

# Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent

## I. Troubles du comportement alimentaire du bébé

MF LE HEUZEY

Hôpital Robert Debré (Paris), Communication aux JTA (janvier 2004).

« *Bébé ne mange pas, bébé refuse le biberon, bébé crachouille* ». Les demandes et les inquiétudes des parents sont multiples lors de l'alimentation de leur enfant. Ces difficultés alimentaires sont en effet des symptômes très répandus, générateurs d'angoisse chez les parents et les soignants, mais qui pendant de nombreuses années ont été mal précisés .

Des difficultés mineures existeraient chez 25 à 35 % des enfants, et ces problèmes concerneraient 40 à 70% des prématurés et des enfants atteints de maladies chroniques

La terminologie elle même reflète le flou inhérent à ces troubles : refus alimentaire, phobie alimentaire, aversion alimentaire, anorexie du nourrisson, « petit appétit », anorexie du second semestre etc... Parallèlement lorsque le trouble alimentaire s'associe à un retard de croissance, et qu'aucune étiologie somatique n'est mise en évidence la situation clinique est celle d'un retard de croissance non organique, dit nanisme ou retard de croissance psychogène . En dehors du pica et du mérycisme, les troubles du comportement alimentaire de l'enfant n'étaient pas définis dans les grandes classifications internationales, et il a fallu que la classification de l'Association Américaine de Psychiatrie en soit à sa quatrième révision (en 1994) pour que les troubles du comportement alimentaire du jeune enfant soit répertoriés en tant que tels et différenciés des troubles du comportement alimentaire des autres ages de la vie (telles anorexie mentale et boulimie)

### 1. Les troubles de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance

Ces troubles ont une définition large : absence de prise de poids ou perte de poids significative depuis au moins un mois, non due à une maladie organique ni à un autre trouble mental, ni à un manque de nourriture, avec un début avant l'âge de 6 ans. La description et la compréhension de ces troubles ont beaucoup progressé depuis les travaux d'I Chatoor . Ces travaux ont inclus un nombre important de dyades mère-bébé avec des observations filmées des interactions mère/enfant durant les repas, une évaluation des apports nutritionnels, et un recueil précis des antécédents medico chirurgicaux de l'enfant et de sa mère. Il s'y est ajouté des observations supplémentaires pour apprécier l'attachement de la mère et de l'enfant ( évaluation par la situation étrange d'Ainsworth par exemple), les préoccupations alimentaires des parents etc....

Quatre catégories ont pu être ainsi précisées

**a. Le trouble du comportement alimentaire post-traumatique.**

Le refus alimentaire survient après un événement traumatique ou à la suite de plusieurs traumatismes chroniques ou répétitifs, portant sur l'oropharynx ou l'œsophage : il peut s'agir d'un accident de fausse route avec un solide, d'un traumatisme par tentative d'alimentation de force, de traumatismes d'origine médicale (sonde nasogastrique, nutrition entérale, intubation, aspiration etc...). .

Chez le nourrisson le refus alimentaire peut être sélectif : refus du biberon après un incident de vomissements ou de fausse route au biberon mais l'enfant accepte de se nourrir à la cuillère ; au contraire ailleurs, il refuse de manger du solide après s'être étranglé avec un aliment solide mais accepte le biberon. Dans les cas sévères l'enfant refuse toute alimentation.

Lors de l'événement traumatique l'enfant manifeste une grande détresse Dans les situations qui rappellent l'événement traumatisant, telle la préparation du repas, la mise de la serviette.. l'enfant manifeste des signes d'anxiété anticipatoire

Le statut nutritionnel de l'enfant est variable selon l'intensité du refus alimentaire, la durée du trouble, l'adéquation et l'adaptation des suppléances nutritionnelles.

Des complications à long terme peuvent se manifester dans le cas de refus alimentaire prolongé : retard du développement oromoteur, difficultés d'apprentissage de la mastication et de la déglutition, retard de développement du langage

**b. Trouble de l'alimentation de type trouble de l'attachement.**

Il apparaît entre 2 et 8 mois, donc de façon très précoce. Non seulement l'enfant présente des signes de malnutrition mais il existe aussi un retentissement sur le développement socio-émotionnel, cognitif et moteur : retard de développement intellectuel, apathie, retrait, voire tableau de dépression avec ralentissement, mimique figée, manque d'initiatives et manque d'interaction dans le jeu.

Durant les repas, plus qu'un conflit, on remarque une pauvreté des échanges voire une absence totale de réciprocité.

Le manque d'apport tant au niveau nutritionnel qu'au niveau affectif influe sur le développement de l'enfant et accentue ses troubles du comportement renforçant ainsi la distorsion de la relation mère-enfant

La mère souffre de troubles psychopathologiques notables générateurs de carence de soins tels schizophrénie, alcoolisme, toxicomanie, ou dépression Les formes les plus graves de troubles de l'attachement ont été décrits dans les situations de maltraitance et dans les contextes sociaux de grande précarité et pauvreté.

Il est ainsi particulièrement important de repérer le trouble mental de la mère, afin de le traiter . Cette approche peut être particulièrement efficace dans les cas de dépressions qui sont les troubles les plus accessibles à un traitement adapté

### **c. L'anorexie infantile.**

Elle débute en 6 mois et 3 ans avec un pic de survenue entre 9 et 18 mois. Le début coïncide souvent avec le passage à la cuillère et à la diversification de l'alimentation. Le refus alimentaire est durable et entraîne une malnutrition avec retentissement sur le développement staturo-pondéral.

Le comportement lors des échanges alimentaires est marqué par l'anxiété avec des interactions parents-enfant particulièrement conflictuelles et difficiles lors des tentatives d'alimentation .

Le parent exprime des affects négatifs, tente d'éviter le conflit en proposant des distractions pendant le repas et en essayant différents stratagèmes pour nourrir l'enfant par surprise.

Contrairement à ce qui a été parfois décrit, les mères d'enfant anorexique ne souffrent pas plus de troubles du comportement alimentaire et n'expriment pas plus d'insatisfaction de leur vie maritale et familiale que des mères d'un groupe contrôle.

Mais les difficultés pour nourrir l'enfant entraîne un sentiment de découragement chez la mère, ou à une attitude agressive, qui aggrave encore la qualité des relations, et dévalue la mère dans son rôle de mère nourricière.

Les enfants présentent, quant à eux, un tempérament particulier qui influe fortement sur les relations mère-enfant et sur la qualité de l'ajustement relationnel : les enfants anorexiques sont irréguliers dans leurs cycles veille/sommeil, très exigeants., irritables, imprévisibles, difficiles à apaiser, de tempérament difficile

De plus un apport calorique insuffisant aggrave l'irritabilité ...

### **d. Les «petits mangeurs»**

Les enfants manifestent des signes d'opposition à l'alimentation et n'acceptent généralement que certains aliments très sélectionnés. L'anxiété parentale est variable mais il n'y a pas de trouble grave de l'attachement entre la mère et l'enfant.

Le point fondamental est l'absence de retentissement sur la courbe de développement staturo-pondéral ; l'enfant ne présente aucun signe de malnutrition et son développement psychomoteur est normal.

Il était de tradition d'affirmer que le cas des petits mangeurs était bénin et que le « traitement » reposait sur la réassurance des parents. En fait, certains arguments (évolutifs et tempéramentaux en particulier) tendent à montrer qu'il s'agirait d'une forme atténuée d'anorexie infantile et que ce trouble serait un facteur de vulnérabilité pour l'apparition d'une anorexie mentale à l'adolescence

Les petits mangeurs ont des patterns de succion différents des sujets contrôle dans les premiers mois de vie ; lors de la diversification ils acceptent un nombre plus restreint d'aliments (moins de légumes), et entre 3,5 et 5,5 ans , les enfants petits mangeurs en particulier les filles n'augmentent pas leurs prises alimentaires

Certains auteurs s'attachent aussi à différencier parmi ces petits mangeurs de « vrais » petits mangeurs qui mangent de tout mais en petites quantités et les

bébés atteints de néophobies alimentaires qui ne mangent que certains aliments très sélectionnés et refusent toute introduction d'un nouvel aliment non connu. Ce trouble est plus proche d'un trouble anxieux où l'enfant ne sent pas sécurisé et a peur du nouveau et de l'inconnu.

Dans les deux cas le comportement alimentaire maternel joue un rôle fondamental : mère elle-même phobique alimentaire et anxieuse dans un cas, mère en proie à d'importantes préoccupations alimentaires dans l'autre cas.

L'enquête sur le comportement alimentaire des parents fait donc partie intégrante des investigations, même s'ils paraissent sans problème....

L'exemple de l'étude finlandaise de Saarileho est ainsi instructive : étude en population a priori « saine » composée de 397 enfants dont les 397 mères et 375 pères sont inclus dans un suivi de prévention de l'athérosclérose ; à 13 mois les enfants signalés comme ayant des difficultés alimentaires ont des mères qui expriment qu'elles n'ont pas de plaisir à manger, qu'elles grignotent sans faim et les pères ont des préoccupations liées à des difficultés à maintenir un poids idéal.

En résumé, peut-on rassurer les parents des petits mangeurs ?

Certes, notre objectif, en tant que médecins, n'est pas de les stresser et de les inquiéter d'emblée, mais au fil des consultations, il faut regarder la courbe pondérale et staturale de l'enfant, et pendant les entretiens avec les parents (la mère, le père s'il vient) nous devons nous renseigner sur le comportement alimentaire familial et les conditions matérielles des repas (repas collectif ou individuel, cuisiné ou non, avec ou sans TV, avec couverts ou non, grignotage, sélections, régimes etc...)

## 2. Deux troubles du comportement alimentaire de l'enfant particuliers

### a. *Le Mérycisme*

Le mérycisme est la régurgitation active et répétée de nourriture, suivie de mâchonnements qui se développe pendant la première ou deuxième enfance après une période de fonctionnement normal, généralement entre 3 et 12 mois. Les aliments partiellement digérés sont régurgités sans effort, sans nausée et sans dégoût, en l'absence de maladie gastro-intestinale associée les aliments sont ensuite recrachés ou plus souvent remastiqués et reavalés.. Souvent on observe une émission continue de liquide par les commissures labiales, et le linge de l'enfant, mouillé dégage une odeur aigrelette. Le phénomène se produit quand l'enfant est seul : il paraît totalement absorbé, le regard vide, "béat", indifférent à l'environnement

L'appétit n'est pas altéré, il paraît même augmenté ; les enfants mangent plutôt goulûment entre les épisodes ; et pourtant une absence de prise de poids voire une perte de poids sont notées. La malnutrition est parfois tellement sévère qu'elle peut être fatale (on a rapporté des taux de mortalité pouvant atteindre 25%)

Le trouble est rare, touchant plus les garçons que les filles

Ce trouble survient dans les contextes de grande carence avec défaut de stimulation, carence de soins, et trouble de la relation mère-enfant comme dans le trouble de

l'attachement

L'existence d'un trouble psychopathologique grave comme retard mental ou autisme est un facteur favorisant

### **b. Le Pica**

Du latin *pica* (« pie »), cet oiseau mangeant toute sorte de choses.

*(xvi<sup>e</sup> siècle) Aucunes ont appetit depravé, avec nausée, dit des anciens pica, faisant qu'elles desdaignent les bonnes viandes, et quelquefois appetent choses contre nature. — (Ambroise Paré, XVIII, 64).* En médecine, perversion du goût caractérisée par de l'éloignement pour les aliments ordinaires et par le désir de manger des substances non nutritives (craie, charbon, terre, ...)

Le pica est l'ingestion répétée de substances non nutritives. Le type de substances ingérées varie avec l'âge : les nourrissons et jeunes enfants mangent du plâtre, de la ficelle, de la peinture, du tissu, des cheveux ; les enfants plus âgés peuvent manger du sable, des insectes, des feuilles, des cailloux, des excréments d'animaux. Il n'y a pas d'aversion pour la nourriture. Ce comportement peut être considéré comme banal entre 6 et 12 mois lorsque l'enfant explore le monde en portant les objets à sa bouche . Le comportement est considéré comme pathologique s'il devient fréquent, durable (plus d'un mois), s'il est clairement inadapté au stade de développement de l'enfant, et s'il ne représente pas une pratique culturellement admise

La prévalence du trouble n'est pas connue.

A coté des facteurs culturels qui peuvent parfois expliquer une relative tolérance au symptôme, les facteurs socio économiques jouent un rôle certain : la pauvreté, la carence de soins, le manque de surveillance, la vie en milieu insalubre sont des facteurs de risque

Par ailleurs le pica survient souvent chez des enfant souffrant de retard mental ou de trouble envahissant du développement

Le pica est parfois diagnostiqué à l'occasion d'une des fréquentes complications médicales qui en émaillent l'évolution : intoxication au plomb à la suite d'ingestion de peinture ou plâtre anémie, retard staturo-pondéral dans les formes graves, maladies parasitaires comme toxoplasmose, toxocarose, problèmes intestinaux mécaniques :, bézoards, avec risque d'occlusion intestinale, perforation intestinale

## **3. Les applications thérapeutiques**

Dans le trouble post-traumatique, le traitement repose essentiellement sur des techniques de psychothérapie comportementale avec travail sur l'anxiété et réapprentissage progressif de l'alimentation par l'enfant.

Le programme s'établit avec tous les intervenants, et avec programmation de paliers très progressifs de réintroduction alimentaire avec des renforcements positifs et établis de façon à ce qu'il n'y ait pas d'échec et pas de retour en arrière.

En France, malheureusement, peu d'équipes sont formées à ces techniques qui devraient inclure personnel soignant, parents, mais aussi psychologues, orthophonistes et éducateurs

Il serait également utile de mettre en place des procédures préventives des troubles lors de l'intervention médicale sur la région oropharyngée comme lors de la mise en place d'assistances nutritionnelles

. Dans le trouble de l'attachement et le mérycisme l'intervention d'une équipe pédopsychiatrique complète est nécessaire : traitement des troubles psychopathologiques parentaux, prise en compte des conditions socio-économiques, travail psychothérapique au long cours sur l'investissement de l'enfant par la mère(et le père).

Dans l'anorexie infantile, le recours à un psychothérapeute est nécessaire :le traitement psychothérapique se centrera sur la relation parents-enfant, en aidant les parents chacun dans leur rôle et dans l'apprentissage d'un meilleur ajustement au tempérament de l'enfant

Pour les « petits mangeurs » on tente de dédramatiser, en donnant des conseils éducatifs de bon sens, pour ne pas accentuer l'anxiété des parents : présenter des aliments adaptés et variés, ne pas forcer, ne pas donner de distraction à l'enfant pendant qu'il se nourrit, donner des limites, respecter des horaires et une hygiène de vie .On reste néanmoins très vigilant pour l'évolution

Dans le pica, c'est avant tout une intervention éducative et sociale sur les conditions de vie qui est nécessaire

#### **4. Conclusion**

les troubles du comportement alimentaire du bébé constituent « un monde plus ou moins exploré ». Comme toute situation pathologique, ils nécessitent une investigation médicale avec diagnostic. Le traitement et l'évolution dépendent de cette analyse .

Parmi les données récentes nous insistons sur le risque potentiel à long terme de troubles du comportement alimentaire chez les enfants anciens petits mangeurs.

## **II. Les Troubles des Conduites Alimentaires et de l'enfant et de l'adolescent**

### **1. Anorexie mentale**

Bernard BRUSSET

*Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, 1995, Tome 2

Débat organogénèse/psychogénèse ancien, toujours d'actualité  
Premières descriptions dès 1669, puis Lassègue (1873), définition clinique précise en terme d'hystérie.

Pathologie de la fonction alimentaire

#### **a. Signes cliniques**

Survenue à l'adolescence, surtout des filles.

Incidence générale : 0,64 pour 100 000

Augmentation de la fréquence chez les adolescentes occidentales vivant en milieu aisé

**La triade :**

- Amaigrissement supérieur à 10% du poids (régimes amaigrissants de plus en plus stricts) qui n'inquiète pas le sujet
- Aménorrhée de plus de six mois
- Absence de trouble psychiatrique évident

**Autres signes :**

- Absence d'antécédents de problème alimentaire
- Perturbations dans les relations avec l'entourage (pauvreté des émotions, des intérêts pour les autres)
- Hyperactivité intellectuelle
- Maintien de l'adaptation sociale (pseudo-normalité, conformisme)
- Aspect corporel décharné

**b. Evolution**

- 1) **Phase dépressive** : après survenue d'un événement déclencheur (deuil, séparation, agression sexuelle, déception)
- 2) **Phase optimiste** : équilibre psychologique apparent retrouvé grâce à la restriction alimentaire, détermination à poursuivre malgré les remarques et l'inquiétude de l'entourage
- 3) **Phase cachectique** : angoisses archaïques, désinvestissement, activités stéréotypiques, parfois alternance anorexie/boulimie

**c. Pronostic**

Meilleur pronostic si début juste après la puberté (plus sombre si survient vers 18 ans)

- Risques somatiques : dénutrition chronique (sans déficit protéique, donc mieux supportée que la dénutrition aiguë, avec maintien longtemps de la masse musculaire), perturbations endocriniennes avec arrêt du développement pubertaire.
- Risques psychologiques : évolution psychotique, évolution psychopathique (conduites délinquantes, vols de nourriture), évolution névrotique (hystérie, phobie, obsessionnelle)

**d. Trois aspects à prendre en compte dans la prise en charge**

**a. Le milieu familial**

On ne peut pas entamer une prise en charge sans étudier comment fonctionne la famille. Le fonctionnement familial serait dominé par :

- Place importante de l'alimentation
- Pauvreté des communications (souci de donner une bonne image sociale)
- Valorisation de la réussite scolaire et sociale
- Evitement des conflits (difficultés de séparation)
- Mère dominante, père effacé

### **b. La relation au corps**

- Souci de l'apparence corporelle (hantise de grossir, valorisation de la minceur, Cf. stéréotype social de la beauté féminine, Cf. l'idéal du moi prédominant et autosuffisant est ici d'ordre corporel). Maigrir : emprise et omnipotence.
- Valorisation des sensations corporelles (confusion fantasmes/éprouvés corporels), dimension anti-métaphorique. Les sensations physiques se substituent à l'érogénéité du corps.
- Usage toxicomane de l'alimentation (régression au stade univoque plaisir/déplaisir)
- Troubles de la perception et de la représentation du corps

### **c. Le rapport anorexie/boulimie**

- Boulimie : absorption rapide de grande quantité de nourriture dans un court laps de temps. 50% des anorexiques. Dimension addictive.
- Certains obèses seraient des anciens anorexiques ayant compensé par une addiction à la nourriture
- Devenu boulimique (obèse) l'anorexique regrette le temps de la restriction, le plaisir de ressentir et de maîtriser le sentiment de vide intérieur.

### **d. Formes cliniques**

#### **Diagnostiques différentiels :**

- Maladie organique
- Virage schizophrénique
- Dépression

#### **Formes cliniques**

- Formes prépubertaires (11/16 ans) et tardives (18/30)
- Anorexie du garçon (10%, plutôt prépubertaire)
- Anorexie du nourrisson.
- Formes à début à l'âge adulte, rares mais mauvais pronostic

NB : l'anorexie serait exceptionnellement rare chez les personnes noires (Afrique et Amérique).

### **e. Etude théorique**

#### **Historique**

1914 : "*Cachexie hypophysaire*" par Simmonds, tant il est difficile d'imaginer une cause psychique à un tableau clinique spectaculaire. Cf. Tt hormonaux.

Inhibition cortico-hypothalamo-hypophysaire ... (théorie organiciste). Cf.

Tt/electrochocs, neuroleptiques,

Tt psychologique : séparation d'avec la famille.

Dans une perspective organiciste, la reprise de poids est considérée (à tort) comme la guérison.

La mère aurait répondu à toute demande affective de l'enfant par l'alimentation (modèle de l'apprentissage)

Organisation narcissique originale apparentée à la psychose ("psychose froide" de Kestenberg et Decobert, 1972). Fantasme mégalomane d'auto-suffisance.

Erotisation de la sensation de faim.



### ***La structure psychique de l'anorexique***

Il s'agirait d'un mode de structuration psychique original.

*Il s'agit d'une conduite agie de fantasme à triple particularité :*

- de polariser les intérêts et préoccupations du sujet
- de provoquer des changements, parfois spectaculaires, dans l'apparence physique et le vécu corporel
- de déclencher des réactions intenses de l'entourage

Logique circulaire entre effets et causes qui renforcent l'inertie du système.

Les particularités de l'organisation psychique :

- narcissisme et position mégalomaniacale
- auto-érotisme régressif (érotisation pré-objectale de la sensation de faim)
- prévalence de la pulsion de mort (destruction du corps perçu comme vide, figé)

Envahissement psychique par les sensations corporelles et empêchement de la vie représentative autre. D'où vide mental.

Les sensations corporelles ne cessent pas et ne s'arrêtent que par épuisement et chute dans le sommeil. Ruminations mentales ("mércisme de lapensée").

Dépendance vis à vis de l'objet externe, adhésion conformiste aux attentes de l'autre. Cf. faux-self.

Comparaison avec l'ascétisme religieux : le conflit antagoniste entre narcissisme et investissements objectaux.

Noyau fantasmatique de "désir de non désir", clivé et projeté dans le corps.

Narcissisme négatif et pulsion de mort (Green, 1967).

"Plutôt rien que pas assez"

### ***La genèse de l'anorexie mentale***

Echec dans l'adaptation à la puberté.

Une fragilité du moi jusque là inaperçue se manifeste à l'adolescence, en recherche identitaire et devant intégrer la sexualité génitale.

Refus de la féminité ? Intense régression pulsionnelle

Réactivation des conflits de la première enfance, pour les filles, ici, de la relation spéculaire à la mère comme objet de même sexe.

Premières expériences d'autonomie difficiles ? Rejet des identifications primaires.

Les transformations corporelles de la puberté sont négativement investies et ressenties comme emprise de l'objet et menace à l'intégrité.

Fantasme de retour in utero.

### ***Le point de vue de la théorie mimétique***

L'ouvrage *Anorexie et désir mimétique* de René GIRARD permet de déconstruire le mythe psychiatrique de l'anorexie. Ce que l'on appelle anorexie n'est qu'un désir impérieux de maigrir, et contrairement à ce que pose l'étymologie ("manque d'appétit"), les anorexiques ont faim et s'empêchent de manger. Dans une société obsédée par la minceur et le désir d'être mince, les anorexiques ne sont autres que les championnes de la compétition qu'entretiennent les femmes entre elles. Dans ce jeu de rivalité, il n'y a pas de place pour la sexualité ni pour l'homme, contrairement aux théories pour lesquelles la jeune fille voudrait séduire son père ou trouverait dans son comportement une façon de résoudre un problème inconscient. L'anorexie est bien une maladie grave, surtout dans la mesure où elle cause des problèmes de santé physique, mais c'est une maladie contagieuse du désir mimétique, d'un désir

de maîtriser sa vie et son corps par le jeûne dans une société qui propose trop peu de repères, certaines anorexiques se laissant littéralement mourir de faim. Sur le sujet, le commun des mortels en sait plus long, paradoxalement, que les experts, qui sous le poids de leurs vieilles croyances, noient l'évidence sous des considérations complexes. Cette idée se retrouve assez fréquemment chez Girard, qui prédit un effondrement des théories de l'herméneutique comme la psychanalyse ou tout ce qui postule l'existence d'un inconscient.

#### **f. Les traitements**

La méthode traditionnelle : isolement par hospitalisation avec alimentation forcée. Cf. comportementalisme et illusion de guérison par reprise du poids. Rechutes nombreuses.

Actuellement, on considère l'hospitalisation comme un moyen de mettre en place une prise en charge dans la durée.

Prise en charge somatique et psychologique (thérapie institutionnelle et individuelle)  
Anti-dépresseurs, parfois neuroleptiques.

P. Jeammet : la séparation d'avec la famille est l'élément essentiel ; d'où suppression de toute incitation à manger mais convention d'autorisation de sortie à un poids fixé conventionnellement. D'où un mouvement dépressif (seul avec soi-même) qui favorise l'engagement psychothérapique.

Difficulté d'installation du transfert (menaces de rupture) et nécessité d'analyse contre-transférentielle (provocation au sadisme).

Renforcement de l'estime de soi.

Travail associatif difficile.

Prise en charge des parents voire psychothérapie familiale.

#### **g. Conclusion**

Syndrome d'échec de l'adaptation féminine à la puberté

Les déterminismes primaires renvoient aux premières relations mère-enfant qui induisent un rapport au vécu corporels particuliers.

Désir régressif de fusion

Idéal du moi mégalomane

Danger des prises en charge uniquement médicamenteuses

Hospitalisations négociées avec la patiente

Traitement précoce et global

Prise en charge des parents

## **2. La boulimie**

Bernard BRUSSET

*Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, PUF, 1995, Tome 2*

#### **a. Définition**

Accès d'absorption rapide et incontrôlée de grande quantité de nourriture sous l'effet d'une contrainte ressentie comme irrésistible et se terminant par un vomissement provoqué. Elle est différente de l'hyperphagie des obèses

Nette prévalence féminine (six filles pour un garçon).

Souvent associée à l'anorexie (50% des cas), d'où le syndrome mixte anorexie/boulimie.

Description complète faite par Wulff en 1932.

O. Fenichel l'a classée dans les addictions.

Accroissement important actuellement chez les adolescentes des pays occidentaux. 1,5% de la population générale, 7% des adolescents.

Avec les toxicomanies et l'anorexie, elle est au cœur de la psychopathologie de l'adolescence.

Souvent associée à la dépression.

### **b. Clinique**

Classé dans les TOC dans le DSM.

Cinq critères :

1. Episodes répétés
2. Sentiment de perte de contrôle du comportement alimentaire
3. Recours aux vomissements, aux laxatifs, aux diurétiques, restrictions alimentaires, exercices physiques
4. Deux accès par semaine pendant au moins trois mois
5. Préoccupation excessive du poids et des formes corporelles

Facteur déclenchant : honte, sentiment d'échec et de solitude.

Conscience du caractère pathologique

Aliments pyhercaloriques, parfois du lait.

Le poids est normal dans 70% des cas, excessif dans 15% des cas, insuffisant dans 15%.

Comme l'anorexie, désir d'être mince, musclée, ...

Cause de dépendance et de sentiment angoissant d'aliénation.

Parfois associée à l'alcoolisme ou à la pharmaco-dépendance.

Il s'agit d'évaluer le degré de gravité, la place que tient cette conduite dans la vie de l'adolescente.

Logique addictive : appauvrissement de la vie relationnelle, affective, fantasmatique, de l'activité psychique.

### **c. Théorie**

On retrouve les mêmes paramètres que dans l'anorexie.

#### ***Point de vue socio-culturel***

Illustration des effets aberrants de la logique marchande et de la surconsommation.

Stéréotypes de la fémininité.

Forte augmentation dans les pays riches.

En lien avec l'augmentation générales des troubles du comportement des adolescents, la crise des valeurs traditionnelles, les sollicitations à la consommation, le souci de la performance, de l'apparence, l'évolution de la parentalité et des configurations familiales.

#### ***Point de vue biologique***

Dysfonctionnement de sites cérébraux impliqués dans la régulation du comportement alimentaire (hypothalamus), et recherches sur l'impact au niveau des équilibres entre neuromédiateurs (adrénergiques, sérotonine, dopamine).

### **Phénoménologie**

La boulimie laisse voir une décharge pulsionnelle et la recherche de la décharge.

Rupture avec les capacités d'adaptation aux besoins biologiques.

Comme une revanche de la nature sauvage sur la culture et le surmoi.

L'urgence à manger abolit le temps comme lieu de l'imaginaire, abolit des interdits.

Délivrance des contraintes du moi et sur surmoi, de la réalité, même la recherche du plaisir.

La seule limite est la douleur de l'estomac.

### **d. Métapsychologie**

Modèle freudien de la *névrose actuelle*, impossibilité de penser.

Modèle du passage à l'acte en l'absence d'autre issue (refoulement)

Modèle du registre oral archaïque (régression intense), avinité, intolérance à l'attente, angoisses de dévoration

L'appropriation sauvage d'un objet qui est possédé, confondu, fusionné, incorporation cannibalique et secondairement fécalisé

Consommation d'un objet nié comme objet, pulsion partielle, auto-érotisme, vise à annuler la dépendance

Remplissage frénétique pour éviter le manque

Rupture du sentiment de continuité du moi

Défaut d'intériorisation des instances interdictives et régulatrices du narcissisme.

Défaut d'introjection pulsionnelle.

Fragilité des élaborations symboliques

### **e. Traitement**

Médicalisation déculpabilisante, mais absence d'étiologie organique.

Thérapies comportementales et cognitives.

Thérapies analytiques

Désinvestissement progressif de la conduite boulimique dont la fonction défensive est devenue consciente, libérant les capacités d'élaboration des conflits.

Pronostic meilleur que dans l'anorexie car forte charge libidinale.

Résolutions d'angoisses abandonniques, du conflit de dépendance, de la position dépressive, du conflit œdipien.

## **3. Traitement des TCA**

Philippe JEAMMET

*Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, 1995, Tome 2

### **a. Introduction**

Thérapeutique classique : hospitalisation avec isolement

Innovations thérapeutiques surtout pour la boulimie vu l'explosion des cas.

Changement important dans l'évolution des objectifs thérapeutiques, surtout du fait de nouveaux apports étiopathogéniques.

Prise en compte davantage du trouble de la personnalité, et de l'effet pathogène de la prolongation du TCA (effets somatiques, effets psychiques, savoir renforcement du clivage).

Il faut, au delà de l'objectif de la disparition du symptôme TCA, évaluer les troubles de l'humeur, du désinvestissement relationnel et professionnel.

L'objectif thérapeutique est devenu une modification du rapport avec elle-mêmes, le vécu de leur image corporelle, la prise en compte de leur besoin affectif (dépendance).

Risque de chronicisation du TCA : disparition de la signification relationnelle du TCA et installation d'un vide psychique (désobjectalisation) ; renforcement du caractère violent, auto-destructeur du TCA.

Impératif thérapeutique : l'aborder d'abord comme un trouble de la personnalité, et acceptation par la patiente et sa famille des mesures thérapeutiques proposées.

Prise en charge plus facile dans l'anorexie (capacité de contrôle et de maîtrise plus facilement mobilisable) que dans la boulimie.

## **b. Les méthodes thérapeutiques**

### **Mesures diététiques**

Nécessaires, parfois pour des raisons vitales (dénutrition de l'anorexie, déséquilibres hydro-électrolytiques).

Réalimentation parentérale, entérale par sonde ou encadrement diététique et alimentaire par une personne présente aux repas.

Eviter la passivation de la patiente (équipes spécialisées).

Programmes de réalimentation intégrés dans des approches cognitivo-comportementales.

### **L'hospitalisation**

Surtout l'anorexie, rarement la boulimie.

Pour la boulimie, elle est préconisée devant une patiente menacée d'une désorganisation psychique ou un état dépressif grave, et devant la recrudescence des accès ("*Etat de mal boulimique*").

L'indication princeps d'hospitalisation concerne l'anorexie avec dénutrition.

### **Les objectifs, deux options :**

- "*Contrat poids*" : simple objectif de reprise du poids, hospitalisation la plus brève possible et centrée sur le programme alimentaire
- Modification psychique : objectif plus profond de modification psychique, le contrat poids devient un moyen et l'hospitalisation plus longue.

Les moyens :

- soit approche cognitivo-comportementale dans le premier cas (plus rassurante mais risque d'accroissement des défenses obsessionnelles et de défense de caractère)
- soit approche psychothérapique (individuelle et institutionnelle) dans le second cas (plus anxiogène) ; réanimer l'envie relationnelle, gestion de l'anxiété, restauration d'un auto-érotisme positif (se faire plaisir autrement). Grande sensibilité de ces patientes narcissiques aux variations de la distance relationnelle.

Ces deux approches supposent des relations soignant-soignés importantes et durables. Cf grande dépendance de ces patientes de leur environnement et crainte de tout changement. Nécessité d'équipes spécialisées.

Durée moyenne de l'hospitalisation : deux à six mois.

Devenir au long cours : lieux de post-cure, établissements médico-sociaux, appartements thérapeutiques, hôpitaux de jours, CATTP.

### ***Les psychothérapies***

Deux courants : psychanalyse et thérapies cognitivo-comportementales.

Les thérapies analytiques ont évolué du modèle de la conversion hystérique à celui des états-limites (problématique de la dépendance).

Travail de renforcement du moi, de nomination des éprouvés, auxiliaire du fonctionnement mental.

### ***Les thérapies familiales***

Importance de la prise en compte de la complexité de ces troubles et de l'importance des interactions de la patiente avec son l'environnement.

Groupes de parents

#### ***c. Modalités thérapeutiques et indication***

Prises en charges dans la durée car la TCA s'inscrit dans la durée.

Il ne s'agit pas d'une crise passagère à réduire au plus vite.

Le TCA révèle une rupture dans le développement de l'adolescent, d'une régression dangereuse.

Il faut élaborer un projet thérapeutique personnalisé avec la patiente et ses parents.

#### ***Le premier entretien***

Important car détermine les attitudes futures de la patiente très vulnérables au regard de l'autre.

Vérité de la relation

Montrer à la patiente la complexité de sa situation, fonder les grandes lignes du projet thérapeutique.

Nécessité d'un interlocuteur référent, souvent celui qui est à l'origine de la prise en charge (MG, psychiatre, ...).

#### ***Thérapie bifocale et référent professionnel***

Nécessité d'une thérapie bifocale (psycho + médical) avec ce référent. Le référent se charge du traitement médical, de son suivi, du monde externe. L'équipe spécialisée vise le monde interne.

Dichotomie souvent refusée par les patients qui évitent leur monde interne ; souvent mise en place progressive.

Le contrat de poids, qui ne concerne que l'anorexie mentale, est un instrument puissant de mobilisation, fonction tierce.

Pour la boulimie, le carnet alimentaire joue ce rôle.

#### ***L'implication des parents***

Les associer à la prise en charge, groupe de parents, ...

#### ***d. Conclusion***

Peu d'analyses comparées des différentes méthodes.

Le plus efficace : prise en charge globale : cognitive, psycho, médical, parents.

### III. L'obésité infantile.

Gérard SCHMIT

*Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, 1995, Tome 2

#### 1. Définition

Surcharge pondérale par accumulation des graisses de réserve.

+ 20% du poids normal pour l'âge (IMC).

Pathologie de la fonction alimentaire.

Débat ancien et toujours actuel entre causalité organique ou psychique.

#### 2. Fréquence

5% d'enfants obèses

Filles = garçons.

50% se constitue dans la petite enfance, souvent avant deux ans, et 50% entre 7 et 12 ans.

En augmentation dans les pays occidentaux.

#### 3. Problématique de l'enfant obèse.

##### a. Facteurs socio-économiques

Retentissement cardio-vasculaire, impotence fonctionnelle, réduction de la longévité.

Sollicitation au plaisir immédiat par mise à disposition d'aliments abondants et variés

Facteurs culturels : mise en valeur de la minceur, d'où perception négative des obèses, rejet, discrédit, d'autant que le trouble s'expose.

Difficulté de l'enfant obèse à s'organiser dans le vécu relationnel entre attrait et rejet.

##### b. Gravité somatique

Mauvais pronostic sur le plan pondéral de la prise en charge au long cours.

La plus grande partie des enfants obèses deviennent des adultes obèses.

Obésité dite commune, la plupart des cas, origine environnementale.

Obésités organiques, plus rares : génétiques, endocriniennes (Cushing iatrogène) ou malformatives. Cf syndrome de Laurence-Moon-Biedl, de Willi-Prader, ... toujours associées à d'autres signes cliniques.

#### 4. Comportement de l'enfant obèse

Importance de l'hyperphagie et de la passivité, de l'inactivité physique (H. BRUCH, 1975. L. KREISL, 1967).

Parfois, l'hyperphagie est difficile à quantifier.

Prévalence des plaisirs passifs de type voyeuriste.

#### 5. Physiopathologie

Recherches importantes sur trois axes : hérédité, étude du tissu adipeux, bilans énergétiques (métabolisme).

##### a. Hérédité

- Facteur génétique incontestable. Mode récessif. Anomalie enzymatique.

- Facteur familial (habitudes alimentaires familiales, organisation de la fonction oro-alimentaire chez le tout petit enfant).

### **b. Métabolisme du tissu adipeux**

- Mécanismes de régulation alimentaire perturbés au niveau cellulaire (adipocytes).
- Nombre excessif de cellules adipeuses qui se constituent pendant la première année de vie ; impact de la fonction oro-alimentaire chez le nourrisson.

### **c. Mécanismes de régulation du bilan énergétique**

La régulation du bilan énergétique se fait par trois voies :

- déclenchement du sentiment de faim par signal des cellules répondant à la glucoprivation transmis aux centres régulateurs du diencephale et rhinencéphale.
- déclenchement de la satiété par récepteurs hypothalamiques et degré de réplétion gastrique
- mécanisme lipostatique neuro-endocrinien induisant un cycle de 24h lipolyse/lipogenèse.

Chez l'enfant obèse le cycle nyctéméral du comportement alimentaire est perturbé, le cycle d'activité orale est raccourci. En lien avec des perturbation du sommeil paradoxal. D'où difficulté d'engagement dans les activités de sublimation. Induction d'un mode de plaisir fixé à la sphère orale.

## **6. Psychopathologie**

Pour les parents, l'obésité de l'enfant tient plus de l'état que du symptôme : la consultation spontanée est rare, elle est souvent induite par un tiers professionnel. Elle est vue comme une adaptation positive acceptée.

L'acteur de la prise en charge se trouve confronté à :

- un fonctionnement familial organisé intégrant l'obésité de l'enfant
- un fonctionnement individuel faisant de l'obésité un élément constitutif du soi

***Le comportement alimentaire façonne une réalité corporelle, donc psychique.***

### **a. Les facteurs individuels**

#### ***Les expériences alimentaires précoces***

L'obésité précoce suit souvent une anorexie du nourrisson.

Perturbation de la relation mère-enfant, réaction par le comportement alimentaire au type de maternage.

Nourrisson angoissé, réaction de gavage maternelle.

Défaut d'apprentissage de la sensation de faim (défaut du pare-excitation) ; réponse par la nourriture à toute manifestation émotionnelle ; troubles des premières représentation de l'image du corps, de l'altérité, d'où tr. de personnalité.

#### ***Les aspects dynamiques du symptôme en regard du développement pulsionnel***

##### ***Etape prégénital***

M. SOULE (1967), l'intense sensation de faim et la défaillance du pare-excitation.

A. FREUD (1968), la fonction alimentaire est engagée dans le travail de symbolisation des activités pulsionnelles, risque de maintien d'un lien archaïque à la mère.



### **L'œdipe**

Importance de l'étape œdipienne, nécessité de se distancier des satisfactions orales les plus investies dans le passé, prototype de la jouissance sans conflit. Prise en compte des activités orales par la pulsion de mort. Ambivalence.

### **La puberté**

La puberté ré définit le symptôme alimentaire en fonction de la confrontation au choix d'identification sexuelle.

Impossibilité du choix d'identification sexuelle, refus d'une appartenance sexuelle, aspiration à la bisexualité (Chiland, 1975). Idéal hermaphrodite.

### **Les bénéfiques secondaires**

Fonction de protection de l'obésité :

- Dispense de certaines activités vécues comme pénibles (mise en compétition, agressivité, désirs sexuels)
- Evitement de déceptions, refuge dans la rêverie, sentiment d'omnipotence)
- Satisfactions négatives (masochiques) : examens médicaux, régimes, moqueries, brimades,
- Maintien du statut de petit enfant avec ses prérogatives (soins corporels, relation adhésive, dépendance maternelle, moindre exigence du père, place privilégiée dans la fratrie)

#### **b. Facteurs familiaux**

L'obésité de l'enfant représente un fonctionnement familial qui privilégie la communication infra-verbale, le corporel exhibé.

Système d'interaction familial figé dans la prévalence de la nourriture, pauvreté des intérêts culturels, conformisme tranquille.

Mère visant une éducation parfaite au détriment d'une attention aux besoins propres de l'enfant. Père distant.

## **7. Formes cliniques**

Trois aspects cliniques (H. Bruch, 1957) de l'obésité infantile :

- obèses sans problème émotionnel
- obésité névrotique
- obésité avec trouble de la personnalité

#### **a. Obésité infantile sans problème psychologique apparent**

Enfants normalement actifs, obésité précoce, surpoids modéré, conseils diététiques efficaces, "*obèses heureux*"

#### **b. Obésité réactionnelles et névrotiques**

Réactionnelles : événement traumatique (séparation, chirurgie, ...), vers 7 ans (réactivation d'une problématique œdipienne).

Obésité névrotique, associée à des symptômes anxieux, obsessionnels, plus souvent phobiques

#### **c. Obésité et trouble de la personnalité**

"*Obésités de développement*" de H. Bruch, "*obésité de caractère*" de Kreisler.

L'obésité est indispensable à l'identité, sensibilité extrême à la frustration, angoisse de séparation, sens de la réalité perturbé. Clinique psychosomatique (pensée opératoire, P. Marty). Evitement du conflit.

## 8. Prévention

Nécessité d'une prévention précoce, dès les premiers mois de vie.

La transmission d'un savoir naturel, de mère à fille, concernant le maternage est plus aléatoire que par le passé.

Aider les parents à avoir confiance en leur propre capacité.

Agent de prévention : MG, PMI, pédiatre ...

Plusieurs cas de figure :

- nourrisson petit mangeur et mère insécure, culpabilité et réaction de gavage
- nourrisson vorace et mère anxieuse, réaction de maîtrise, de surinvestissement mécanique des prises alimentaires
- nourrisson normal et mère dépressive, pleurs non identifiés, réaction d'alimentation de compensation.

Escamotage de *"l'aire du jeu oral"* mère-enfant (M. Soulé).

## 9. Traitement de l'obésité infantile

Méthodes de restrictions alimentaires, mais à mettre en place très progressivement, après une prise de contact et une mise en confiance suffisante (transfert archaïque).

Ne pas s'en tenir à l'objectif de normalisation du poids, même s'il y a nécessité d'un régime alimentaire.

Quand la confiance est établie, proposer consultation chez nutritionniste, voire parfois hospitalisation ou établissement de cure.

Attitude paradoxale des parents quant au suivi du régime.

Parfois consultation pour autre chose, l'obésité étant niée familialement.

Objectif de remettre en cause le fonctionnement familial.

Pas de contre-attitude surmoïque ...

Parfois, l'obésité n'est qu'un élément d'un ensemble psychopathologique.

Parfois, l'obésité se maintient et autorise une vie psychique normale.

\* \* \*