

L'adolescence et les troubles alimentaires

Ma contribution à cette journée s'est construite à partir de plusieurs sources d'intérêts. Je fais partie de ces « cliniciens » qui ont vu s'élargir le champ des troubles à l'adolescence, tout d'abord dans ses aspects symptomatiques (formes d'inhibition autrefois / actes, dépendances aujourd'hui) mais aussi structurels (les pathologies border line). J'ai donc été amené à m'intéresser aux changements socio-anthropologiques potentiellement impliqués derrière ces nouvelles problématiques de subjectivation à l'adolescence que sont les nouvelles formes de violences, de dépendance. Aussi, cela m'a amené dans un cheminement interdisciplinaire, voire transdisciplinaire, m'inscrivant à la fois aujourd'hui comme enseignant chercheur dans un laboratoire ancré dans la socio-anthropologie et dans des équipes de recherche très mixtes (sociologie, psychiatrie, psychanalyse,...) et comme praticien dans des pratiques de prise en charge ouvertes à la famille, aux groupes.

Je vous propose donc de revenir de manière brève sur ces changements sociaux qui m'ont conduit à orienter ma pratique de recherche et de soin psychique. Par la suite, je voudrais m'arrêter plus longuement sur ce qui me paraît modéliser les problématiques de dépendance ou d'addiction à l'adolescence et tout particulièrement chez la jeune fille, les troubles des conduites alimentaires. Enfin, rapidement, car d'autres que moi en parleront, je me propose de commencer le débat sur les prises en charge.

+ Changements socio-anthropologiques et adolescence

Je viens juste de terminer un travail de synthèse sur ce qui m'apparaît quant aux changements dans l'horizon social et ses conséquences sur notre clinique avec les adolescents. J'ai le sentiment aujourd'hui que les dynamiques de transmission ont beaucoup changé dans le monde social, l'univers familial et des institutions, ce qui contribue à compliquer les constructions adolescentes et à fragiliser davantage les adolescents les plus vulnérables, ceux qui à divers niveaux de leur existence ont rencontré des violences traumatiques (problématiques d'attachement, du lien, antécédents traumatiques,...). Ce constat est particulièrement fort dans les sociétés occidentales dominées par le consumérisme, une accélération du temps, une forme d'anomie du lien social qui pousse au désenchantement.

Qu'est ce qui a changé dans nos mondes de post-modernité ?

Nous sommes passés d'un monde patriarcal jusque dans les années 70-80 avec des seuils de passage bien synchronisés et programmés (mode pré-figuratif selon Mead) à un monde plus libéral ouvert à tous les « vents » du côté de la transmission. D'un côté, ce sont des changements attendus car la société patriarcale dans ses excès est responsable de

nombreux problèmes comme par exemple le peu de place faite aux femmes, la violence dans l'enfance des jeunes de 68, les nombreux tabous empêchant une écoute plus ouverte des traumatismes. Ainsi, je m'intéresse à la maltraitance, les violences traumatiques dans les familles et il a fallu attendre les années 90 pour que nous apprenions à mieux accompagner ces violences familiales, que nous re-sortions, nous les psys, les écrits de Ferenczi sur le traumatisme de la poussière qui les recouvrait. Toutefois, l'organisation patriarcale balisait davantage l'évolution de chacun par des repères symboliques (les rites de passage, les seuils, les différences des générations,...), ce qui permettait de « grandir » à la vie psychique dans un horizon temporel bien reconnu, intégrant un cheminement dans le temps. Aujourd'hui, les limites sont beaucoup moins symbolisées et donc repérées alors que nous connaissons tous une certaine hantise du projet, de l'idéal. « Le tu verras bien quand tu seras plus tard », très présent dans nos familles d'autrefois a été remplacé par : « fais ce que tu veux à condition que tu saches bien ce que tu fais, si tu juges que tu en as les compétences ». Nous sommes donc passés du règne de l'interdit, du surmoi au règne de l'idéal et du narcissisme.

Aussi, familles et institutions de manière générale se trouvent aspirés dans la nécessité d'offrir un cadre d'épanouissement à l'individu. Kauffman (1992), De Singly(1996) soulignent qu'après 1968, il s'est effectué un glissement progressif d'une famille traditionnelle centrée sur la reproduction sociale, la transmission du patrimoine matériel, de la perpétuation des lignées vers une famille plus individualiste, relationnelle, centrée sur la production des identités par et dans des relations plus différenciées : la conjugalité, la parentalité, les liens fraternels. Ces auteurs insistent davantage sur une forme de coproduction des identités dans un rapport plus égalitaire, l'idée de construire des normes entre soi. La famille moderne est donc traversée par des tensions multiples. A la logique d'émancipation, d'autodétermination (très active là où elle se trouve confrontée à la présence d'adolescents) s'oppose une demande d'institution, le souci de préservation du bien commun ou de la tradition. Or, la question de la filiation se trouve de ce fait souvent mise de côté, ce qui est compliqué dans les moments de passage comme à l'adolescence et risque d'amener des tensions lorsqu'il existe un héritage traumatique (traumatismes, deuils douloureux, secrets de famille) en creux dans la transmission.

L'adolescence est un seuil de passage intense, le moment où le jeune, aspiré par la violence de ses pulsions, doit prendre ses distances avec les objets idéalisés de l'enfance pour trouver de nouveaux objets plus en adéquation avec la nouveauté de son corps, de ses pensées, ses idéaux. Toutefois, cette expérience de changement radical pour l'adolescent comme pour sa famille doit pouvoir se faire dans une certaine continuité. Ainsi, faut-il que le jeune puisse préserver l'idée d'allers et retours progressifs, que ses parents, son groupe familial resteront quoiqu'il arrive une forme « d'amer », de « balise » qui tient malgré la

pression de ses doutes, de ses vents contraires. Aussi, lorsque le (ou la) jeune se sent trop dépendant de son milieu, trop vulnérable par rapport à un lien qui lui paraît ne pas pouvoir évoluer, il risque alors de s'enfermer dans le leurre des addictions ou de d'autres formes d'auto-sabotages.

+ Addictions et adolescence

Plus l'adolescent se sent vulnérable, nous dit P. Jeammet (1991), plus il aura besoin de pouvoir maîtriser les changements et plus il risque de s'enfermer dans les auto-sabotages pour pouvoir se protéger de la violence de l'incertitude. Aussi, les addictions comme les troubles des conduites alimentaires s'instaurent sur ce terrain de la vulnérabilité narcissique et donc d'un lien de dépendance avec les proches. Les comportements de dépendance de manière générale s'instaurent comme des sortes de substituts d'une souffrance du lien, la dépendance à un produit (la toxicomanie) ou la dépendance à une conduite (l'anorexie boulimie) venant souvent tenter de masquer le « vide » ou l'excès, le « trop » des liens antérieurs entre l'adolescent(e) et son environnement.

Ces comportements de dépendance se trouvent masqués dans l'enfance et activés (ou plus réactivés) avec l'entrée dans la puberté ; ils risquent de s'enkyster à l'adolescence pour donner lieu à une véritable économie addictive. La forme de l'addiction est très liée à l'appartenance sexuée, les toxicomanies étant plutôt fréquentes chez le garçon, les TCA plus fréquentes chez les filles en raison de la problématique pubertaire et sexuée.

▪ L'installation des troubles des conduites alimentaires à la puberté

Les changements physiologiques, corporels brusques, la radicalité des fantasmes et pulsions vont réactiver les conflits antérieurs, ceux liés à la séparation/individuation, la différenciation dans les premiers liens, voire même les problématiques d'attachement mais aussi toute la conflictualité oedipienne. Ainsi, la situation de vulnérabilité narcissique antérieure qui s'était tue pendant la latence, se trouve brusquement réactivée sur le terrain du corps. Le jeune pubère s'en protège par l'action, la jeune fille en tentant d'annuler ces changements. Dans les deux cas, il s'agit de se protéger de la situation de dépendance en utilisant une forme de clivage portant sur le corps pouvant aller jusqu'au déni : déni du risque /danger, déni des transformations corporelles. Ne pouvant contrôler ces changements, la jeune fille par son comportement anorexique tente de maîtriser l'alimentation, ce qu'elle peut incorporer, parfois incorporer/expulser dans les conduites boulimiques et anorexiques. Il s'agit d'aménager la dépendance à l'objet maternel, un lien souvent idéalisé par le recours à un comportement.

Anna, 16 ans, est rentrée dans l'anorexie progressivement avec comme beaucoup, un

préalable initiatique à 13ans par les régimes, l'abstinence, suite à un retour de voyage de vacances en Afrique, seule avec son père, sa mère étant absorbée à ce moment là par son horizon professionnel. L'accompagnant dans une sorte de voyage d'étude, celui-ci retrouve une connaissance sur son lieu de vacances. Anna est persuadée, ce que son père ne conteste pas, qu'il s'agit de sa maîtresse. Idéalisé jusqu'alors un peu comme une « mère », cette dernière étant vécue comme dépressive, inexistante, la statue s'effondre pour Anna qui se perçoit tout à coup comme « trompée ». Anna va alors commencer à vouloir rivaliser avec la maîtresse du père, puis devant le ridicule de la situation, bouder et s'installer dans le jeun. A son retour, bien que très ambivalente, elle protège son père et sa mère en s'enfermant dans le silence. Elle dit alors mener une double vie, s'absentant de plus en plus dans le silence, la rêverie à la maison, très insouciant avec les copines, cherchant à tester les garçons tout en piquant du schitt dans la réserve de son père. Pourtant, très vite, de dépit, de dégoût, elle se renferme et s'allie alors de plus en plus à une amie déjà bien installée dans les conduites anorexiques. Ensuite, nous dira-t-elle dans cette période, plus elle apprend à jeuner, plus elle se rapproche de l'absolu, retrouve ses passions d'enfance et se sent renforcée, ses résultats scolaires faisant aussi d'abord un bond en avant. Les parents dans cette période n'y voient que du feu, tellement ils sont absorbés par leur problématique de couple, ils pensent alors que leur fille s'est enfin retrouvée avec elle-même...

Cette période d'installation des conduites anorexiques passe souvent inaperçue, l'environnement et les jeunes filles concernées les banalisant. Il est même courant d'observer une sorte de déni en commun, la jeune fille dans la maîtrise de ses doutes étant un bon écran venant masquer le malaise de l'ensemble du groupe familial. De plus, se mettant au service des autres, assurant dans un premier temps dans ses investissements scolaires, elle séduit par son omnipotence, son énergie. L'absence des changements apparents (signes de puberté) peuvent même parfois dans un premier temps rassurer l'entourage, tellement tout le monde est absorbé par la volonté de maintenir les liens en l'état. Combien de fois nous pouvons entendre : « nous sommes une famille tellement unie » (la famille bulle).

Les conduites boulimiques qui peuvent survenir aussi avec la puberté seront davantage repérées même si la jeune s'emploie à les masquer tellement elle en a honte. Elles surviennent d'ailleurs souvent en résonance avec des conflits familiaux (séparation, tensions dans le couple), des antécédents d'alcoolisme, de conduites de dépendance chez l'un des parents. Ainsi, règne souvent une problématique d'incorporation dans la famille.

Je pense à Violette, une situation dont j'ai tenté de faire le récit clinique il y a 10 ans. Violette est venue me voir après une tentative de suicide, des violences auto-mutilatoires car son corps à la puberté mais aussi l'emprise qu'elle éprouve avec sa mère ont commencé à la dégoûter. Elle se sentait littéralement rivée à sa mère qui la prenait à témoin des frasques, de

l'alcoolisme de son père. Violette masquait ses formes derrière son surpoids. Depuis sa puberté, elle se sentait régulièrement prise de fringales, d'une extrême voracité qu'elle a d'abord tenté de maîtriser par des sortes d'allers et retours entre conduites boulimiques et anorexiques pour à un moment donné « rendre les armes ». Ainsi, dès 14ans, elle va commencer à s'enfermer dans son obésité (+ de 80 kg pour une taille d'1m60), une apparence à la peau d'âne, des vêtements, une présentation peu soignée.

Voyons maintenant comment l'anorexie et la boulimie finit par se chroniciser dans l'adolescence

▪ **Le risque de chronicisation du trouble à l'adolescence**

Conduites transitoires à la puberté, le risque est important que ces comportements se chronicisent dans le moment où la jeune fille, à l'âge du lycée, s'emploie à s'individuer. Elles doivent lutter contre une double vulnérabilité, du côté de leurs ressentis de précarité face aux liens du fait d'une première séparation-individuation souvent ratée en quelque sorte, du côté aussi de la gestion des pulsions, ou du rapport passivité/activité, la menace d'un débordement étant souvent présente.

Dans le registre relationnel, elles mettent souvent beaucoup d'espoir dans le passage au lycée après ce temps pubertaire, s'imaginant qu'elles vont pouvoir trouver le calme après la tempête pulsionnelle. Toutefois, très vite, elles se sentent vulnérables, fragiles face aux regards des autres, isolées du fait de leur ascétisme (anorexie), de leur lutte contre des sentiments de honte (boulimie). De plus, souffrant d'une précarité du lien, d'un attachement insécure, elles ne peuvent retrouver l'empreinte des premières relations dans les yeux des pairs, dans le groupe et s'emploient donc à se mettre en retrait. En effet, pour s'approprier ses références du passé, son héritage tout en se détachant des objets idéalisés de l'enfance, il faut pouvoir retrouver dans les nouveaux objets (les pairs, les nouveaux investissements) des repères identificatoires. Il est important dans ce temps de l'adolescence de baliser ces changements dans la négociation avec les figures adultes référentes, d'expérimenter une forme de continuité dans le changement avec les parents. Aussi, ne pouvant faire l'expérience d'un lien fiable à l'autre, rencontrer leur mère dans une forme d'agressivité contenue, c'est l'emprise, la destructivité qui l'emporte avec au final, la haine qui se retourne sur le corps.

Dans le registre économique, elles vont s'accrocher à la solution addictive, les conduites anorexiques et boulimiques car c'est le seul moyen pour faire face à la force des excitations, peu diffractées du fait de la précarité des assises narcissiques. Ce dont elles éprouvent le plus besoin est aussi ce qui les fragilise, nous dit P. Jeammet. Les comportements de dépendance dans des formes d'auto-sabotage finissent par prendre l'allure

d'une psychopathologie qui les isole de plus en plus au point de les enfermer dans une identité négative, générant du retrait, du désinvestissement. Longtemps, les débats ont porté sur la structure psychopathologique sous-jacente, Kestemberg parlant d'hystérie, puis de psychose froide pour certaines anorexies, Brusset, puis Mc Dougall évoquant le noyau psychosomatique en jeu, la dimension alexythymique. Des recherches récentes tendent plutôt à mettre l'accent sur un fonctionnement a-structuré mettant en jeu différents registres impliqués tant sur le plan psychique que somatique. Il s'agit davantage d'aménagements défensifs qui risquent de s'imposer comme seule alternative pour faire face tant à la dépendance relationnelle qu'à celle de la crainte d'effondrement face à la violence pulsionnelle en interne. Ainsi, la jeune fille anorexique et son entourage peuvent finir par s'enfermer dans une interaction mortifère, dans une spirale négative.

Anna, par exemple, active pendant sa seconde, relativement brillante, va d'abord se protéger tant bien que mal de son marasme intérieur, en retrouvant son double masculin, un jeune garçon, connu pour son trafic de schitt. Elle dira plus tard avoir vécu une pause dans sa détresse, moment correspondant à la séparation des parents. Vivant avec sa mère et sa petite sœur, elle paraît s'être aménagée une vie relativement indépendante grâce à ces liens quasi fraternels avec ce jeune. Leur relation, portant sur l'échange de substances, de poèmes, de slams, est complètement épurée de la référence à la sexualité jusqu'au jour où elle le retrouve avec une autre. Confrontée alors à la déception mais aussi à une perte d'elle-même dans cette figure du double, elle va se retrouver précipitée dans une sorte d'effondrement narcissique, ne pouvant s'en protéger qu'en recourant à la privation, à un fonctionnement de plus en plus ouvertement masochiste. Devenue l'ombre d'elle-même, en retrait scolaire malgré certains aménagements, elle va finir par accepter une hospitalisation imposée par les parents mais suggérée bizarrement par sa petite sœur, seul regard encore sensible dans la famille.

La rencontrant d'abord à l'hôpital, ensuite en ambulatoire dans un travail en bifocalité, je la suivrais en thérapie individuelle pendant 3 ans. Bien qu'évoquant assez facilement ses difficultés, des idées mélancoliques pauvrement érotisées resteront longtemps très prégnantes, faisant référence à la dépression maternelle. Elle m'évoquera longtemps l'idée de Freud / la mélancolie : l'ombre de l'objet apparaissant planer sur le Moi. Pendant longtemps, elle va évoquer des images d'une petite fille perdue d'abord dans la jungle de liens indifférenciés avec les parents : père séducteur, mère plutôt falote, dépressive ; avec les autres. Elle a le sentiment d'avoir été livrée au moment de la puberté à la perte, le deuil de sa grand-mère maternelle (ancienne nounou) à 13 ans suivant de peu le déménagement en Normandie, tout cela sans y avoir été préparée. Face à la violence de ces idées qui l'assaillent, ses craintes d'effondrement liée aux multiples chocs traumatiques survenant à la

puberté (effraction pubertaire, perte brutale de figures référentes de l'enfance, déménagement,...), elle n'a pu s'organiser que dans un aménagement défensif rigide qui s'est trouvé réactivé avec la perte de la figure du double. Les parents, bien que semblant d'accord sur tout, ont toujours vécu dans le « faire –semblant », le père, homme de spectacle, ayant de multiples conquêtes, la mère, s'effaçant jusqu'au moment où, avec le divorce, après le décès de sa propre mère et les problèmes d'Anna, elle va finir par entreprendre un travail thérapeutique et entamer une réelle séparation avec son ex-mari. L'indifférenciation qui règne dans la famille potentialise également les angoisses d'Anna, ce qui contribuera pendant longtemps à l'isoler derrière ses défenses.

Apriori, la boulimie se chronicise à l'adolescence en interaction avec un autre terrain : familles plus déstructurées, antécédents de troubles chez les parents, antécédents traumatiques chez la jeune fille, la violence incestuelle apparaît souvent plus marquée par une sorte de crudité des affects. Dans un rapport quasi de corps à corps avec la mère dans ses fantaisies, l'adolescente ne peut intégrer le féminin en soi. Ainsi, le corps est attaqué et fait les frais d'une mortification avec l'idée permanente d'expier l'objet, l'imago maternelle envahissante. Proche des conduites auto-calmanes dans certains troubles psychosomatiques, ou chez les galériens volontaires (Szweg, 1998), l'ingurgitation et le rejet compulsif d'aliments paraissent une forme de répétition de la séparation/individuation jamais advenue.

C'est ainsi le cas de Violette dont j'ai commencé à parler précédemment. Formant un unisson avec sa mère jusqu'à la puberté, elle va commencer à se faire du mal à l'adolescence en réaction à son obésité. Au lycée mais surtout par la suite, à 18 ans quand elle parvient à l'université, elle devient selon ses propres mots, un véritable zombie, réagissant beaucoup par des alternances d'auto-mutilations, de tentatives de suicide et d'excès boulimiques pour se protéger de la violence d'angoisses d'abandon, de craintes agonistiques. A cette époque où nous la rencontrons, les parents vivent deux vies parallèles et sa mère l'accapare avec sa haine à l'encontre de son père. Bien que dans l'emprise de sa mère, elle se sent jetée par elle et retourne les fantasmes violents qu'elle a à son égard contre elle-même, son corps qui lui paraît perpétuellement souillé. Lorsqu'elle ressent l'abandon, cela va se répéter avec la prise en charge institutionnelle qui se met en place autour d'elle, elle attaque son corps, s'automutilant régulièrement les bras, objet du lien distordu qu'elle a avec sa mère. Elle nous dira que sa mère qui l'enserrait dans ses bras autrefois, l'a abandonnée, qu'elle n'a pas su la retenir.

L'ayant rencontrée à l'époque dans un secteur de psychiatrie adulte, je n'avais pas forcément compris l'importance des prises en charges plurifocales et le travail nécessaire du lien à l'entourage, d'un travail psychothérapeutique à mener / groupe : groupe familial si possible, psychothérapies de groupe ailleurs. Il n'y a jamais eu de travail mené avec les

parents, sinon de manière très anecdotique au moment de ré-hospitalisations de Violette. Contrairement à Anna, Violette s'est enfermée dans sa boulimie. Les crises anorexiques s'estompant, le poids des traitements se potentialisant à ses angoisses, aux échecs d'une cure de séparation avec les parents, je retrouverais Violette beaucoup plus tard, à 26 ans, devenue l'ombre d'elle-même.

Faut-il pour autant penser que le syndrome boulimique serait plus grave que l'anorexie ? Je crois que non, qu'il s'agit toujours de cheminements individuels qui ont à voir avec le travail de subjectivation à l'adolescence : l'appropriation d'un nouveau corps sexué tout d'abord à la puberté, la construction d'une pensée personnelle à l'adolescence et l'impossibilité de reconstruire de nouveaux liens, nouvelles instances de personnalité plus en adéquation avec la vie du jeune.

La jeune anorexique paraît plus dominer de son emprise les liens entre les parents, en particulier, la relation de séduction entre les parents. Elle semble prendre place entre ses parents comme nous avons pu le décrire ailleurs pour les contrôler faute de pouvoir retourner l'emprise du lien maternel, faute d'avoir utilisé l'objet maternel pour détoxifier sa destructivité dans la petite enfance (Drieu, Genvresse, 2003).

La jeune boulimique lorsqu'elle ne parvient pas à « corriger » son corps pour atteindre l'image idéale, risque de s'enfermer davantage dans une forme de mélancolisation du lien. Ainsi, Violette se vit comme non séparée du corps de la mère, avec un sentiment de monstruosité, aspirant la violence des projections maternelles, ici à l'encontre beaucoup du père.

Chez Violette, comme chez Anna, la question de la constitution du lien à l'autre, à l'objet maternel est centrale et, avec elle, celle de l'intégration des objets internes ou de l'élaboration de la dépressivité, de « la capacité à être seule face aux autres ». Il faut faire attention à ne pas confondre cette difficulté à élaborer la position dépressive en fin d'adolescence avec la dépression qui peut être parfois perçue comme cause ou conséquence du désordre alimentaire, de la chronicisation de la solution addictive, de la mise en place d'une identité négative. Ainsi, chez certaines, l'accès boulimique, le vomissement, peuvent améliorer passagèrement l'humeur ; le chaos alimentaire, au contraire, creuser le lit de la dépression.

+ Les troubles alimentaires à l'adolescence et leur traitement

Comme beaucoup de troubles à l'adolescence, il est nécessaire d'aménager le cadre du travail thérapeutique. Cela veut dire plusieurs choses.

Si nous travaillons dans une orientation psychodynamique (prenant en compte les processus d'adolescence et ses achoppements), l'interprétation des conflits, même si nous les

repérons, est très mal venue. Il s'agit beaucoup plus de faire en sorte que parents et adolescents utilisent le cadre de rencontre que nous proposons et donc celui-ci doit faire l'objet d'une co-construction. Il s'agit d'avancer avec eux par contrats successifs, selon le cas de proposer des disjonctions ou conjonctions de l'espace de rencontre avec l'adolescente et ses parents.

Depuis les travaux de Jeammet sur l'importance d'articuler réalité interne et réalité externe, de pouvoir faire un travail de liaison entre les deux, on a appris progressivement à travailler à plusieurs dans des formes de prises en charge plurifocale : plusieurs thérapeutes, un + référent de la réalité, un autre plus référent thérapeutique face à l'adolescent, parfois d'autres occupés à suivre la famille dans son cheminement. Toutefois, ce modèle, en diffractant les espaces d'investissement, est surtout utilisé pour protéger le travail thérapeutique individuel. Nous pensons qu'il faut parfois aller plus loin : actions multifocales (croisement de plusieurs approches), travail d'analyse de groupe des professionnels investis dans la prise en charge pour tenter de remobiliser un espace d'intersubjectivité et donc la voie conflictuelle là où les adolescentes sont prises dans des parcours de violences mortifères