

Les troubles du comportement alimentaire chez les adolescentes

4 questions à Martine Stassart



Chef de travaux et chargée de cours adjointe près du Pr Jean-Marie Gauthier en faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation, département personne et société, Martine Stassart assure les cours relatifs aux questions approfondies d'adolescence, à la culture familiale et au développement affectif et social de la personne. Elle donne aussi des consultations au département de psychologie clinique.

Les troubles du comportement alimentaire représentent désormais un véritable défi pour tous les acteurs des agences sanitaires, sociales et éducatives. La complexité du phénomène invite à adopter une vision intégrative qui aborde les corrélations entre l'individu, sa famille et son réseau sociétal. Une journée scientifique (organisée par le service de clinique systémique et psychopathologie relationnelle de Salvatore D'Amore, la fondation anorexie Françoise Broers et la clinique psychologique et logopédique) a été consacrée à cette pathologie le 11 février dernier. Retour avec Martine Stassart sur une problématique délicate et sur les options thérapeutiques mises en place à l'ULg.

Le 15e jour du mois : Vous êtes spécialiste de l'adolescence ?

Martine Stassart : Disons que cela fait plusieurs années que je m'intéresse à leurs comportements. Mon mémoire de licence portait déjà sur l'attitude des adolescents face à leur choix d'études, et ma thèse approfondissait le sujet. Mes recherches portent donc sur cette période particulière que l'on nomme, chez nous, l'adolescence et qui survient dès la puberté. Soit vers 14-15 ans pour les garçons et un peu plus tôt pour les filles.

On le sait, la puberté provoque chez l'enfant de très grands bouleversements corporels, dont la croissance rapide et le développement de caractères sexuels. L'adolescent doit véritablement, à ce stade, apprivoiser un nouveau corps et entamer son devenir d'adulte dans sa structure familiale. Cette période de transition est parfois délicate car le jeune, tout en restant proche de ses parents, doit prendre ses distances. Les relations

parents-enfants sont donc considérablement bousculées à cette époque : les adolescents doivent définir leur territoire, poser des limites et vivre l'épreuve de l'autonomie.

En règle générale, si l'enfance s'est bien déroulée, l'adolescent a alors les ressources pour faire face à ces bouleversements et poursuivre son processus d'individuation. Par contre, s'il a une piètre image de lui-même, s'il a une fragilité identitaire, il restera dans une dépendance affective vis-à-vis de ses parents. Or, il doit évoluer. Il arrive dans ce cas que l'adolescent mette en place des symptômes pathologiques pour prendre son indépendance : les troubles alimentaires comme l'anorexie, la boulimie et l'obésité en font partie.

Le 15e jour : « Je refuse de manger donc je suis » ?

M.S. : Exactement. Cela peut paraître paradoxal mais l'anorexie - soit le refus de s'alimenter - est une manière de s'affirmer face à la toute-puissance maternelle et une façon de réclamer l'attention. Refuser de manger, c'est refuser de grossir, refuser les formes féminines

- plus de 90% des jeunes anorexiques sont des filles - et refuser de susciter le désir c'est aussi s'opposer à la "mère nourricière". Par ailleurs, l'adolescente anorexique adopte fréquemment un mode de vie très spartiate, de restriction, de renoncement. Elle est hyperactive, fait beaucoup de sport, travaille énormément. C'est une élève brillante qui a le culte de la réussite : elle est "la fille parfaite", mais elle a décidé de garder un corps asexué pour éviter les conflits et notamment le conflit oedipien. Dans certains cas, cela peut même conduire à l'aménorrhée, c'est-à-dire l'absence de menstruation. Cette attitude, faut-il le dire, est très violente pour les parents et suscite un grand malaise dans la famille.

Le 15e jour : C'est une grave crise en quelque sorte ?

M.S. : Il ne s'agit pas véritablement de crise puisqu'il n'y a pas de rébellion. L'adolescente ne s'oppose pas à son milieu familial (socialement favorisé dans la plupart des cas), mais elle pose une limite claire. Elle érige une barrière entre elle et ses parents, pour se protéger. Non seulement elle brise le lien de dépendance avec sa mère, mais met des limites à "l'envahissement". Elle constitue une sorte de territoire "en négatif". En plus, l'adolescente maîtrise la dynamique familiale autour de son problème ; son attitude est, au quotidien, un perpétuel reproche. Le refus de s'alimenter est pour elle un juste compromis entre sa loyauté au projet parental et familial sans renoncement à son désir et à sa volonté de se différencier et de prendre distance. Il témoigne cependant d'une grande difficulté dans le processus de séparation et est, ne l'oublions jamais, un comportement auto-destructeur. Quant aux parents, face à la restriction alimentaire de leur fille, ils sont parfois dans le déni. L'inquiétude survient lorsque leur fille a déjà perdu 10, voire 15 kg. Ils consultent alors un endocrinologue, ou un spécialiste... avant de penser au psychologue. Généralement, ils ne comprennent pas ce comportement nouveau et avouent leur impuissance. Les mères, particulièrement, sont très anxieuses car, intuitivement, elles associent ce trouble au suicide.

Le 15e jour : Quelle thérapie préconisez-vous ?

M.S. : Je pense qu'il faut mettre en place un double dispositif thérapeutique. D'une part, faire un travail de "re-narcissisation" de l'adolescente : l'écouter, valoriser ses compétences, parler de ses émotions. D'autre part, travailler avec la famille, désorientée et parfois blessée car la jeune fille, en réalité, dénonce un dysfonctionnement familial. Le thérapeute doit faire comprendre que la jeune fille, par son refus de s'alimenter, met en place "quelque chose" pour communiquer. L'objectif de la thérapie étant de trouver un autre mode de communication en s'appuyant sur les ressources familiales. Salvatore D'Amore a conçu un nouvel outil intéressant dans ce cadre : le "test du dessin des contextes alimentaires" qui était d'ailleurs au

coeur des discussions du 11 février. Intégré au dispositif thérapeutique, ce média permettrait de sensibiliser les parents aux ressources évolutives de leur enfant et de montrer que lorsque l'adolescent se voit dans d'autres contextes que le contexte familial, il peut se sentir plus libre d'exprimer sa force d'existence et sa dynamique propre.

La fonction du thérapeute est donc de faire parler et d'écouter. De relativiser le problème et de mettre en perspective le symptôme. La thérapie vise à restructurer le système familial, à rendre à chacun sa place au sein de la famille et à définir des espaces réservés. L'adolescente doit être reconnue par son entourage comme une personne impliquée dans son processus de séparation, de différentiation et d'autonomie.

Dans mes consultations, je remarque que souvent les jeunes anorexiques ont été des enfants "images", des prolongements du désir de leur mère (ce qui explique aussi que cette maladie soit essentiellement féminine...). Nous devons mettre en place un rituel thérapeutique de passage.

Propos recueillis par Patricia Janssens