolu surviennent, notamment dans les familles très angoissées, la famille peut réagir sous quatre configurations émotionnelles.

Les conjoints peuvent réagir en mettant une distance émotionnelle dans leur relation. Ils désinvestiront le couple en ayant le moins de contacts possibles pouvant aller jusqu'à la séparation. A l'inverse, les partenaires pourront établir le conflit conjugal comme mode de relation. Il s'agit d'un fonctionnement conflictuel à l'autre. Chacun des protagonistes renvoyant la faute sur l'autre sans jamais qu'un seul des échanges fassent avancer les difficultés de façon constructive revenant inévitablement à un statu quo.

Sinon, l'un des conjoints se désengage de son rôle de leadership parental, laissant à l'autre un pouvoir décisionnel à sa charge de plus en plus grand. A l'excès, ce fonctionnement peut provoquer chez le partenaire désengagé de ses responsabilités, des troubles émotionnels, physiologiques ou sociaux. L'auteur appelle cela un processus bipolaire où une partie du système récupère exactement ce qui est perdu de l'autre côté.

Cependant, cela peut aussi prendre la forme d'une projection du problème sur un enfant. Sollicitant les tensions du couple parental, l'enfant se retrouve au milieu des affects parentaux. Cette modalité convoque aussi l'instinct maternel liée à la grossesse et à l'éducation de l'enfant. On remarque alors un triangle où s'entremêlent les rôles parentaux, les rôles des amants. L'enfant faisant office de catalyseur qui détourne l'angoisse et maintient l'équilibre de la dyade parentale.

La place occupée dans la fratrie est importante, et interagit sur le fonctionnement familial. La relation que les parents entretiennent avec leurs enfants sont en partie teintées des expériences qu'ils ont partagées avec leurs frères et sœurs et la place qu'ils occupaient dans leur famille d'origine.

On peut trouver différents niveaux de différenciation dans une même famille. Cela s'explique grâce au mécanisme de projection familiale et à sa transmission multi générationnelle. Les individus moins différenciés auront tendance à transmettre un niveau de différenciation égal ou inférieur aux leurs, tandis que les membres fortement différenciés transmettront un niveau égal ou supérieur à quelques uns de leurs descendants. Ce concept explique comment on peut trouver dans la même famille mais dans des bras généalogiques différents des niveaux de différenciation différents qui s'accroissent ou décroissent.

En outre, certains sujets peuvent gérer les difficultés familiales par une coupure émotionnelle ou cut off qui correspond à une mise à distance. L'éloignement peut s'illustrer en terme de kilomètres ou même de continents différents mettant en avant la séparation physique. Le sujet étant toujours rattaché intimement et émotionnellement à sa famille. Cependant, d'une façon opposée mais non moins semblable au fond, le sujet peut rester physiquement proche de sa famille tout en désinvestissant émotionnellement les éléments compliqués. Le sujet semblera bien plus détaché et

indifférent qu'il ne l'est en réalité. Certaines personnes peuvent utiliser l'un ou l'autre ou les 2.

Enfin, le processus émotionnel dans la société s'apparente au processus émotionnel familial, transposé à l'échelle sociale voire mondiale. Dans la famille il y a des forces pulsionnelles, de vie et de mort qui s'affrontent. Le système familial essaye au mieux de réguler les tensions en vue de maintenir l'homéostasie. Ces processus émergent aussi au niveau national et mondial. La population étant en augmentation et les ressources de la planète diminuant, cela crée des angoisses auquel chaque groupe social est confronté selon sa position dans l'ordre mondial. Chacun des groupes est plus ou moins sensibles aux angoisses générées par les dynamiques mondiales et réagit aussi en fonction de son Histoire (transmission générationnelle). Bien que l'on puisse transposer les processus qui traversent la famille à un niveau mondial, les tensions et équilibres sociaux à l'échelle du monde, influencent eux aussi les fonctionnements familiaux des différents groupes sociaux et ethniques. Cette vision globale replace l'individu dans sa dimension de sujet interagissant dans/avec un environnement. Différents concepts nous permettent de mieux comprendre les dynamiques familiales et l'importance de l'environnement et des liens familiaux dans la construction de l'individu et de son soi. Selon cette théorie, on s'aperçoit qu'un individu hérite de bien plus d'éléments qu'il n'en a conscience, et que ces derniers influencent en grande partie son existence.

A cette occasion, nous pouvons citer Ancelin (2007) qui évoque la complexité des liens familiaux, la transmission et le transgénérationnel (éléments se transmettant de génération en génération) par le terme de psychogénéalogie. L'auteur propose par cette approche de mieux comprendre qui on est et d'où on vient. La technique du sociogramme consiste à reproduire son arbre généalogique en y ajoutant les faits et événements marquants (deuils, naissance, accident, incendie, mariage...). Cette discipline ne se concentre pas uniquement sur les faits négatifs. Un individu hérite de différents éléments et s'en saisit à sa manière. L'intergénérationnel est ce qui se transmet entre deux générations qui se côtoient. Le transgénérationnel est ce qui traverse les générations à leur insu : secrets, les non – dits, les tâches inachevées. Il a une influence sur la vie psychique des membres d'une famille sans qu'ils en aient conscience. Les éléments se transmettent par le biais des cauchemars par exemple ou par des dates d'événements spécifiques (deuils, mariage, accidents...) pouvant arriver un jour déjà marqué (le lundi de pâques, l'armistice). Ils peuvent également passer d'un individu à un autre par le biais des sensations : odeur, son, goût, vision... Cette approche de l'histoire familiale permet de situer l'individu dans un contexte psycho historique qui l'aide à mieux comprendre de quoi il est tributaire. Cette orientation jette un éclairage différent sur la psychothérapie et la psychanalyse. On peut retrouver des éléments transgénérationnels sur des dizaines de générations. L'auteur aborde les loyautés familiales conscientes et inconscientes qui expliquent que des choix et situations se répètent dans une même famille, qui n'est pas sans nous

rappeler la vision systémique exposée précédemment. L'être humain est un être social depuis le commencement de l'espèce et a survécu grâce à la survie du groupe. Un individu est poussé par son instinct à suivre et à reproduire le mode de pensée, et le mode de vie de sa famille. Même lorsqu'un individu agit à l'opposé de ses parents, il reste loyal par opposition et fait donc la même chose.

La question du « cadavre dans le placard » et les travaux de Torok et Abraham (1978) sur la crypte et le fantôme témoignent que certains éléments transgénérationnels (angoisses, affects...) peuvent être plus difficiles à porter que d'autres et s'accompagner d'une véritable souffrance car le sujet les ressentira comme étant sien. Cet aspect transgénérationnel de la dynamique familiale crée comme un clivage de la personnalité chez les membres de la famille. Une part d'eux sait de quoi il s'agit et l'autre l'ignore où n'a pas accès aux éléments. L'événement continue à agir au travers des générations et à produire une incidence dans la vie des descendants. Néanmoins, toutes les répétitions ne sont pas forcément l'indice d'un élément transgénérationnel. Enfin, les loyautés invisibles et la transmission transgénérationnelle d'un événement traumatique sont aussi souvent liées à des faits ou à un contexte historique comme des guerres, des épidémies, des conflits religieux... Ancelin (2007) illustre ce propos en citant l'histoire du Kosovo qui, selon elle, traverse des traumatismes répétés depuis 1389. Sous l'angle de la psychogénéalogie, ces conflits répétés viennent pointés du doigt des deuils et pertes non achevés qui continuent à influencer la vie et le destin du pays.

### Synthèse

La famille est passée du statut de coupable de la maladie à ressource pour la guérison du patient. On pourrait davantage parler d'une pathologie de la dynamique familiale. Le symptôme alimentaire avertit que le système familial est débordé par une tension, une angoisse et que son équilibre est en danger. Avec l'approche familiale, de nouvelles perspectives de compréhension des symptômes alimentaires émergent. Les méandres de la dynamique familiale sont aussi bien impactés par le contexte historique familial présent et passé, que par le transgénérationnel. Il en ressort que l'émergence d'un trouble alimentaire peut s'expliquer à l'aide de différents facteurs. Cependant, on peut s'accorder à dire que l'environnement familial du sujet porteur de TCA représente une aide pour la compréhension du trouble et sa guérison précieuse. Nous retiendrons donc que l'approche familiale dans le traitement des troubles alimentaires de l'adolescent est efficace. Dans ce cadre théorique, il faut comprendre dans un premier temps les patterns interactionnels de la famille, le sens du symptôme dans le système familial et travailler avec la famille en vue d'une résolution des symptômes.

## IV Problématique de recherche et hypothèse générale

A l'issue de cette revue des travaux, nous pouvons repérer différentes dynamiques individuelles et familiales. Le sujet porteur de TCA présente une carence affective et une probable défaillance de son sentiment de sécurité interne. Il possède des fragilités narcissiques toujours réactualisées dans la recherche de relation avec autrui. La difficulté de créer une relation sécurisée à un niveau intime avec autrui parle d'une incapacité à différencier les places de chacun et à s'autoriser l'investissement d'un autre qui sera alors en place et lieu de faire souffrir le sujet. Il semblerait que le sujet adolescent atteint de troubles alimentaires n'ait pas pu faire le deuil affectivement de quelque chose qui a dysfonctionné dans la relation antérieure d'avec son environnement familial maternel. L'oralité comme lieu d'expression du symptôme fait référence à la relation première de plaisir dans le lien privilégié d'avec la mère. Une mère parfaite qui aurait répondu parfaitement à chaque attente de son enfant n'existe pas, aussi c'est dans cet entre-deux que l'enfant apprend l'attente, l'absence, la frustration. Où situer la limite avec le défaut d'accordage, terrain des troubles alimentaires ? La lecture toxicomaniaque que l'on peut adopter des conduites pathologiques alimentaires, souligne l'aspect symbolique de la nourriture : l'amour, les besoins, les liens précoces, le corporel. Cet objet transitionnel pathologique comme le nomme Corcos (2005), représente pour le sujet ce lien particulier nourricier, et affectif du temps de la fusion presque corporelle mère - enfant. Est-ce de cela dont le sujet n'a pas fait le deuil ?

Par ailleurs, selon les approches familiales le sujet s'inscrit dans un système familial avec influence et interaction réciproque. Le sujet est acteur d'un système, qui est lui – même porteur de règles et d'héritage familial qui impactent le sujet, sa construction, son fonctionnement.

On remarque que le lien entre le sujet porteur du TCA et sa famille est toujours évoqué, ou mis en avant, selon l'approche adoptée. Faut-il pour autant nécessairement prendre en compte le fonctionnement familial lorsqu'on approche un sujet atteint de TCA ?

### *Problématique de recherche*

Nous positionnons notre hypothèse générale de sorte que pour aborder et comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet présentant des symptômes alimentaires, il faut prendre en compte l'environnement familial dans lequel celui-ci évolue et le système relationnel dans lequel il s'inscrit. Par conséquent, notre recherche consistera à regarder et à comprendre en quoi le fonctionnement psychologique du sujet TCA est en lien avec la dynamique du système familial dans lequel il s'inscrit.



## V Méthodologie

### a) Nos hypothèses opérationnelles

Nous allons tenter de vérifier notre hypothèse générale clinique selon laquelle le fonctionnement psychologique du sujet TCA est lié au fonctionnement de son système familial. Pour ce faire, nous formulerons quatre hypothèses opérationnelles pour nous aider dans notre démarche de recherche.

En accord avec les travaux de Bowlby (1978) et de Winnicott (1958), nous nous intéresserons au sentiment de sécurité interne du sujet porteur de TCA. Le sentiment de sécurité interne, ou base de sécurité, se construit dans les liens précoces et est soutenu par l'environnement familial. La qualité de ce sentiment chez le sujet porteur de TCA évoque le système relationnel familial dans lequel il s'est inscrit. La nature de ce sentiment dépend d'un étayage familial adapté au regard des besoins de l'individu en devenir.

D'autre part, nous chercherons à identifier la place du corps dans la famille. Nous nous interrogerons sur la politique familiale au regard du domaine corporel. Le symptôme ayant choisi la voie corporelle pour s'exprimer, nous nous interrogerons sur la relation au corps pour le patient et dans le système familial.

Par ailleurs, en résonance aux travaux de Kestemberg (1972), de Minuchin (1978), Bowen (1978) et de Selvini – Palazzoli (1979), nous regarderons la place qu'occupe la patiente dans la famille. Nous tenterons de repérer la dynamique familiale. Nous essaierons alors de comprendre s'il y a une relation avec la pathologie alimentaire.

Enfin, inspiré des travaux de Corcos (2005), et d'Ancelet (2007) par exemple, nous approcherons l'aspect transgénérationnel des familles des patientes afin d'observer une possible relation avec la pathologie. A cette occasion, nous relèverons des indices qui parlent de la transmission générationnelle en lien avec la pathologie de la patiente.

### b) La population : présentation et critère d'inclusion

Notre population concerne les adolescents et les jeunes adultes. Elle est composée de cinq jeunes personnes, un homme et quatre femmes, âgés de 16 à 27 ans, atteints de troubles alimentaires. Certains étaient hospitalisés à la clinique spécifiquement pour la pathologie alimentaire, d'autres pour dépression. Notre recherche vise à comprendre la dynamique des troubles du comportement alimentaire sous toutes ses formes et degré de sévérité. Voici une brève présentation des personnes constituant notre population d'étude, les noms ont été volontairement changés pour respecter leur anonymat.

- Marie a 27 ans. Cela fait maintenant dix ans qu'elle souffre d'anorexie mentale restrictive. Elle est infirmière. Elle est hospitalisée depuis 6 mois à la clinique. Elle situe le début de la pathologie avant son entrée en école d'infirmière et peu de temps après avoir été violée par un groupe de jeunes gens pendant un week end scout. Marie avait déjà subi un viol à l'âge de 6 ans par un de ses cousins porteur d'un handicap mental, qui l'a aussi touchée lorsqu'elle avait 11 ans. Elle est très éprise d'un jeune homme avec qui elle est en relation depuis plusieurs années déjà.
- Hedwig est libanaise et a 19 ans. Elle est venue en France pour se soigner car il n'y a pas de dispositif de soin pour ce type de pathologie au Liban. Ses sœurs se trouvent aussi en France pour leurs études. Elle souffre d'anorexie – boulimie. Elle ne s'explique pas le début de sa maladie, ni comment cela a commencé. Hedwig montre un système de défense d'une forte rigidité. Elle est à la clinique depuis 3 mois.
- Esther a 18 ans et présente une forme d'anorexie restrictive pure. Bien qu'elle ait un rapport compliqué à l'alimentation depuis ses 7 ans, elle situe le début de sa maladie vers ses 15 ans. Esther présente un déni très marqué de ses symptômes. De plus, elle a été agressée par un patient à la clinique. Elle y est restée pendant 2 mois.
- Jack a 16 ans et souffre de dépression, de troubles suicidaires et de boulimie. Il a été victime d'agressions sexuelles de la part de son père depuis ses 8 ans, date à laquelle il situe ses troubles alimentaires. Il entretient des relations souvent compliquées avec les hommes (dont un patient victime de viol, avec tendance à l'exhibitionnisme). Il est à la clinique depuis 4 mois.
- Lara, 20 ans, est une patiente qui a été hospitalisée pour la première fois lorsqu'elle avait 16 ans. Elle a été hospitalisée à la clinique il y a environ un an. Je l'ai rencontrée afin d'effectuer un entretien clinique à visée de recherche (cf. retranscription en annexes). Elle situe le début de ses troubles vers l'âge de 13 ans. Elle a une sœur jumelle.

### c) Présentation des outils

Pour effectuer notre recherche nous avons eu recours à différents outils que nous allons présenter : l'entretien clinique et l'observation clinique.

#### L'entretien clinique

L'entretien clinique constitue un des outils principaux du psychologue. L'entretien permet de partager verbalement des éléments avec une ou plusieurs personnes. En psychologie clinique, cet outil nous permet de mettre à l'œuvre notre écoute clinique afin d'entendre ce qui se joue à

différents niveaux avec le sujet en entretien. Il existe différents type d'entretien clinique : directif, semi – directif, non directif. Selon la forme et les consignes de l'entretien, le sujet ne ressentira pas le même degré de liberté dans son discours, la profondeur de ses propos sera donc altérée. Si l'on se réfère au chapitre écrit par Marie – France Castarède dans l'ouvrage de Chiland (1983), il faut bien délimiter le but de l'entretien pour en déterminer sa forme.

Notre recherche se propose de repérer le fonctionnement psychologique du sujet atteint de TCA en considérant l'environnement familial dans lequel il s'inscrit. Nous avons donc effectué un entretien clinique à visée de recherche. « L'entretien est centré sur la personne [...] son objectif est limité et l'intérêt circonscrit à un domaine particulier induit par la consigne » (Chiland *et al.* 1983, 119). La consigne qui a été donnée au sujet en début d'entretien (cf. annexes) était une question ouverte sur sa maladie et son parcours. Nous nous sommes permis quelques questions pendant l'entretien pour que le sujet développe davantage un point qu'il venait d'aborder.

Nous avons rencontré au préalable le sujet, Lara, afin de lui présenter notre recherche et notre demande. Nous avons demandé son accord pour enregistrer au magnétophone l'entretien, et pour que sa retranscription puisse apparaître dans le dit travail de recherche. Par ailleurs, le sujet a demandé s'il devait nous vouvoyer ou nous tutoyer. Nous lui avons renvoyé que l'un ou l'autre nous importait peu, nous souhaitions surtout qu'il soit à l'aise pendant l'entretien. Le sujet nous a finalement tutoyé. Afin de privilégier une aire de confiance pour le sujet, nous avons répondu également par le tutoiement.

### L'observation clinique

« L'observation est l'action de regarder avec attention les êtres, les choses, les événements, les phénomènes, pour les étudier, les surveiller, mieux les connaître, en tirer des conclusions. L'acte d'observation commence donc par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet en particulier » (Pedielli, J-L., Fernandez, L., 2005, 9). Cette activité psychique pour nous s'apparente à l'écoute clinique, composée de la disponibilité, de la bienveillance, d'une non – directivité, d'un effort de non jugement et de compréhension.

L'observation clinique va porter soin à l'écoute de ce qui est verbalisé ou non, latent dans le discours. La prosodie et la tonalité vocale sont porteuses de sens dans ce que vit le sujet au détour des mots et seront donc considérés par le psychologue. On observa le langage corporel au rythme du discours, et sera attentif aux différents signes évoquant des affects (sourires, mouvements nerveux, haussements de sourcils, changement brusque de posture...).

L'observation clinique comme outil du psychologue tend à proposer un dispositif d'écoute de toutes

les dimensions dans lesquelles le sujet s'anime et à incarner une posture de bienveillance et de disponibilité favorisant l'expression de la vérité du sujet.

Nous avons pris soin lors de l'usage de cet outil d'être attentif à la clinique de la relation et notamment à notre contre transfert. En amont de ce travail de recherche, nous avons pris un temps pour déterminer les raisons de notre intérêt et en quoi des éléments de notre histoire personnelle pouvaient être à l'origine de ce choix de domaine de recherche. Nous avons pris soin de regarder ce qui pouvait se jouer d'un point de vu transférentiel afin que celui – ci ne soit pas une entrave au bon déroulement de la recherche.

Concernant notre contre transfert, nous avons pris garde à considérer chacune des histoires de vie des sujets rencontrés en amont et dans le cadre de cette recherche de façon singulière et unique. Bien que les troubles pathologiques demeurent semblables, qu'on retrouve des similarités (familiales, caractérielles) ils ne sont pas vécus de la même façon par chacun des sujets et c'est ici l'intérêt de l'observation clinique. La tendance à la standardisation ne ferait que nier les spécificités des sujets, qui sont pourtant l'occasion d'aller plus loin dans notre compréhension des phénomènes.

## VI Données cliniques et résultats

Les données cliniques ont été recueillies principalement lors des groupes de psychothérapie et d'un entretien clinique semi directif. En suivant nos hypothèses opérationnelles nous allons exposer les éléments cliniques que nous avons pu récolter au contact des sujets de notre étude.

### a) Description des données cliniques

Nous avons choisi de faire une analyse qualitative des différents temps de parole où nous avons été présents. Nous nous appuyons sur le carnet de bord que nous avons tenu et rempli tout au long du stage et également de notre entretien retranscrit en annexe.

Les sujets de notre étude ont exprimés différents éléments de leur histoire avec une couleur particulière. Il est délicat de déterminer précisément à quel moment leurs propos évoquent leur sentiment de sécurité interne et d'en discriminer la qualité. A la lecture de l'entretien de Lara (cf. annexes), on repère que lorsqu'elle parle de la période où elle était très malade, on peut y percevoir l'un des mécanismes de défense caractéristique de l'anorexie : le déni.

Lara, 20 ans : « *Enfin je savais que j'allais pas bien, mais alors de là à me dire anorexique non, je non...non pour moi j'étais pas malade, à ce niveau là. [...] j'allais voir une psychiatre, mais heu... parce que j'avais des problèmes avec les aliments mais j'étais pas malade...si tu veux.* »

On peut se demander si le déni ne serait pas une forme de sauvegarde d'un sentiment de sécurité interne fragile ? Encore aujourd'hui, lorsque Lara fait le bilan de son état de santé (cf. annexes), elle paraît prudente. Elle dit être consciente d'être encore fragile, que tout n'est pas gagné. Elle montre cependant une tendance à justifier ses comportements comme pour montrer qu'elle maîtrise, qu'ils ne sont pas ou plus pathologiques.

Lara, 20 ans : *« Y a encore des passages, je suis encore fragile niveau psychologique je parle, pas forcément nourriture, encore que des fois je me sens pas bien dans mon corps mais heu, mais ça me tracasse pas comme avant c'est, j'cherche pas à tous prix à perdre ce que je veux perdre quoi, j'laisse faire parce que je vois que ça marche je laisse mon corps faire au fur et à mesure, j'essaye de nouveaux petits régimes de temps en temps parce que au niveau du sport si tu veux c'est un sport où on entre dans une catégorie de poids faut pas faire trop de conneries pour pas dépasser mais faut pas trop en perdre non plus parce que voilà, donc ça, ça me permet aussi de me stabiliser c'est bien et puis là je suis dans une période où j'essaie de perdre du poids pour descendre de catégorie mais tout en regardant, pas n'importe comment »*

On repère une tendance à la justification dans le discours de Lara. Cela pourrait – il avoir une fonction de réassurance ? Est – il question d'un sentiment d'insécurité ?

D'autre part, lors d'un groupe de psychothérapie Jack explique ses tendances boulimiques dont il situe l'origine quand son père a commencé à abuser sexuellement de lui. Il avait alors 8 ans. Il nous dit que son père était violent avec lui, il l'avait toujours vu violent avec sa mère. Il rajoute que son père le forçait à manger. Lors cette confidence, il fait un lien entre la nourriture, son père, et ses agressions sexuelles.

Jack, 16 ans : *« quand je fais mes crises, c'est à cause de l'angoisse, c'est pour me remplir, ça m'apaise. J'me sens pas bien, j'ai la peur au ventre alors je mange, je mange, je mange, jusqu'à ce que je me sente plein. Là après j'me dégoûte alors je rends. »*

Jack nous dit également qu'il fait souvent des cauchemars et qu'il vit avec une « peur constante ». Il a eu plusieurs fois recours à des comportements agressifs, tapait dans les murs, ou était irrespectueux avec les soignants. Il éprouvait des difficultés avec la frustration et mettait régulièrement l'équipe soignante à mal, il était pressant et très en demande. Quelque chose de très

enfantin se dégageait de ce jeune homme, il n'arrivait d'ailleurs pas à se défaire des soignants de la pédopsychiatrie où il avait séjourné à plusieurs reprises. Il se sentait « en sécurité » là-bas. Cela parle d'une non-séparation (d'un travail de séparation pas fait) avec cette précédente équipe et donc de l'impossibilité, la difficulté pour Jack d'investir le nouveau lieu de soin.

De son côté, Esther nous raconte qu'elle a toujours eu des difficultés avec la nourriture bien que sa pathologie se soit déclarée véritablement à l'âge de ses 15 ans. Elle confie au groupe qu'il y a eu des moments dans sa vie où elle a eu peur de ne plus être aimée, d'être abandonnée. Elle évoque l'arrivée de son petit frère qu'elle nous dit avoir très mal vécu. Elle explique avoir volontairement arrêté de manger pour attirer l'attention de ses parents qu'elle sentait lui échapper. Elle avait alors 7 ans. Puis, elle nous dit avoir à nouveau ressenti cette « angoisse » à l'âge de ses 13 ans, lors du mariage de ses parents.

*Esther, 18 ans : « Je me suis sentie délaissée, négligée quand mes parents se sont mariés. Je ne voulais pas. On était bien avant ça. J'avais l'attention des deux, j'aime avoir l'exclusivité. Je ne vois pas pourquoi il se sont mariés, on était bien avant ».*

Au travers des propos d'Esther, on peut lire qu'il est compliqué pour elle qu'une personne avec laquelle elle est en relation (sa mère, son père) puisse avoir une autre relation avec quelqu'un d'autre. Lorsqu'elle parle d'abandon, ou même de négligence, on dirait que la dimension affective de la relation est menacée pour Esther. Elle montre un besoin de centraliser l'attention sur elle, et que cela reste ainsi.

Dans une autre mesure, on peut s'interroger sur la signification pour Hedwig de la mise à distance de son pays d'origine et de ses parents, en lien avec son sentiment de sécurité interne. On peut interpréter la mise à distance sous deux angles opposés. Hedwig a pu se séparer de ses parents et venir en France où se trouvent ses sœurs. Elle se sent donc assez en sécurité, autonome pour laisser sa culture et son pays d'origine et venir voyager dans un pays étranger. Elle justifie sa présence en France par la proposition de soin qui semble peu efficace au Liban pour les maladies psychiatriques. D'un autre côté, on peut regarder le comportement d'Hedwig comme une fuite de son pays d'origine qui ne lui proposait pas de soin efficace pour sa maladie. Hedwig nous dit que l'anorexie au Liban n'est pas considérée comme une maladie mais davantage comme un caprice. Elle s'est longtemps sentie incomprise, voire rejetée, une pariât. Elle est malade depuis l'âge de ses 13 ans et elle a eu beaucoup de mal à faire reconnaître et à faire accepter sa maladie par ses parents. A regard de la sécurité interne d'Hedwig, en quoi cet éloignement fait – il sens ?

La question du corps se pose à de nombreuses reprises dans les discours des patients, très

souvent un corps qu'ils rejettent, Lara nous dit qu'elle « se trouvait grosse, avec des bourrelets », Marie nous dit être « dégoûtée » par son corps quand en revanche Esther nous dit « je me trouve mince et belle ». Nous avons identifié des éléments qui parlent de la préoccupation corporelle dans la famille. Marie nous décrit sa famille comme une famille chrétienne, croyante et pratiquante. La place du corps et de l'apparence est très importante dans sa famille nous dit – elle. Elle confie au groupe que son père est plus ou moins toujours au régime. « Il fait toujours extrêmement attention à son poids, c'est très important pour lui ». Sa mère se préoccupe beaucoup de son apparence et de celles de ces enfants.

Marie, 27 ans : « *Ma mère m'a dit que quand j'étais bébé elle avait demandé au pédiatre à quel moment se développaient les cellules adipeuses. Lorsque j'avais huit mois, elle m'a mise au régime pour que je ne développe pas de cellules adipeuses et que je ne connaisse jamais de surpoids. Avec le recul je trouve cela violent et horrible mais dans ma famille l'apparence est primordiale* ».

Lara s'est beaucoup questionnée quant à elle sur les raisons qui ont pu la rendre malade. Elle évoque un problème d'oreilles décollées où tout le monde se moquait d'elle, et aussi le fait qu'elle était « boulotte » enfin quelle était « plus grosse que les jeunes de cet âge là » puisqu'elle était formée à 9 ans. Elle décrit la difficulté qu'elle a ressentie à ce que son corps se transforme avant celui des autres, et fait le lien avec l'anorexie (cf. Annexes, p 3). Elle émet l'hypothèse que sa maladie viendrait exprimer l'opposition entre la maturation corporelle de ce corps qui se « forme » et le fait qu'elle ne voulait pas grandir à ce rythme là. Elle évoque aussi la difficulté d'avoir une sœur jumelle :

Lara, 20 ans : « *c'est vrai que j'ai, j'ai beaucoup d'hypothèses qui se sont formées, beaucoup, et avec la gémellité est ce que... y ' a pas une concurrence mais heu, un, une recherche de place, si tu veux, le fait qu'on soit deux systématiquement heu, tu te sens pas une personne en elle – même, tu te sens heu double, tu te sens heu bah systématiquement associée à quelqu'un d'autre en fait. Donc je me suis dit est ce que, est ce que ça peut pas venir de là ?* ».

Par ailleurs, lors d'un atelier groupal autour de la voix, Marie a été mise extrêmement mal à l'aise par des exercices d'échauffement. Il était question de masser vers l'extérieur chaque partie du corps afin de solliciter l'énergie et de réveiller le corps. Lors de la reprise de cette séance, Marie a pu

formuler sa difficulté à toucher son corps, qui la dégoûtait tellement qu'elle a failli sortir en plein milieu de la séance.

On comprend que le processus d'identification pour Lara a été compliqué du fait d'avoir une jumelle d'être « double » comme elle le dit. On peut donc s'interroger sur l'impact que cela a eu sur la vision que Lara se fait de son corps ? Comment se l'est – elle approprié ce corps similaire à celui de la jumelle ? Au delà du processus d'identification, qu'en est – il du sentiment d'individuation lorsqu'elle dit « systématiquement associée à quelqu'un d'autre » ? Il semble que l'individuation tant psychique que physique pour Lara a été compliquée dans cette dyade gémellaire.

Esther porte dans son discours également la trace de la gémellité. Elle a évoqué une fois en groupe qu' « elle et sa mère étaient comme des sœurs jumelles, et qu'il arrivait qu'on les confonde » puis a rajouté « elle est très belle ma mère ». Esther présente une relation fusionnelle à sa mère, où parfois dans son discours les identités semblent se confondre. Le groupe a questionné Esther à ce sujet là et s'est retrouvé face à des frontières floues.

Par ailleurs, la question du corps est très présente dans la bouche d'Esther qui situe l'entrée de son comportement alimentaire dans le pathologique suite à des paroles précises de son papa :

Esther, 18 ans : « *J'adorais faire des câlins à mon papa. Un jour mon papa m'a serré dans ses bras et m'a dit que j'avais pris un de graisse, et qu'il me préférait plus mince. C'est à ce moment là que j'ai décidé de faire un régime et de maigrir. Maintenant quand il me serre dans ses bras, je peux sentir sa peau sur ms os, c'est agréable* ».

Pour Esther, on perçoit bien l'importance du regard que son père peut porter sur son corps. L'importance du corps et de l'image liée à sa mère et à son père compte beaucoup pour Esther.

Ajoutons que lors d'un groupe Marie était très en colère contre Esther car les autres patients semblaient souvent les comparer parce qu'elles étaient toutes deux anorexiques. Marie s'est montrée défensive comme en demande pour redéfinir sa place. Cela n'est pas sans faire écho à la question de la concurrence soulevée par Lara précédemment. En effet, Marie a tenu à exposer leurs différences en faisant preuve d'une agressivité dirigée contre Esther. Pour Marie, Esther montrait davantage des signes de maintien de la pathologie. Comparer les deux patientes pour Marie c'était comme nier ses efforts pour lutter contre la maladie. Cela semblait toucher Marie au point qu'elle a évoqué le fait d'abandonner. On voit ici que la question du corps, des similarités, du même, agite les anorexiques, on retrouve également un aspect compétitif qui renvoie à l'idéal du moi dont parlait Brusset(1998).

Jack évoquera au groupe la vision qu'il se fait de son apparence en disant qu'il se trouve « gros ». Il nous explique qu'avant ou après les violences qu'il subissait, son père le forçait à manger en lui



répétant « t'es un gros tas ». Jack nous raconte qu'en entendant cela depuis ses 8 ans, il finit par se voir un peu comme cela.

Dans la culture libanaise, les garçons sont plus prisés que les femmes. Lorsqu' Hedwig est née, elle est la troisième fille de sa fratrie, ses parents espéraient un garçon. Hedwig nous confie que pendant longtemps, même encore aujourd'hui, elle a eu le sentiment d'usurper une place qui n'était pas la sienne. Elle ressentait de la culpabilité à être une fille et non pas un garçon. On peut se demander comment Hedwig a pu s'approprier son corps et l'incarner avec ce sentiment d'imposture ? Comment a – t elle pu habiter et épouser son corps de femme avec le sentiment continu que ce corps aurait dû être celui d'un garçon ? Lors d'une activité à médiation thérapeutique, l'équipe a été marquée par les émaux qu'Hedwig a créés. Elle avait créé une petite coupole sur laquelle elle avait peint un fœtus. Quel en a été le sens pour elle ? Est – ce une façon de symboliser ce fœtus parfait qui répond aux attentes parentales ? Est-ce un moyen de fantasmer un retour où la nature ne l'avait pas encore faite femme ? Cette création parle – t – elle seulement d'elle ? Dans tous les cas, on peut formuler que ce dessin met avant la dimension féminine, l'aspect reproducteur et maternel. Sa maladie viendrait elle pointer du doigt la culpabilité d'être une femme ?

Par ailleurs, nous avons aussi prêté attention à ce que les sujets pouvaient nous dire de la place qu'ils occupaient dans la famille, de leur sentiment d'appartenance à leur environnement familial.

Marie nous raconte qu'elle a le sentiment d'être la maman de ses parents. Elle ressent beaucoup de culpabilité à être une enfant malade. Lorsqu'elle appelle ses parents pour raconter ses difficultés à être hospitalisée, elle a l'impression qu'il n'y a pas de place pour ses affects. Elle nous confie qu'elle doit rassurer ses parents, parfois ils sont en pleurs. Elle dit qu'elle aimerait leur rappeler que c'est elle l'enfant et eux les parents. Nous retrouvons ici les marques de la parentification. Marie se décrit comme une enfant parentifiée qui protège ses parents, il y a inversion des rôles. Elle nous raconte une partie de son histoire très éprouvante de laquelle elle garde de la rancœur envers ses parents.

Marie, 27 ans : « C'était le soir mon frère, mon cousin et moi étions en train de jouer dans la chambre. Mon frère avait 12 ans, mon cousin 9 ans et moi j'avais 6 ans. Mes parents dormaient dans la chambre juste à côté. Ils sont venus nous séparer car on faisait beaucoup de bruit. Ils ont emmené mon frère dormir avec eux me laissant seule avec mon cousin. Mon cousin avait un handicap mental. J'ai été réveillée au milieu de la nuit, mon cousin était sur moi, et...je vais pas vous faire un dessin. J'ai pas fait de bruit pour ne pas réveiller mes parents. Je ne comprenais pas ce qui m'arrivait. »

Alors

qu'elle nous raconte son histoire, Marie est recroquevillée sur sa chaise, les genoux sous le menton,

le regard ailleurs. Un léger balancement du corps souligne une angoisse presque palpable. Marie avoue qu'elle en veut à ses parents, « je ne comprends pas, avec le recul, j'étais plus petite, une fille, plus vulnérable, pourquoi ils m'ont pas emmenée ». Elle ne l'a pas dit à ses parents, ni à son frère, pour les épargner. A l'issue de cette confidence, on peut aisément comprendre que Marie se sente à part dans la famille. Son cousin est mort l'an dernier, et cela pose comme une interdiction de pouvoir se libérer de cette partie de son histoire. Elle pense à sa tante et à son oncle qui ont perdu leur fils « je vais pas en plus leur dire que c'était un violeur, c'est trop horrible ».

Marie nous confie qu'elle a de nouveau été violée lorsqu'elle était adolescente lors d'un week - end scout. Sa seule amie l'a abandonnée au milieu des jeunes garçons du camp « le matin je me suis réveillée, je ne savais pas où étaient mes vêtements ». Elle s'est alors dit que cela devait venir de son corps, qui était « un objet dégueulasse » et qu'elle méritait que cela lui arrive.

Marie ne s'est jamais vraiment sentie comme une enfant dans sa famille au même titre que son frère. En devenant malade, il a fallut qu'elle rassure ses parents que cela n'avait rien avoir eux, comme elle nous dit « je devais les mater ». Marie est infirmière, sans doute ce n'est pas par hasard. A chaque fois que Marie chantait lors de l'atelier de travail de la voix, elle avait cette intonation enfantine dans la voix, comme si elle régressait. Elle chantait principalement en registre de tête, qui se rapproche de la voix aiguë et pure des enfants. La chanson qu'elle a choisie pour se présenter à l'atelier est «à corps perdu » (cf. annexe) de Grégory Lemarchal (2005).

La place d'Esther dans famille n'est pas toujours bien définie. Tantôt elle est la copine admirative de sa mère, tantôt sa sœur jumelle, mais parfois sa rivale. Esther nous a dit qu'elle ne comprenait pourquoi ses parents se sont mariés. Lorsqu'un des membres du groupe a évoqué la relation d'homme et de femme que ses parents entretenaient, et la logique de célébrer leur amour en se mariant, Esther s'est montrée très sèche, presque rigide, et à nier voir le sens dans cet événement. Elle a confié éprouver du plaisir lorsque ses parents se disputaient. Elle nous a dit qu'elle se sentait très proche de sa mère « fusionnelle » a t-elle employé comme terme. Elle se rappelle agréablement que quand elle avait été hospitalisée l'an dernier, à son retour à la maison, sa maman dormait avec elle dans son lit.

La problématique incestueuse de Jack place d'entrée de jeu, un flou, un enchevêtrement des rôles et des places de chacun. Tandis que son père est en attente de procès, la relation que Jack entretient avec sa mère est très conflictuelle. Ils sont très fusionnels l'un avec l'autre jusqu'à en venir aux mains parfois. Jack ne supporte pas que sa mère essaye de mettre une distance entre eux. Il le ressent comme un abandon, et à déjà frappé sa mère sous l'emprise de l'angoisse.

Hedwig semble occuper une place qui ne lui était pas destinée. Bien que sa famille soutient sa démarche de soin en France, et semble être investit dans la vie de leur fille, Hedwig se sent toujours

comme le garçon manqué, ou plutôt l'erreur féminine. Hedwig occupe une place dans la famille qui était dédiée à un autre. Elle se vit comme une déception pour sa famille. On peut également se demander comment la famille a réagi au fait de ne pas avoir ce petit garçon ? Comment a-t-elle réaménagé ses attentes ? Comment elle a su, a pu donner place à cette troisième fille ?

En outre, pour reprendre le propos de Lara sur la jumeauté, lorsqu'elle parle de concurrence et d'une recherche de place, on peut supposer que cela a été compliqué pour elle de trouver sa place au sein de la famille face à une sœur jumelle. Au delà de la difficulté de se sentir soi, face à un autre semblable, on peut percevoir qu'il y a eu comme une rivalité des places à occuper vécue de son côté, « le fait qu'on soit deux systématiquement, tu te sens pas une personne en elle – même, tu te sens double, systématiquement associée à quelqu'un d'autre en fait. ». Si cela a été compliqué pour Lara de trouver sa place, de se sentir exister comme individu séparé, identifié face à sa sœur jumelle, on peut se demander quel impact la jumeauté a eu sur la dynamique familiale ?

De plus, Lara nous peint un portrait de sa famille où la maladie n'apparaissait pas dans le discours (cf. entretien en annexe). Ils n'en parlaient pas beaucoup, nous dit elle, elle emploie même le terme « cacher » pour indiquer que ses parents n'abordaient pas leur ressenti au regard de la maladie de leur fille. Lara nous dit qu'elle se doutait que cela les affectait mais qu'ils n'en parlaient pas. On peut percevoir dans l'entretien que le trouble de Lara est passé sous silence dans la communication familiale.

Enfin, nous avons été interpellés par des éléments relevant de la transmission générationnelle. Marie explique le régime que sa mère lui a fait faire alors qu'elle était un bébé de huit mois. Elle nous raconte, que lorsqu'elle était jeune, adolescente, sa mère avait eu des problèmes de poids. Sa mère avait très mal vécu cette période de sa vie avec les moqueries et le regard des autres. Elle se sentait très mal dans son corps. Elle justifie alors que sa mère a décidé que si elle avait une fille, elle ferait tout pour qu'elle ne connaisse pas les mêmes ennuis qu'elle avait connus à l'adolescence. La mère de Marie a cherché à protéger sa fille de quelque chose de néfaste qui avait lui était arrivé. S'agit-il ici d'une marque de la transmission générationnelle ? On repère que quelque chose autour du corps, de la féminité et de la difficulté d'être adolescente chez la mère, a ricoché dans l'existence de Marie.

Lors d'un groupe de psychothérapie particulièrement chargé émotionnellement, Jack nous parle de l'histoire de sa famille. Il nous livre que l'inceste est une « pratique courante » dans sa famille puisque sa mère a été abusée par son propre père, et que son grand-père paternel a également violé son fils (le père de Jack). Ces aveux marquent le sceau du transgénérationnel. Qu'en est-il cependant du lien avec le comportement boulimique de Jack ? Bien que Jack semble faire un lien entre la nourriture, son père et les violences qu'il a subi, peut-on retrouver cette équation chez

d'autres membres de la famille de Jack ?

## B) Synthèse

Les données cliniques en notre possession font référence à l'intimité des sujets en impliquant différentes dimensions. On retrouve beaucoup de pensées autour du corps, de l'envie de maigrir et du plaisir d'être mince, mais aussi un rejet de la graisse et des rondeurs. On repère que ces inclinations autour du corps peuvent être partagées par la famille. En outre, la question familiale est assez présente tant par la mère, le père que par les frères et sœurs. Le sentiment de sécurité interne de nos sujets peut être aperçu à la surface de leur discours. Certains énoncent une angoisse, une peur de l'abandon, une panique. Cette fragilité du sentiment de sécurité interne est souvent liée à l'un des deux parents voir au couple parental. L'aspect transgénérationnel de ces familles n'est que peut abordé par manque de données. On peut supposer que la transmission intergénérationnelle a sa place, mais on ne peut en rendre compte.

## VII Discussion clinique

Par ce travail d'écriture, nous cherchons à comprendre en quoi le fonctionnement psychologique du sujet TCA est en lien avec la dynamique du système familial dans lequel il s'inscrit. En nous appuyant sur notre revue des travaux, nous avons élaboré 4 hypothèses opérationnelles nous permettant de vérifier notre hypothèse générale. Tout d'abord, nous questionnons le sentiment de sécurité interne des sujets de notre étude, puis nous nous intéressons à une possible préoccupation familiale et individuelle autour du corps, ensuite nous interrogerons la place du patient dans le système et les relations familiales, pour finir notre quatrième hypothèse opérationnelle cherche à regarder des éléments dans les histoires des sujets relevant de la transmission intergénérationnelle et transgénérationnelle.

A travers les discours des patients, nous avons perçu des indices pouvant évoquer un sentiment de sécurité interne fragile voire défaillant. Esther formule une peur de l'abandon, d'être négligée à l'idée que ses parents se marient. Jack, quant à lui nous parle d'une peur panique, au ventre qu'il apaise par l'absorption de nourriture. Différents éléments amenés par les sujets attestent d'une sécurité interne précaire. Lorsque Esther nous décrit sa relation fusionnelle avec sa mère, on peut supposer que le style d'attachement d'Esther selon les travaux de Bowlby (1978) serait davantage de type C, qui correspond à des personnes qui éprouvent des difficultés à se séparer, sensibles aux relations de dépendance. Cook – Darzens (2014) avait repéré que les sujets atteints de troubles

alimentaires présentaient un style d'attachement de type A ou C. De plus, à en juger par les nombreux propos des sujets qui convoquent un sentiment d'abandon dans la relation aux parents, à l'image de Winnicott (1958), l'importance du rôle de l'environnement familial dans la construction du sentiment de sécurité interne semble primordial. Que ce soit Marie vis à vis du comportement de ses parents au moment du viol qu'elle a subi à ses 6 ans, Hedwig qui culpabilise de ne pas être née garçon comme l'espérait la famille, Jack qui porte une histoire familiale teintée de violence ou encore Lara qui ne trouve pas sa place avec « son double », l'insécurité intérieure des sujets est omniprésente. Nous pouvons mentionner le sexuel notamment dans l'histoire de Marie et de Jack qui paraît être un point d'ancrage de l'insécurité interne. Les faits s'inscrivent dans les histoires des deux sujets tel un traumatisme réactualisé. On peut alors se demander si leurs troubles alimentaires ne viendraient pas signifier cette insécurité interne, et dans le même temps représenter une tentative d'historicisation de ce vécu traumatique comme le suggère Dumet (2006). Au regard des données cliniques en notre possession, on peut dire que les sujets souffrant de troubles alimentaires présentent un faible sentiment de sécurité interne.

Par ailleurs, le corps est abordé plutôt comme un objet de dégoût repoussant (Lara, Marie, Jack) bien que parfois il semble être apprécié (Esther). Lorsque Lara (cf. Annexes p 9) nomme ses pratiques d'automutilations, elle en parle comme d'« une drogue ». Corcos (2005) parle justement des pratiques auto-agressives et les questionne autour d'une défaillance du processus de séparation. Pourrait – il s'agir de cela pour Lara qui évoque la jumeauté comme possible origine de son anorexie ? Par ailleurs, on retrouve les traces d'une relation de dépendance comme le proposait Jeammet (2012). Jack révèle qu'il mange pour apaiser une angoisse trop forte, qui a commencé avec les agressions de son père. La nourriture ici jouerait – elle le rôle d'objet transitionnel pathologique comme le pense Corcos (2005) ? En outre, comme la nourriture et le viol sont associés dans le discours de Jack, est ce que le fait de manger à outrance ne serait pas une tentative d'inscrire ce vécu traumatique dans son histoire comme le suggère Dumet (2006) ?

On repère néanmoins une préoccupation du corporel dans la famille de Marie du côté des parents notamment. Marie souligne l'intérêt familial pour les apparences et l'importance des pratiques religieuses. Jusqu'où ce souci des apparences peut – il impacter la dynamique familiale et les relations ? On retrouve également des traces de l'altération de la fonction alimentaire dans l'histoire de Marie, comme Bruch (1975) en avançait l'idée. La mère de Marie montrait une préoccupation de l'apparence, pour le bien – être corporel de sa fille et souhaitait lui assurer une adolescence plus agréable que celle qu'elle avait vécu. On peut se demander si ce régime à 8 mois a troublé les sensations proprioceptives que Marie entretenait avec son corps créant ainsi un lit favorable pour l'émergence de troubles alimentaires. Bien que cela puisse effectivement avoir une part de

responsabilité, l'anorexie de Marie a débuté juste après le viol collectif qu'elle a subi à ses 15 ans et avant son entrée en école d'infirmière. Cela nous encourage à penser qu'il est davantage question d'une problématique de séparation et de rejet de son corps et de la féminité, qui n'est pas sans nous rappeler sur ce point la pensée de Brusset (1998).

Le corps d'Hedwig est une de raisons centrales de son mal – être au sein de la famille. Dans une autre mesure, Hedwig n'est pas en possession de ce qui aurait dû satisfaire les attentes parentales. On peut supposer que la déception parentale face à son corps castré, plonge Hedwig dans un sentiment d'incomplétude et d'incompétence. On peut se demander si la culpabilité de ne pas être l'enfant idéal du fantasme parental peut former un rempart à l'accès à son corps de femme, provoquant le symptôme de l'anorexie. Hedwig n'est pas le garçon attendu, peut être le symptôme anorexique vient exprimer la difficulté d'élaboration du deuil de ce pénis qu'elle n'a pas ? Ou encore, peut – être que les parents n'ont pas fait le deuil de l'enfant idéal et que cela s'exprime par l'anorexie au travers d'Hedwig ? Elle semble en tous cas être porteuse de quelque chose qui ne lui appartient pas. De plus, nous pensons à Kestemberg (1972) dans le cas d'Hedwig et à la position d'entre deux dans laquelle se retrouve un sujet qui n'a pas intégré le complexe de castration. Ce sujet d'après ces auteurs est d'ailleurs sensible aux relations de dépendance. Enfin, demandons nous si la coupure émotionnelle ou cut off comme la nomme Bowen (1978), n'a pas pour fonction de mettre à distance la cicatrice de ne pas être ce garçon désiré par ses parents.

On retrouve également l'importance du regard de l'autre, qui dans le cadre d'une problématique anorexique renvoie à cet autre symbolique par lequel on s'individue et on s'approprie son corps dans le stade du miroir (Lacan, 1966). Il semblerait que le regard du père pour Esther a été le point de chute de son entrée dans l'anorexie sévère. Il était difficilement pensable pour elle que son père n'aime pas son corps. L'importance de l'image, de l'identification à une gestalt dans l'histoire de Lara est présente. Lara se retrouve « systématiquement face à un double » comme elle le dit, on pourrait dire face à son reflet dans le miroir. Cet autre dans le miroir existe aussi pour Lara dans le réel. On peut s'interroger sur l'organisation familiale à l'accueil des jumelles, et l'impact de la jémellité sur la famille. Autrement dit, comme l'affirme Bowen dans sa théorie des systèmes, la jémellité a pu être un facteur d'angoisse qui a débordé le système familial de Lara, provoquant l'apparition du symptôme anorexique chez l'un des membres. Nous retrouvons cette pensée chez Minuchin (1978) qui donne au symptôme somatique un rôle de maintien de l'homéostasie familiale. Toujours selon la théorie de Bowen (1978) interrogeons ce qu'il en est de la capacité de différenciation du soi dans le cas de Lara. Au vu de ses propos, « systématiquement associée, tu te sens pas une personne en elle - même », on peut affirmer que Lara éprouve des difficultés d'identification corporelle et individuelle, et probablement de recherche de place dans la famille. De

plus, Lara évoque succinctement le fait que ses parents « cachaient » leurs émotions, qu'ils ne parlaient pas beaucoup à ce propos. On se souvient alors des travaux de Selvini – Palazzoli (1979) lorsqu'elle nomme la loyauté au groupe familial et la cohésion familiale très prononcée. On retrouve également cette tendance chez Marie qui passe sous silence ses expériences douloureuses pour le bien être de la famille. La question de la cohésion familiale et même de l'enchevêtrement familial, n'est que trop bien illustrée par l'histoire de Jack et de sa famille.

La problématique œdipienne, comme suggérée par Kestemberg (1972) est au carrefour des relations qu'Esther entretient avec ses parents. Elle avoue elle – même utiliser son rapport à la nourriture pour rappeler l'attention de ses parents sur elle. Esther entretient tantôt une relation d'admiration et de fusion à la mère, et tantôt une relation de rivalité vis à vis du père. On peut comprendre le symptôme anorexique chez Esther comme son besoin de rester l'enfant de ses parents et de ne pas grandir. La question de la fusion à la mère soulevée par Corcos (2005) et de la conséquence d'un père pas assez limitant ne trouve pas résonance ici. Effectivement, on trouve des traces d'imprégnation narcissique de la mère dans le discours d'Esther lorsque celle – ci met en avant leur ressemblance telle qu'on les confond parfois, ou encore dans sa relation au père et au corps. Cependant, dans cette configuration familiale, Esther semble percevoir son père comme un homme à séduire avec l'envie d'être belle physiquement à ses yeux. On dirait qu'il y a une confusion des rôles dans le système familial pour Esther. Néanmoins, ce père ne semble pas occuper une fonction maternante et peu limitante comme Corcos (2005) le suggère face à cette dyade mère fille fusionnelle.

Nous ne pouvons que faire des suppositions quant à la place de la transmission générationnelle et transgénérationnelle dans cette étude. L'évidence est de constater comme l'a formulé Jack, que les pratiques incestueuses dans sa famille se transmettent, des pères aux enfants. Bien que ce ne soit pas notre sujet d'étude, le lien étroit que la sexualité entretient avec l'oralité et par ricochet la nourriture et la demande d'amour qu'elle symbolise, touche notre sujet d'étude. On peut alors émettre quelques interrogations. Est ce – que l'inceste peut être un facteur d'émergence pour les troubles alimentaires ? Est ce que ses parents étant adolescents ont eu des troubles alimentaires ?

Pareillement, la question de l'inclinaison religieuse dans famille de Marie semble faire parti intégrante de la culture familiale. On peut se demander si ces pratiques ont fait l'objet de la transmission générationnelle et comment elles impactaient les générations précédentes ? Finalement, qu'est ce qui a été transmis et continue d'agir sur le système ?

Enfin, rappelons nous les travaux de Corcos (2005) sur la transmission du féminin entre les femmes de la famille et le possible rôle que cela peut jouer dans l'apparition d'un trouble alimentaire, demandons – nous quels peuvent être les éléments relatifs au féminin qui font l'objet de la

transmission générationnelle ? Y en a - t- il qui font l'objet d'une transmission transgénérationnelle ?

En somme, au regard de nos résultats, il semblerait qu'il y ait un déficit du sentiment de sécurité interne chez les personnes souffrant de troubles alimentaires. Cette fragilité semble en lien avec la place que le sujet s'est vu occuper à différents moments de l'histoire familiale. Bien que la préoccupation du corporel chez les patients est omniprésente, sa place dans la culture familiale n'est pas toujours identique et pas toujours tournée vers la maigreur. L'influence des pratiques religieuses (Marie) ou encore la pression sociale d'un devoir familial (avoir un fils, Hedwig) sont autant de raisons de ne pas arriver à incarner son corps. La société occidentale est soumise au dictat de l'apparence et d'une beauté standardisée, donc dans une plus ou moins grande mesure on retrouve cette préoccupation dans les familles occidentales. Pour autant, au vu des résultats on ne retrouve pas une préoccupation plus marquée, ou plus importante dans ces familles. La question reste donc ouverte, de même pour ce qui est de la transmission générationnelle. Nos résultats n'apportent aucun élément significatif ou non portant la trace de la transmission générationnelle dans le cadre des pathologies alimentaires. Nous pouvons expliquer l'absence de résultats par un manque de méthode appropriée au regard de notre objectif.

La méthodologie de notre sujet d'étude montre des points de faiblesses. Effectivement, notre recherche porte sur les troubles alimentaires toutes formes confondues, pourtant une grande majorité de nos sujets présentent une anorexie soit restrictive soit anorexie – boulimie, et un seul comportement de type boulimique. Bien que dans notre revue littéraire nous avons cherché à traiter des troubles alimentaires en général et pas uniquement de l'anorexie, que de surcroît nous avons mis en relation cette théorie avec nos données cliniques, on doit admettre que l'anorexie reste le type de trouble alimentaire le plus traité dans la littérature. On doit donc prendre en compte le fait que nos conclusions se basent majoritairement sur une population anorexique et sur une base théorique traitant de l'anorexie.

De plus, notre problématique traite du fonctionnement psychologique du sujet atteint de troubles du comportement alimentaire mais également du fonctionnement familial du système dans lequel il s'inscrit. Il aurait donc été judicieux de présenter également une démarche de recherche auprès des familles. Néanmoins, il ne nous a pas été permis de réaliser nos souhaits méthodologiques pour notre travail de recherche. Nous avons convenu avec l'équipe d'assister à des entretiens familiaux de certains des sujets constituant notre population d'étude afin d'avoir une vision plus réelle de la dynamique familiale, et de la position des membres de la famille dans le système.

En outre, nous devons demander aux patients d'un des groupes de psychothérapie (dans lequel se trouvaient deux des sujets de notre étude) de réaliser un génogramme (cf. annexes). En coopération



avec les membres de leurs familles, ils auraient donc élaboré leur génogramme sur environ 4 générations en y ajoutant les événements de la vie (mariage, hospitalisation, maladie, accidents...). Un travail familial aurait été engagé ce qui aurait permis d'en apprendre un peu plus sur le phénomène de la répétition transgénérationnelle, et peut être même de jeter un éclairage différent sur les travaux qui mettent en lien la symbolique des troubles alimentaires et la transmission générationnelle (Corcos 2005).

D'autre part, nous souhaitions proposer aux patients de notre population d'étude, de participer à un entretien semi – directif qui aborderait plus particulièrement selon le point de vu du sujet les relations entre les membres de sa famille et de la génération précédente. A cette occasion, dans l'intimité et la confidentialité de cet entretien, nous aurions alors pu présenter notre travail de recherche au patient et lui demander son accord afin d'utiliser les éléments qui le concerne dans le cadre de notre recherche en précisant l'obligation d'anonymat. Cette requête n'a pas aboutie.

A défaut d'avoir pu rencontrer les sujets de notre étude en privé, lors de notre présentation dans les groupes de psychothérapie, nous évoquions notre statut de stagiaire psychologue, et nous précisions qu'à l'issu de ce stage nous devons produire un travail de recherche, le nôtre portant sur les dynamiques familiales et les troubles alimentaires. Bien que nous étions dans l'incapacité d'obtenir le consentement éclairé et libéré en individuel des personnes concernées, nous avons le souci de répondre aux exigences déontologiques, en les prévenant que nous étions présents pour effectuer une recherche précise.

Par ailleurs, méthodologiquement il nous faut questionner la pertinence du groupe de psychothérapie pour traiter des éléments intimes traumatiques. D'un point de vue éthique, bien que la dimension groupale permette la diffraction du transfert, on peut se demander si aborder et raconter en groupe des scènes de viols, d'inceste, de crise de boulimie est approprié. Qu'en est – il alors de la capacité contenante du groupe ? Si certaines structures accueillant spécifiquement ces populations revendiquent ne pas mettre en place de groupe de parole pour privilégier un sentiment de sécurité et une intimité, on peut se demander où est la limite. Nous savons que certains patients ont été très affectés par des propos intimes que d'autres patients ont confiés, sommes – nous encore dans la démarche thérapeutique groupale dans ce cas ?

La dimension groupale, le regard des autres, l'écho que les histoires peuvent avoir entre elles, sont tout autant d'entraves possibles au discours des sujets, et à leur liberté de parole, que des soutiens et des possibilités de verbalisation. Par conséquent, en ajout, nous aurions utilisé d'autres méthodes telles que l'entretien à visée de recherche auprès des familles ou la construction de génogramme.

Pour ce qui est de notre sujet d'étude, nous avons ressenti une certaine culpabilité à utiliser les éléments que les sujets ont partagés avec nous dans le cadre du groupe de psychothérapie. D'une

part, nous n'avons pas d'accord explicite de leur part pour utiliser les éléments cliniques, d'autres part certains de ces éléments relèvent de la plus profonde intimité de ces patients, et nous avons donc essayé d'en préserver la majeure partie.

Enfin, cette recherche permet de créer un pont entre la compréhension du fonctionnement individuel du sujet porteur de TCA et la compréhension du fonctionnement familial dans lequel il s'inscrit. Elle attire l'attention sur le rôle dans la pathologie alimentaire, de la transmission intergénérationnelle, en évoquant le rôle de l'éducation, de la culture, et de la société.

De surcroît, les résultats montrent qu'il y a une relation entre troubles alimentaires et sexualité traumatique.

## VIII Conclusion

La pathologie alimentaire est complexe et implique différents acteurs et différentes origines. L'individu est en interaction continue avec sa famille et son environnement. Les troubles alimentaires viendraient signifier quelque chose qui a dysfonctionné dans les relations familiales et sociales. On peut se demander si cette « épidémie sociale des femmes blanches occidentales » (Gordon, 1996) ne serait pas le symptôme d'une angoisse qui traverse la société et la déborde ? À l'image du processus émotionnel dans la société de Bowen (1978). La société de consommation dans laquelle nous vivons n'affecte pas uniquement notre rapport aux biens matériels. Vincent (2000) parle de l'anorexie comme d'une nouvelle forme d'hystérie. Le symptôme prendrait ici la forme d'un combat contre l'écrasement du désir par la société de consommation. L'industrialisation de l'alimentation permet de mettre à disposition de la population une grande variété et quantité de nourriture ne laissant que peu de place au désir. Cette tendance du toujours plus, toujours plus vite affecte également les relations humaines avec la multiplication des sites de rencontres. Ils évoquent l'image d'une relation à autrui qui se consomme au dépend d'un clic de souris et s'annule aussi facilement. Différents programmes visuels dont les adolescents sont la cible, montre une image de la sexualité presque désaffectée, consommable, avec une dictée des rôles féminins et masculins qui entravent l'apprivoisement de l'autre dans sa singularité individuelle. Le matraquage et la tyrannie des images normées de la beauté, la mise en avant de la maigreur sont autant de flèches empoisonnées dans le sentiment interne de sécurité de la gente féminine dans notre société. Le comportement de consommation, de l'importance de l'avoir, (au dépend de l'être?), agit aussi sur la famille. Les divorces, les familles recomposées indiquent une difficulté sociale à composer avec autrui, témoins d'un rendez – vous manqué entre les besoins et attentes de l'homme et de la femme. Quels impacts cela a – t-il sur le sentiment de sécurité dans la famille et de la famille elle – même ?

Comme nous l'avons évoqué, les TCA peuvent aussi venir faire sens lors d'une difficulté d'élaboration de l'œdipe. Odile Barral (2007), nous dit qu'« une femme peut tenir une fonction « masculine », là n'est pas la question : le problème est que de moins en moins d'hommes l'exercent. » (cf. sitographie). Elle affirme cela dans le cadre de sa profession, juge des enfants. Elle pointe du doigt une dynamique familiale en mouvement où la place de l'homme, du père est fragilisée. Par ailleurs, Clerget (2015) nous parle des garçons en danger et met en perspective le combat pour l'égalité des sexes avec une difficulté pour la gente masculine à s'ajuster et à trouver une place satisfaisante face à l'avènement de ce nouvel équilibre. Il met en garde contre l'émergence d'un nouveau sexe faible. Les pathologies alimentaires concernent surtout (voire uniquement) nos sociétés occidentales. Elles prennent donc sens au vu d'une société en changement, d'un système en réorganisation avec des patterns interactionnels entre les hommes et les femmes en réajustement.

Enfin, à l'image des poupées russes l'enfant grandit dans un système familial qui est influencé par le fonctionnement de la société auquel il appartient. Les troubles alimentaires semblent résonner comme une pathologie de la dynamique familiale mais aussi sociétale. L'approche thérapeutique devra donc prendre en compte ces éléments, et adopter une écoute clinique avertie du côté du patient mais aussi de la dynamique relationnelle de sa famille. L'idée étant d'accompagner le sujet dans sa quête de place dans sa famille mais aussi dans la société.

## IX. Bibliographie & Sitographie

- American Psychiatric Association (2000). *Mini DSM – IV -TR*, Paris, Éditions Masson, (2004).
- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles*, Toulouse, Éditions Erès (2012).
- Bernfeld, K. (2007). *Déjouer les troubles alimentaires*, Paris, Éditions J'ai lu.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte I. L'attachement*, Paris, Puf (2002).
- Bruch, H. (1973). *Les yeux et le ventre*, Paris, Éditions Payot (1975).
- Brusset, B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris, Dunod, (2008).
- Chiland, C, et al. (1983). *L'entretien clinique*, Paris, Presses universitaires de France, Editions Quadrige, 2006.
- Clerget, S. (2015) *Garçons en danger*, Éditions Flammarion, Collections Essais, Paris.
- Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique*, Paris, Dunod.
- Cook – Darzens, S. (2014). *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'Adolescent*, Toulouse, Éditions Erès.
- Corcos, M. (2005) *Le corps insoumis*, Paris, Dunod.
- Corcos, M. (2010) *Le corps absent*, Paris, Dunod, (2005).
- Cosenza, D. (2014) *Le refus dans l'anorexie*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*, Paris, Éditions du seuil.
- Doron, R, Parot, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*, Paris, PUF, (2003).
- Dumet, N. (2006). J'engloutis, je vis, je suis. De l'hyperphagie à la subjectivation. Cahiers de psychologie clinique, n° 26, 69-83.
- Elkaïm, M. (1995). *Panorama des thérapies familiales*, Paris, Éditions du seuil.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Éditions Gallimard, 1987.
- Jeammet, Ph. (2012). *Anorexie, Boulimie, Les paradoxes de l'adolescence*, Paris, Librairie Athème Fayard.
- Kestemberg, E, et al (1972). *La faim et le corps*, Paris, PUF, coll. "le fil rouge", 1 vol.
- Lacan, J. (1966). *Ecrits I*, Paris, Éditions du seuil (1999)
- Minuchin S. (1978). *Familles en thérapie*, Paris, Éditions universitaires.
- Pedinielli, J-L., Fernandez, L., (2005). *L'observation clinique et l'étude de cas*, Paris, Armand Colin, 2007.
- Winnicott, DW, (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Éditions Payot. (1969).

### Sitographie

- Jacques MAÎTRE, « Sainte Catherine de sienne : patronne des anorexiques ? », Clio. Histoire, femmes et sociétés [En ligne], 2 | 1995, mis en ligne le 01 janvier 2005, consulté le 24 avril 2015. URL : <http://clio.revues.org/490> ; DOI : 10.4000/clio.490
- Barral Odile, « Que sont les hommes devenus ? », Empan, [En ligne] 2007/1 n° 65, p. 38-41. Consulté le 24 avril 2015. URL : <http://www.cairn.info/revue-empan-2007-1-page-38.htm>