

L'ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENTE

Approche théorique et illustration clinique

- Fatima MOUSSA *

- Ourida BEKKOUCHE*

« La grâce divine envahit son corps et détruisit ses fluides vitaux de sorte que la nature de son estomac en fut transformée ». Elle avait réussi à maîtriser ses propres sécrétions gastriques de même que son flux menstruel.

P. Dessuant **

RESUME

La complexité du syndrome d'anorexie mentale de l'adolescente a suscité et suscite encore des contributions diverses dans le domaine de la médecine, de la psychiatrie de la psychanalyse et de la psychologie. L'originalité de cette affection sur le plan clinique, sa survenue à l'adolescence, sa spécificité féminine sa résistance à la prise en charge interpellent le chercheur.

Nous proposons dans cet article un éclairage théorique psychanalytique de la question, ainsi qu'une approche psychosomatique.

L'étude de cas d'une jeune fille anorexique vient illustrer cet éclairage.

Il ressort de cette étude: les distorsions précoces dans la relation mère enfant, la «faiblesse des processus de liaison libidinale et objectale», la prévalence de la problématique narcissique.

Sur le plan psychosomatique les défaillances du système préconscient, la faiblesse de certains mécanismes de défenses (tel le refoulement) mis en jeux dans cette pathologie, inclinent les auteurs à situer cette affection dans le cadre des névroses de caractère et de comportement.

MOTS CLES: COMPLEXITE DU SYNDROME - ADOLESCENCE - DISTORSIONS PRECOSES DE LA RELATION MERE-ENFANT - DEFAILLANCE DU PRECONSCIENT.

* L'analité, la maîtrise et le narcissisme. Revue Française de Psychanalyse. 3, 1995.

** Chargés de cours Institut de Psychologie et des Sciences de l'Education. Université d'Alger.

INTRODUCTION

Quel est l'apport de l'éclairage psychanalytique à la compréhension de l'anorexie mentale ?

A l'intérieur de ce système de référence théorique, à quels niveaux se situent les difficultés que rapportent souvent les psychanalystes au sujet de cette pathologie lourde et résistante à la prise en charge ?

La théorie psychosomatique de P. Marty, qui se situe dans la lignée de la psychanalyse met l'accent sur la signification de toute conduite individuelle et sur la place qu'elle occupe dans l'organisation dynamique psyché-soma (équilibre psychosomatique). Elle constitue un système de référence qui a été mobilisateur pour nous dans la recherche d'un sens qui prend en compte la relation entre le fonctionnement mental et la tenue du corps.

Une analyse de cas nous permettra de confronter la conceptualisation invoquée avec la réalité clinique.

1) Pour définir l'anorexie

Le terme anorexie signifie perte de l'appétit. En réalité, il s'agit plus d'un refus de manger qui peut s'expliquer selon Widlocher ⁽¹⁾ par un mécanisme de refus mental: l'adolescente s'efforçant progressivement de ne pas prêter attention à la faim. C'est un véritable scotome intentionnel c'est à dire un évitement actif et opiniâtre de la nourriture.

C'est aussi ce sens qui est attribué à certaines anorexies du nourrisson.

Ce terme d'origine grecque apparaît en Français en 1589. Selon Brusset ⁽²⁾ les premières descriptions de sujets anorexiques ainsi que le diagnostic d'anorexie sont établis à partir de la deuxième moitié du 17^e siècle, J. Reynold (1694) est parmi les

(1) Préface à Brusset. B., *L'assiette et le miroir*. Privat, Paris 1977, p.9.

(2) *L'anorexie mentale des adolescentes*: in Diatkine. R., Lebovici. J, Soulé. M., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris PUF 1985, p 468.

premiers a en décrire les symptômes. Pendant plus de deux siècles l'anorexie sera considérée comme anorexie hystérique jusqu'à ce que Huchard (1885) développe les caractéristiques mentales de cette affection.

Cette spécificité de l'expression symptomatologique de l'anorexie au niveau mental est d'ailleurs le point vers lequel convergent toutes les idées actuelles sur l'anorexie.

L'affection a intéressé et intéresse encore bon nombre de chercheurs en raison d'une symptomatologie qui laisse la thérapie médicale psychiatrique et psychanalytique le plus souvent inopérante; l'anorexie mentale étant une des rares affections mettant en question le pronostic vital.

Formes d'anorexies

On distingue deux formes cliniques typiques:

Celle du nourrisson et celle de l'adolescente. Il y a très peu de rapport entre les deux formes; les problèmes diagnostiques et pronostiques ainsi que thérapeutiques s'y posent de façon très différente.⁽¹⁾

1- Chez le nourrisson le tableau se présente de la manière suivante:

a- l'anorexie mentale simple ou commune du 2^{ème} semestre nommée aussi bien « anorexie d'opposition pour caractériser le comportement de refus vis à vis de la nourriture, qu'anorexie du sevrage car l'événement initial se retrouve facilement lors de l'ablation et de l'introduction d'aliments diversifiés ».⁽²⁾

b- Dans les formes plus graves de l'anorexie le problème semble se situer au niveau d'une relation pathologique à la mère et qui « prend sa source dans les distorsions précoces de la relation mère enfant ». ⁽³⁾

(1) Brusset. B., L'assiette et le miroir. Privat, Paris 1977.

(2) Kreisler (L), Fain (M) et Soulé (M): L'enfant et son corps, PUF 1974, P.145.

(3) Ibid.

Les enfants atteints par cette forme d'anorexie résistent au traitement parce que des troubles associés peuvent exister; insomnie, comportement d'opposition spasmes du sanglot. Dans presque tous les cas la relation à la mère apparaît comme pathologique. Kresler va qualifier ce trouble de désorganisation psychosomatique; il sera appuyé par Fain qui souligne que cette affection peut faire le lit à un trouble psychosomatique ultérieur.⁽¹⁾

2- Chez l'adolescente, on observe:

a- une forme primaire survenant de 11 à 18 ans que l'on nomme aussi forme pubertaire.

Elle est caractérisée par une phobie du poids et son évolution est souvent favorable.

b- une forme secondaire de 19 à 35 ans où l'on remarque plus fréquemment une alternance boulimie-vomissements et des troubles du caractère, Brusset.⁽²⁾

De manière générale le tableau type de l'anorexique est invoqué en présence d'« une adolescente dont l'amaigrissement est supérieur à 10 % du poids et dont l'aménorrhée remonte à plus de six mois, en l'absence de troubles psychiatriques évidents ». ⁽³⁾

Pour compléter cette description on peut signaler que cette affection atteint les jeunes filles, rarement les garçons. Les milieux psychanalytiques ont coutume de la caractériser par les 3 A: Appétit (perte), Amaigrissement, Aménorrhée.

II) Approche psychanalytique de l'anorexie.

La plupart des chercheurs qui se sont penchés sur l'étude de l'anorexie attribuent les difficultés de l'anorexiques à des défauts inhérents aux stades archaïques de l'évolution libidinale. Thoma H. parle d'« une faiblesse du Moi par défaut de trempage

(1) Kreisler (L), Fain (M) et Soulé (M): L'enfant et son corps, PUF 1974, P.145.

(2) L'anorexie mentale des adolescentes. in Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. P.473, op. cit. p.468.

(3) Ibid.

du caractère lors du passage au stade anal ». ⁽¹⁾ Kestemberg J.F et Decobert S. insistent sur « le défaut d'étaillage des zones érogènes ». ⁽²⁾

Tout se passe nous dit Brusset, comme si les premiers stades de développement avaient laissé un Moi insuffisamment investi à l'adolescence. ⁽³⁾

Cette centration sur les étapes archaïques du développement, relative aux travaux qui portent sur l'anorexie nécessite un bref détour par l'évolution libidinale de ces étapes avant de rapporter les différents points de vue des psychanalystes spécialistes de la question.

1°) De la fonction de nutrition à la fonction sexuelle:

La qualité du lien qui unit l'enfant à la mère par le biais de la fonction alimentaire a permis de mettre en évidence l'intérêt du processus mis en jeu dans l'instauration progressive de la sexualité: « grâce à la relation mère enfant l'expérience du plaisir lié à la satisfaction du besoin alimentaire permet à la fonction alimentaire de s'organiser ». ⁽⁴⁾ Les phases orale, anale, phallique forme un continuum censé permettre à la libido ⁽⁵⁾ de se lier. C'est là toute l'importance accordée par les psychanalystes au pouvoir de liaison des zones érogènes. Si l'on se réfère à la notion freudienne d'étaillage l'activité sexuelle s'étaye tout d'abord sur une des fonctions servant à la conservation de la vie, elle ne s'en

(1) In, Brusset. B., *L'anorexie mentale des adolescentes*. p. 480, op. cit. P.4

(2) *La faim et le corps*. Paris PUF 1972.

(3) *L'anorexie mentale des adolescentes*. p. 481.

(4) A ce propos Brusset développe les différents aspects de la désorganisation inhérente à la perturbation de la fonction alimentaire. Il démontre comment le trouble peut aller jusqu'à provoquer de sévères inhibitions alimentaires par crainte d'être empoisonné.

Dans un autre registre il précise comment la fantasmagie féminine lie étroitement sexualité orale et sexualité génitale par glissement de l'envie du sein à l'envie du pénis, l'une étant le prototype de l'autre - L'assiette et le miroir. P.77 op. cit. p. 9.

(5) Selon l'expression de Freud: « La libido est la manifestation dynamique dans la vie psychique de la pulsion sexuelle.

affranchit que plus tard⁽¹⁾. Au fur et à mesure que l'enfant intègre la mère (permanence de l'objet) il prend conscience de son absence. Dès lors la faim devient synonyme de manque. Il aura recours à des procédés divers, suçotement, balancements, lesquels enrichis par des stimulations de toutes sortes vont susciter chez lui cette continuité d'être que Spitz situe à l'origine de la pensée: c'est à partir de ces plaisirs premiers, nous dit-il, que l'être humain peut ensuite accéder à la vie amoureuse et sexuelle génitale adulte, c'est aussi à partir d'eux qu'il peut accéder à la pensée.⁽²⁾

Ce bref aperçu de la genèse du développement va nous permettre de préciser certains points majeurs spécifiques de l'anorexie.

2°) *Problématique orale ? Problématique narcissique ?*

L'idée que l'anorexie devrait être mise en rapport avec la phase orale de la vie sexuelle a déjà été avancée par Freud en 1914⁽³⁾.

En s'appuyant sur les travaux de Spitz, Fain évoque pendant cette phase, l'absence de la phobie primaire face à un visage étranger. Il précise de quelle manière se fait le déplacement phobie de l'étranger - phobie de l'aliment -. Il retiendra essentiellement les distorsions précoces de la relation mère enfant qui se donnent à voir à cette époque. Comme il est sous-entendu, que cette mère est perturbante, son intériorisation massive au moment de l'alimentation équivaut à une intoxication⁽⁴⁾. Il souligne enfin que ce manque de distance entre la perception de l'objet (mère) et de l'objet (aliment) qui existe au moment de la gestalt de 3 mois persiste pratiquement toute la vie. Brusset qui considère que ce trouble s'explique par le développement « antérieur » fait référence en cela à la répression des « tendance anales »

(1) Freud. S., Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris 1904.

(2) In Brusset., L'assiette et le miroir P.105, op. cit. p. 77.

(3) In Brusset. B., Anorexie mentale et boulimie du point de vue de leur genèse. Neuropsychiatrie de l'enfant. (5,6) PP. 245-249, 1993.

(4) L'enfant et son corps. op. cit. p. 145.

qui induit lorsqu'elle est soudaine des difficultés alimentaires. ⁽¹⁾

Pourtant en renvoyant cette pathologie à des moments archaïques du développement, Brusset ne rapporte pas tout à la régression vers des fixations orales. Il insiste plutôt sur la complexité de ce trouble qui met en jeu d'autres facteurs, notamment chez l'adolescente anorexique.

Il s'agit, dit-il d'une problématique pulsionnelle et narcissique archaïque transférée sur les conduites alimentaires, sur les rapports avec le corps et avec la mère. Cette problématique compromet les relations d'objet et le sentiment de valeur personnelle ⁽²⁾.

La fragilité du moi associée à cette organisation archaïque se révèle le plus souvent à l'adolescence avec la réactivation des conflits de la première enfance, c'est la remise en cause de l'organisation narcissique.

Dans la faim et le corps, Kestemberg J.E et Decobert S. développent cette même orientation en mettant l'accent sur l'impossibilité pour l'adolescente anorexique de construire un objet interne permanent, ce qui pose le problème des limites Moi - non Moi.

Cependant les auteurs insistent sur la complexité de l'organisation anorexique qui gagnerait à être envisagée sous des angles divers et complémentaires.

Jeammet ⁽³⁾ semble s'inscrire le mieux dans cette perspective il parle d'une «organisation narcissique défaillante caractérisée par des clivages multiples, une immaturité sexuelle résultant de l'échec des zones érogènes dans leur capacité de liaison libidinale et objectale», en soulignant que le moteur essentiel de la régression de l'anorexique est la configuration oedipienne.

(1) Il décrit comment le: « plaisir anal renforce le plaisir de s'alimenter; d'abord brouillon, désordonnée et possessif, le maniement des aliments devient de plus en plus adroit et efficace. (L'assiette et le miroir, P. 77, op. cit. p.105

(2) Brusset. B., Anorexie mentale et boulimie du point de vue de leur genèse.

(3) Jeammet. Ph., Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. Confrontations psychiatriques n°31. 1989.

Il tente de comprendre les conduites paradoxales de l'anorexie (vulnérabilité, obstination, intolérance à la solitude - intolérance à la proximité relationnelle etc...⁽¹⁾ En les renvoyant à la problématique de dépendance qui caractérise l'anorexique dont l'équilibre est tributaire de sa relation aux objets externes. Les conditions qui président à cet état de dépendance sont exposées par cet auteur dans une perspective tridimensionnelle:

a) topique:

L'état de dépendance relève d'un échec (relatif) des intériorisations précoces concernant le processus de séparation individuation accompagné lui même de l'échec du refoulement et d'une grande répression des affects liée au traumatisme.

A ce traumatisme va s'associer le contre investissement défensif des objets externes. Il en résulte un clivage du moi dont une partie restera immature et gardera des «zones d'indifférenciation soi objet.»

b) Dynamique:

Les mécanismes de défense élaborés tels le déplacement, le refoulement, sont limités par la répression pulsionnelle. Ces stratégies vont de pair avec la prévalence d'affects bruts notamment la destruction (autosabotage).

c) Economique:

Le moi est appauvri sur le plan défensif du fait de l'importance de l'énergie dépensée dans les contre-investissements. Les sublimations sont coupées. L'idéalisation de l'objet⁽²⁾

(1) ... «Au fond d'elle même elle souhaite quelque chose, en même temps qu'elle voudrait ne pas le souhaiter. A ... désire être comprise mais craint d'être privée d'une part de sa personne par cette compréhension même». C'est l'une des caractéristiques essentielle de ces adolescents qui explique leur peur d'être transparents comme leur besoin d'être devinés. Jeammet Ph. Ibid, P. 188.

(2) .. le corps idéalisé, indestructible, épuré n'est pas une référence abstraite ... Dans la mesure où le corps est une « réalité - modifiable », leur réussite dans le désir de maigrir tend à les animer de la conviction qu'ils parviendront et qu'il est indispensable qu'ils parviennent à cette image idéale d'eux mêmes qui les tend vers l'avenir ... A la limite cette visée de perfection se confond avec l'abolition de la différence des sexes (aménorrhée) l'immortalité et l'autoengendrement. Brusset. B. L'assiette et le miroir P. 185-186 op. cit. p. 105.

est considérable, elle se rapporte à un idéal du Moi «dans sa dimension la plus archaïque de Moi idéal». De ce fait la fonction protectrice et limitative du Surmoi est réduite.

Ainsi, à travers cet éclairage de la théorie psychanalytique, nous avons tenté de résumer la pensée des auteurs spécialistes de l'anorexie mentale. Nous ne nous sommes pas attardées sur ce qui constitue souvent l'autre versant de l'anorexie, à savoir la boulimie. Nous nous y attarderons dans l'approche psychosomatique attendu que les modèles explicatifs qui y sont avancés prennent en compte le symptôme boulimique associé à l'anorexie.

III) APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE DE L'ANOREXIE .

Dans la perspective classique psychosomatique qui s'intéresse aux interactions psyché-soma, plusieurs auteurs introduisent la notion de névrose d'organe pour parler de l'anorexie.

Pour Meng et Grote (1934) conflits psychiques oraux et métabolisme hormonal s'influencent réciproquement et aboutissent à une perte totale d'appétit avec perte de poids. Pour Kauffman et Deutsch (1940) il s'agirait plutôt d'interactions entre conflits psychiques liés à l'oralité et des dispositifs neuro-endocriniens qui régissent la régulation de la faim et de la satiété. ⁽¹⁾

Cette approche reste très actuelle pour certains auteurs surtout anglo-saxons. Une autre orientation prend de plus en plus d'ampleur dans le champ de la compréhension des maladies somatiques et mentales. Cette perspective est celle de P. Marty et de l'école psychosomatique de Paris. Elle s'inscrit en porte à faux de la conception précédente car elle conçoit l'individu comme une totalité dans laquelle les dimensions psychiques et somatiques s'organisent et se hiérarchisent pour constituer «l'équilibre psychosomatique».*

Il n'y a pas d'interaction directe d'une dimension (psyché)

(1) Ibid. p. 175.

* CF. P. Marty, Mouvements individuels de vie et de mort.

sur l'autre (soma) mais une construction qui les intègre tous les deux dans le fonctionnement individuel.

1° La boulimie comme palier de réorganisation dans l'anorexie

Dans ses recherches sur la boulimie C. Couvreur ⁽¹⁾ fait référence à l'éclairage théorique psychosomatique. Elle souligne avec P. Marty les défaillances de la mentalisation qu'on retrouve dans les somatisations et précise que les névroses de caractère et de comportement propres à la nosographie de cet auteur comportent assez souvent des boulimies.

Cette pathologie fait elle remarquer plus loin peut d'ailleurs constituer un «palier contre une menace de désorganisation et d'automation plus profonde, ce qui a un intérêt tout particulier dans le cas des boulimies survenant au cours de l'évolution de l'anorexie mentale». ⁽²⁾

L'idée majeure qu'elle retient de cette conceptualisation porte sur le pouvoir réorganisateur des régressions qui adviennent lors d'une désorganisation mentale. Elle s'appuie sur cette idée pour considérer la boulimie comme une «tentative de reliaison des pulsions destructrices, un palier de réorganisation». ⁽³⁾

Cette hypothèse est partagée par A. Fine et J. Mc Dougall; elle est reformulée en ces termes: «La boulimie correspond à un palier de fixation capable d'une possible réorganisation». ⁽⁴⁾

2° La répétition et la décharge comportementale.

En insistant sur la complémentarité anorexie - boulimie, C. Couvreur met l'accent sur les décharges pulsionnelles qui peuvent se donner à voir dans la boulimie et qui engagent le patient dans un circuit répétitif selon un mode de fonctionnement qui est celui

(1) « Sources historiques et perspectives contemporaines. La boulimie. Monographie de la revue Française de psychanalyse. PUF, 1992, P.43.

(2) Ibid.

(3) C. Couvreur, Ibid P.44.

(4) Fine A. Entretien sur la boulimie Joyce Mc Dougall, in la boulimie op. cit. p. 43.

de la névrose actuelle». ⁽¹⁾ Dans les formes sévères, dit-elle, le conflit psychique est abrasé par la compulsion comportementale.

Cela n'est pas sans évoquer pour nous, l'hyperactivité, la compulsivité, le passage à l'acte de l'anorexique tels que décrits par Brusset dans le champ psychanalytique, et qui précise comment la dimension addictive frappante dans la boulimie peut aussi caractériser la recherche des sensations de faim, l'hyperactivité et la poursuite de la minceur, typiques de l'anorexie mentale. ⁽²⁾

Dans le cadre des boulimies intégrées à l'anorexie C. Couvreur ⁽³⁾ décrit un trait commun à ces personnalités, qui se manifeste par une profonde détresse accompagnée de déficience au niveau de multiples fonctions psychiques, notamment une atteinte des fonctions de symbolisation qui sont court-circuitées par les décharges comportementales.

3° Mécanismes de défense

Le rapprochement de la boulimie d'avec les névroses de caractères et de comportement, que nous avons évoqué plus haut, est partagé par Brusset à propos de l'anorexie. Il met l'accent sur l'insuffisance du refoulement, la mise en avant de défenses telles que la répression, l'évitement, le surinvestissement de sensations ou d'actions qui sont alors d'allure compulsive ou addictive. ⁽⁴⁾

Pour terminer il souligne la parenté de ce trouble avec les modes de fonctionnement psychique décrits en psychosomatique en particulier «les défaillances du système préconscient imputables à l'insuffisance du refoulement structurant, dans ce que Marty appelle (selon le degré et le type de défaillance) les névroses de caractère et les névroses de comportement» ⁽⁵⁾

(1) C. Couvreur Ibid.

(2) Brusset B. Psychopathologie et métapsychologie de l'addiction boulimique. In la boulimie p. 117.

(3) C. Couvreur. Ibid. P.44.

(4) Brusset. B. Ibid. P.126. op. cit. p. 8

(5) Brusset. B. Ibid. P.126 op. cit. P.117.

Dans le champ psychosomatique Fain qui s'est intéressé au développement du nourrisson, nuance, les hypothèses avancées par les auteurs précités. Il parle d'un syndrome d'anorexie psychosomatique * chez le nourrisson tout en mettant l'accent sur l'existence de mécanismes mentaux présidant au syndrome d'anorexie du nourrisson, à savoir: la condensation (aliment étranger), le déplacement (visage de l'étranger - aliment) un début d'isolation (détachement des émois projetés sur la nourriture de l'image de la mère). il précise que son attitude ne peut être que «théorique parce que basée sur une définition des troubles psychosomatiques considérés justement comme résultant de l'absence de ces mécanismes de défense mentaux».

Les éléments théoriques que nous avons avancés rendent compte de la complexité de l'anorexie mentale de l'adolescente. A travers l'éclairage psychanalytique nous avons retenu les éléments les plus déterminants dans l'explication des auteurs:

- l'indication que ce trouble est imputable à un défaut d'étayage des zones érogènes et de leur capacité de liaison.
- l'importance de la problématique narcissique (prévalence de l'extériorisation de l'objet).

Dans une approche psychosomatique nous avons pu relever que la symptomatologie de ce trouble met en évidence des éléments qui tendent à rapprocher ce type de pathologie d'avec les névroses de caractère et de comportement telles qu'elles sont décrites dans la théorie psychosomatique de P. Marty.

Dans les cas assez fréquents où l'anorexie est associée à la boulimie l'hypothèse de cette dernière comme palier de relation et de réorganisation est avancée.

Enrichies de cet éclairage théorique psychanalytique d'une part, - surtout en ce qui concerne l'utilisation de nos outils de travail et du recueil des données - et d'autre part, de la théorie psychosomatique, qui tient compte de l'économie générale de

* Nous avons signalé déjà qu'il s'agit d'un cadre de référence psychanalytique. Marty ne parle plus de malades psychosomatiques, c'est l'individu qui est psychosomatique. M. Fain emploie le sens classique du terme.

l'individu, nous allons interroger les données cliniques relatives à l'illustration de cas qui va suivre en nous appuyant surtout sur cette dernière approche.

Dans cette illustration de cas, nous présenterons des données recueillies à partir des entretiens, du T.A.T. et du Rorschach. A tous ces outils qui mettent en jeu la dynamique de l'appareil psychique, c'est l'arrière plan théorique psychanalytique qui sert de rationnel dans la compréhension de la production individuelle. Pour ce faire nous nous sommes basées sur les travaux ⁽¹⁾ qui mettent l'accent sur la manière dont le travail psychique est mis en forme, devant des situations significatives; renvoyant notamment à la problématique oedipienne et ou à des problématiques archaïques.

Quelques données sur les entretiens d'investigation.

Samira, une jeune rouquine de 19 ans, pale et très maigre ressemble à une fillette par la manière dont elle est habillée et par ses attitudes. Inhibée elle attend les questions. D'une voix déprimée elle répond ainsi à la première question qui l'interpelle sur le motif de sa consultation: « Je suis anorexique je pense, ça veut tout dire, je mange normalement mais je vomis sans me faire entrer le doigt. (...) J'ai de fortes angoisses jusqu'à vomir de la bile (...) il y a même des moments où j'ai envie de fuir ».

Elle décrit plus loin des difficultés d'endormissement qui ont justifié un traitement par les neuroleptiques. Elle associe après sur les changements brusques de son caractère: « Il y a des moments où je suis bien et un moment après je suis métamorphosée. » Elle insiste beaucoup sur ses tendances à réprimer sa

(1) -Perron-Borelli (M) et Perron (R): L'examen psychologique de l'enfant, PUF, Paris 1986.

- Shentoub (V): Présentation du mode d'interprétation du T.A.T., Bulletin de la Société Française du Rorschach et des Méthodes projectives. N°33 Sept. 1986.

- Shentoub (V) et coll. Manuel d'utilisation du T.A.T., Dunod Paris 1980.

- Rausch de Trautenberg (N): La pratique du Rorschach? PUF, Paris 1970.

- Le T.A.T aujourd'hui en Algérie. Psychologie, Revue officielle de la Société Algérienne de Recherche en Psychologie OPU Alger N°1, 1990.

contrariété et sa colère avec son entourage. « Je ne parle jamais de ce qui me gêne parce que j'ai l'impression que personne ne me comprend alors je préfère me taire et laisser accumuler ». On verra quelquefois à l'oeuvre l'identification projective qui accompagne les tendances fréquentes à la répression chez la patiente : « ... et ma famille me reproche ce silence je ne sais pas ce que ma famille pense des fois je pense qu'ils pensent que je fais exprès. Je leur reproche cela... parce que je vis dans la souffrance... qu'on peut jamais égaler avec une autre, elle est tellement intense. Dans ces moments difficiles je ne trouve que ma mère qui souffre autant... » (pleure).

Remarquons à ce niveau l'accumulation des affects invoqués plus haut par le sujet qui semble t-il ne trouve pas à se lier à des représentations et dont l'épanchement s'oriente vers d'autres voies comme le comportement; la patiente nous le confirme ici verbalement.

« C'est pour ça que j'ai parfois envie de fuir mais je trouve que ce n'est pas la solution donc je suis là je ne sais plus comment me comporter, quoi faire, ni je sors ... ».

Dans ce cadre, elle rapporte des états d'angoisse qui empêchent chez elle toute initiative. « Hier je n'étais pas bien, j'étais très angoissée j'étais crispée. J'ai mal là aux mâchoires, je ne peux pas toucher là, je n'arrive ni à mâcher ni ... j'ai envie d'éclater, de crier, de sortir, de marcher aller n'importe où.

Elle insiste sur le fait qu'elle mange bien et de tout mais qu'elle vomit tout « impossible dit-elle de garder quoi que ce soit surtout lorsque j'ai le moral à plat ».

Ces vomissements précise-t-elle sont accompagnés de bile lorsqu'elle est dans cet état.

Elle renvoie l'origine de ses troubles à l'âge de 16 ans et demi. Son état pathologique a commencé avec une gastrite et des crises de foie. Elle fait aussitôt l'association (du point de vue du discours) avec une enfance qu'elle décrit comme dépourvue d'affection. De la description qu'elle nous fait de cette époque transparaît la jalousie et l'envie vis à vis de ses nièces.

« Lorsque mes nièces viennent à la maison je suis sur mes nerfs ... elles ont été plus gâtées que moi alors que moi ... quand je pense que moi à 9 ans je ne sortais pas pour garder mes 4 nièces et que je lavais les couches (...) qu'on se moquait de moi quand je jouais à la poupée on disait que j'étais grande. Quand je vois mes nièces à 15 ans qui mangent et qui se lèvent, quand je pense que moi j'ai une éducation très bien élevée ... que je fais semblant d'être bien pour contribuer (...) comme je ne voulais pas que quelqu'un m'en veuille même si je ne veux pas quelque chose je suis dévoué ».

Cette teinte négative de l'univers relationnel de son enfance semble englober ses relations actuelles et s'étendre un peu partout dans son environnement.

Elle poursuit à propos de ses deux grandes sœurs « je leur en veux parce qu'elles sont ingrates elles n'ont jamais dit quelque chose de bien de moi ... Hier je le leur avais reproché parce qu'avant elles me coupaient les cheveux ... je rêvais de cheveux longs, elles ne me laissaient pas m'habiller comme je voulais, elles m'étouffaient ».

Elles souligne qu'elle a appelé l'une des grandes sœurs maman et sa mère par son prénom.

« A l'âge de 8 mois elle m'a prise chez elle, elle s'est mariée j'avais 5 ans j'étais perturbée je l'appelais maman jusqu'à l'âge de 10 ans ... au début de ma maladie j'étais chez elle ... ».

A la suggestion de parler de cette période où la grande sœur s'est mariée elle répond « je me rappelle des images où je pleurais ... je n'arrivais pas à dormir ... l'autre grande sœur m'a prise chez elle mais ça n'allait pas je me réveillais dans la nuit je la cherchais je ne la trouvais pas ».

En évoquant sa mère elle rapporte que celle-ci avait beaucoup d'enfants qu'elle était toujours occupée ... « lorsque je voulais aller chez ma grande sœur ma mère était très malheureuse mais moi je ne voulais pas être chez elle avec mes crises d'anxiété je ne pouvais être que chez ma sœur (...) lorsque ma

soeur est partie j'étais comme abandonnée par ma mère (...) maintenant j'ai inversé les rôles je me suis beaucoup plus attachée à ma mère ces derniers temps ».

Elle souligne à un autre moment que cette soeur venait souvent la voir après le mariage et la prenait chez elle les week-end. Lorsqu'elle parle de cette soeur son discours est souvent entrecoupé de larmes. En association avec ce qui précède elle dit qu'elle s'attachait beaucoup à ses professeurs à l'école (des femmes) « Quand je m'attachais à la maîtresse je ne trouvais pas ça normal, je m'attachais énormément ».

Dans un deuxième entretien, elle met l'accent encore sur les mauvaises relations entre elle et ses soeurs et sur sa propre susceptibilité. C'est surtout la soeur qui l'a élevé qui est l'objet d'une grande agressivité (sous forme d'identification projective).

« Je me suis trompée de penser qu'elle était plus sensible envers moi, je crois qu'elle ne l'est pas du tout ... elle ne prend jamais le téléphone, c'est toujours moi, d'ailleurs hier je lui ai fait la remarque ... ça me touche ça me fait de la peine, beaucoup de peine ... je suis sûre qu'à la maison elle ne pense pas à moi (...) elle ne m'appelle que lorsqu'elle a besoin de quelque chose ... ».

C'est en faisant remarquer qu'elle a des tendances à se souvenir de choses qui la touchent énormément qu'elle parle de son père en ces termes :

« Mon père ne s'est jamais occupé de moi c'était l'aîné de la famille, il avait perdu ses parents il devait s'occuper de sa tante, de ses frères et de ses soeurs. Ses enfants ont grandi seuls ... ma mère la pauvre elle a tellement souffert avec la belle mère et tout ce qui s'ensuit ... jeune je me disais c'est pas possible ce ne sont pas mes parents je le pensais réellement.

La relation caractérisée par le malaise l'insatisfaction et l'inappétence s'étend au cercle des amis également.

Elle décrit les copines au lycée comme mauvaises elles ne lui donnent pas les notes scolaires lorsqu'il lui arrive de s'absenter. Elle n'a pas d'amis elle est plutôt retirée.

c'est un couple mari et femme je pense que le mari a l'air saoul et sa femme l'empêche de faire une bêtise de se bagarrer »; sans que l'on puisse coter ce procédé dans la grille, sous forme d'accent porté sur les relations interpersonnelles.

- 4) Les procédés E qui renvoient aux processus primaires sont assez présents par rapport à la formalisation rigide ou labile. Ils viennent corroborer une fantasmatique crue qui relève de la mort, la destruction et l'agressivité sexuelle, sans être débordants - à aucun moment - Ces procédés s'intercalent avec ceux qui sous-tendent l'inhibition pour donner à voir un aménagement défensif qui fait beaucoup penser au travail du clivage entre les représentations ou une élaboration plus souple entre ces dernières semble évacuée.
- 5) Les procédés de dégagement (A1 et B1) qui représentent un travail d'élaboration plus souple et plus nuancée - qu'ils soient dans un registre dominé par le contrôle ou encore un mode d'expression caractérisé par l'affect et le laisser aller à l'imagination - sont totalement absents dans ce protocole.

B- Problématique générale.

La problématique oedipienne à laquelle renvoient plusieurs planches a été en général évitée, inhibée dans le protocole. On retrouvera quelques procédés de contrôle surtout, qui mettent en forme une tentative de conflictualisation dans le sens de cette problématique mais elle est vite exclue par le surinvestissement de l'inhibition. Lorsque celle-ci est au premier plan, on constate un abrasement de toute fantasmatique dans le récit. Une levée partielle de ce type de défense, donne à voir des représentations crues de mort et de destruction (PI 1, 3 BM, 8 BM, 13 MF) sans que ces dernières soient envahissantes. Par conséquent la patiente semble balancer entre l'inhibition et l'expression d'une fantasmatique qui sans être débordante n'a d'égal en violence que le cadre défensif qui l'accompagne. La lisibilité du récit donne l'impression d'une discontinuité dans la structure du texte.

Toutes ces données que nous venons d'invoquer à propos de la qualité des stratégies défensives, de la gestion de l'an-

goisse et du conflit écartent l'hypothèse d'une structure névrotique ou psychotique.

Autrement dit le recours très rare aux mécanismes qui opérationnalisent le refoulement (procédés de contrôle et procédés labiles dans le T.A.T.) sont très réduits.

A aucun moment le récit n'a été débordé par l'émergence des processus primaire sous forme de désorganisation des repères spatio temporels ou de représentations affectifs liés à une vie fantasmatique spécifique ou encore sous d'autres aspects que comporte la grille.

Si le conflit oedipien est souvent évacué on ne peut pas soutenir non plus, pour les raisons déjà avancées, un conflit avec la réalité et la problématique identitaire qui le sous-tend.

A quel registre de fonctionnement nous renvoie alors notre patiente ?

Ses récits sont en général de lisibilité moyenne assez bien cadrés, écrasés dans leur résonance fantasmatique par les procédés qui relèvent de l'inhibition qui nous l'avons dit, ne cèdent que pour donner à voir de manière imprévisibles des représentations crues.

Ces tendances paradoxales du récit semblent procéder du clivage.

Si les personnages du récit semblent correctement intégrés au niveau de leur image du corps, ils sont le plus souvent anonymes, pauvres en attributs et rarement mis en relation. Par conséquent toute élaboration conflictuelle reste étouffée; même cette fantasmatique renvoyant à la mort et à la destruction que nous avons perçue dans certaines planches demeure très contenue.

L'agressivité semble particulièrement concerner l'objet mais aussitôt que des mouvements libidinaux lui sont attribués d'autres mouvements caractérisés par la destruction sont projetés sur lui. Le tout reste très contenu par l'inhibition. Ces données que nous venons de pointer nous font penser à un modèle de fonctionnement qui au regard de la psychanalyse serait désigné

comme une organisation limite dans laquelle l'inhibition est prédominante, celle-ci est accompagnée par des opérations de contrôle et surtout de clivage. La mise en jeu de cet aménagement défensif par la patiente a pour résultat de verrouiller l'expression fantasmatique de celle-ci de la préserver d'un possible débordement par les excitations intenses et de sauvegarder son rapport à la réalité.

RESUME DU RORSCHACH

1- Les opérations défensives:

Par ordre d'importance on peut citer:

- a) Une inhibition massive qui s'est exprimée dans une pauvreté des associations où les représentations sont souvent données sous forme de substantifs. (Un insecte, un diable, un crapaud etc...) sans articulation les uns avec les autres.

On peut souligner également l'absence de mise en scène et de scénario des contenus humains. La restriction de la productivité sur le plan associatif est accompagnée de nombreux silences et quelquefois de mimiques.

- b) Des stratégies renvoyant au clivage:

On peut constater ce type d'opérations entre les affects et les représentations; les engrammes affectifs ont tendance à s'exprimer dans les planches pastel et dans certaines planches unitaires alors que les représentations sont mises en forme dans les planches rouges et noires.

Nous observons ces mêmes stratégies au niveau des contenus et dans les planches couleur essentiellement.

Ex: PI VIII - « Le printemps »

- La jungle

PI IX - Le soleil non ?

crépuscule plutôt.

- c) Des procédés défensifs qui relèvent du contrôle, notamment l'isolation; une isolation qu'on pourrait qualifier comme proche du clivage, ce mécanisme tente de séparer les percepts du protocole spontané des engrammes affectifs rapportés dans l'enquête, éléments que le sujet tente d'exclure de ses associations.
- d) Enfin des opérations qui nous semble t-il peuvent renvoyer à la projection et ou à l'identification et dont la difficulté de repé-

rage au niveau du Rorschach est certaine, il s'agit dans ce cas surtout de contenus qui laissent se dégager une note agressive dangereuse invoquant le mauvais objet par exemple: diable, enfer, jungle, vampire vautours etc...

2) La nature du conflit \ Nature de l'angoisse.

Nous soulignons ici l'absence de conflit spécifique de la problématique oedipienne nous avons mis l'accent sur ce manque et sur l'absence de mise en scène qui vont dans ce sens au niveau de l'analyse du protocole. Un conflit avec la réalité qui pourrait mettre en forme une indifférenciation entre le monde extérieur et le corps propre du sujet n'est pas non plus posé dans ce protocole. Ainsi l'angoisse n'est pour ainsi dire ni oedipienne renvoyant à la castration, ni psychotique, attachée au morcellement.

Ce qui attire l'attention chez la patiente c'est le fait qu'elle rapporte des images inquiétantes négatives dangereuses en lieu et place des images parentales, de l'image du corps, de la représentation de soi (PI I diable, PI IV l'enfer, PI V vampire, PI III crapaud, PI IX le soleil non? crépuscule plutôt); nous n'avons pu lier cela qu'à ses angoisses et à la fragilité des relations avec son environnement qu'elle rapporte au niveau des entretiens avec une note qu'on pourrait qualifier de paranoïde. Cependant, du fait de la défense massive par l'inhibition cette note ne semble pas déborder le sujet.

Nous serions aussi tentées d'invoquer une angoisse de perte de l'objet si l'on considère les opérations du clivage qui campent les contenus en bons et mauvais objets et parler dans ce cas de conflits d'idéaux (Idéal du moi - moi idéal) mais l'absence d'un débordement fantasmatique allant dans le sens de la perte et une restriction extrême de contenus nous pousse à adapter une réserve devant cette hypothèse.

Pour terminer nous pouvons dire que le fonctionnement qui se dégage de l'analyse du Rorschach concorde avec les données de l'entretien et celui du T.A.T. (dans lequel nous avons pensé à un aménagement limite).

Nous mettons l'accent sur l'orientation massive des procédés qui relèvent de l'inhibition accompagnée de l'isolation (cette dernière fait figure de trait caractériel chez la patiente, la présence d'opérations qui procèdent du clivage et de l'identification projective; cependant ces deux dernières défenses n'ont pas une permanence suffisante pour mettre en forme des conflits (probablement celui entre Idéal du moi et moi idéal avec la note paranoïde attribuée à ce dernier) et les organiser dans leur déroulement sur la scène mentale.

Conclusions relatives à l'investigation de cas.

Jusqu'ici à propos de l'illustration de ce cas nous nous sommes référées à la théorie psychanalytique, comme l'exige la clinique de ses instruments pour comprendre le fonctionnement mental du sujet. Mais comment peut-on utiliser ces outils, et les informations qu'ils apportent en nous référant à la théorie psychosomatique. Et quel est l'intérêt à le faire pour l'anorexie.

Pour répondre à ces questions nous invoquerons les travaux de R. Debray à propos de l'utilisation de ces outils dans plusieurs de ses études ⁽¹⁾ et dans les thèses qui sont sous sa direction dans les champs de la psychosomatique.

Nous pourrions nous même nous inspirer de ces travaux pour tenter de comprendre le cas que nous avons présenté à la lumière de cette théorisation.

Nous retenons quand même une idée majeure qui appartient aux deux champs théoriques même si les écrans qu'ils mettent en place pour observer le fonctionnement mental n'est plus le même pour l'un ou l'autre. Cette idée majeure qui est au centre des intérêts de chacune des deux théories - peut être plus pour la théorie psychosomatique - est celle du préconscient (sa fonctionnalité, sa richesse, les qualités qui le caractérisent: permanence, fluidité, épaisseur) ⁽²⁾.

Pour Pierre Marty, la compréhension des mouvements intra systémiques (Préconscient) et intersystémiques (concernant tout le fonctionnement mental) ne peut se faire que si l'on intègre les deux dimensions psyché et soma en une unité qui est l'équilibre psychosomatique. En effet devant la pathologie, les intérêts de P. Marty étaient focalisés sur la relation qui existe entre le travail mental et la systématique des comportements, les traits de caractère, et l'état somatique.

(1) Debray (R), L'équilibre psychosomatique: Organisation mentale des diabétiques, coll. Psychismes, Paris 1983.

(2) Marty (P), Mouvements individuels de vie et de mort, Paris Payot, 1976.

De là vient l'intérêt à placer le fonctionnement mental de l'anorexique dans l'équilibre psychosomatique de l'individu et à chercher à pointer des éléments prégnants entre le fonctionnement mental et les autres aménagements (caractère, comportement état somatique) qui participent à l'équilibre psychosomatique, et de dégager par cette voie la place qu'occupe le trouble anorexique dans ce même équilibre.

C'est ce que certains auteurs comme C. Couvreur et M. Fain, tentent de faire en avançant les hypothèses que nous avons rapportées dans l'approche théorique.

Dans la problématique que nous venons d'évoquer c'est sans doute la mise en question du pronostic vital dans ce type de pathologie qui interpelle le clinicien et le pousse à s'intéresser à la recherche des liens entre ce qui se passe dans la scène mentale et la tenue du corps dans ce type de pathologie. En effet, comment peut-on s'intéresser exclusivement au fonctionnement mental de l'anorexique en négligeant le cortège des troubles somatiques (aménorrhée, amaigrissement, vomissement etc ...) et du comportement (hyperactivité, compulsivité conduites d'épuisements).

Nous reprenons ici une idée chère à Pierre Marty, dans laquelle il souligne l'intérêt de se pencher sur la vie mentale de chaque individu souffrant d'une pathologie. Cependant la référence à ces données peut paraître parcellaire surtout si des défenses massives mettent au premier plan l'inhibition; d'où l'intérêt à relativiser les données qui nous viennent uniquement de l'observation du champ mental en prenant en considération d'autres données qui relèvent du comportement et de l'état somatique.

Comment s'intègrent ces différents aspects ? Là est la question de l'équilibre psychosomatique. Une question à laquelle nous aimerons nous essayer pour tenter de comprendre le cas que nous venons de présenter et dégager les dimensions qui semblent pertinentes dans cette approche sur le plan clinique.

Dans cette perspective, les données de l'entretien, du T.A.T. et du Rorschach mettent au premier plan des aspects variés de la répression. A différents moments, la patiente précise

qu'elle se retient de dire ce qui lui déplaît pour ne pas déplaire aussi bien dans son entourage le plus proche (soeurs, nièces) que dans ses attitudes générales vis à vis de la relation. (son repli, la fuite des amies, sa phobie d'ambiance etc...).

Au niveau du T.A.T. et du Rorschach cette répression s'exprime plutôt par une mise en avant d'une inhibition massive sous forme de pauvreté associative (Dans le Rorschach: emploi de substantifs, mode perceptif global et simple, absence de kinaesthésie, etc ... dans le T.A.T.: Textes très réduits, aconflictuels, mettant très rarement des scénari relationnels, pauvres en résonance fantasmatique dans certains récits et représentations crues (sans articulation avec le reste) dans d'autres. Tout ce que nous venons d'évoquer souligne la faiblesse du refoulement et en même temps la défaillance du préconscient. En effet ce sont surtout les opérations du refoulement qui permettent au préconscient de conserver ses qualités de permanence (la possibilité de posséder des qualités d'association dans l'actualité en rapport avec une excitation donnée) de fluidité (la résonance d'un groupe de représentations avec d'autres groupes) et d'épaisseur (le fait qu'une constellation d'associations actuelles trouvent à se mettre en liaison avec des associations d'autres étapes de la vie).

Nous avons parlé par ailleurs de mécanisme qui relèvent de l'identification projective et du clivage. La présence de ces procédés n'est cependant pas suffisamment permanente pour qu'une scène mentale s'anime des conflits qui opérationnalisent ce type de défense et pour que les excitations se gèrent surtout au niveau de cette sphère.

CONCLUSION

Nous concluerons sur un questionnement qui privilégie l'approche psychosomatique de l'anorexie mentale même si certains aspects de celle-ci nous restent obscurs. Ce qui peut constituer des défenses mentales solides et servir de parexcitation contre les traumatismes est loin d'être consistant chez notre patiente. Si l'on se situe du point de vue de la nosographie de Pierre Marty, la mauvaise mentalisation qui caractérise le fonctionnement psychique de la patiente nous inclinerait à le situer dans les névroses de caractère mal mentalisées ou encore dans les névroses de comportement. L'on peut comprendre à partir de cette analyse que si le préconscient n'effectue pas son travail de lien des excitations ou s'il le fait très mal, d'autres voies peuvent s'ouvrir pour juguler celles-ci; notamment la voie somatique. A ce niveau il nous reste à comprendre par rapport à ce modèle de fonctionnement que nous avons qualifié de pauvre sur le plan du préconscient comment viennent s'intégrer les troubles somatiques que la patiente évoque (l'aménorrhée, les vomissements, l'amaigrissement le diabète). Quelle est la valeur économique de l'accumulation des excitations que la patiente rapporte en termes de douleur jamais égalée.

Quelle est l'économie de chaque trouble rapporté par la patiente dans son équilibre psychosomatique ? Comment se fait la réversibilité de ces troubles si elle est possible ? Comment se régulent les mouvements entre vie mentale et tenue du corps ?

Lorsqu'il y a « démentalisation » quelles sont les opérations atteintes en premier lieu dans la scène mentale ? A la suite d'un traumatisme, sur quel espace du préconscient la déliaison entre représentations s'engage t-elle au préalable ? Ce sont là des questions que cette perspective nous recommande de poser. Nous avons mis l'accent sur les éléments auxquels nous avons été sensibles mais nous n'avons pas toutes les réponses.

Cependant avec cette illustration de cas nous avons essayé de comprendre comment deux modèles théoriques complémentaires - même s'ils ont des cadrages spécifiques - peuvent nous aider à comprendre le fonctionnement individuel.

Aussi pertinent que l'est l'un et l'autre, il restera au clinicien de choisir celui qui lui permettra de mieux cerner les faits et d'intégrer dans une vue cohérente des signes qui d'emblée peuvent paraître comme appartenant à des champs différents.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BRUSSET B. (1977). *L'assiette et le miroir. L'Anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse. Privât.
- BRUSSET B. (1985). L'anorexie mentale des adolescentes. in Lebovici. S., Diatkine. R., Soulé. M., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris PUF.
- BRUSSET B. (1992) Introduction générale. *La boulimie: Monographie de la Revue Française de Psychanalyse*. Paris PUF pp 7-11.
- BRUSSET B. (1992) Psychopathologie et métapsychologie de l'addiction boulimique. *La boulimie: Monographie de la Revue Française de Psychanalyse*. Paris PUF pp 105-123.
- BRUSSET B. (1993) Anorexie mentale et boulimie du point de vue de leur genèse. *Neuropsychiatrie de l'enfant*. 5-6. pp 245-249.
- CHABERT C. (1983) *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. coll. psychismes. Paris.
- COUVREUR C. (1992) Sources historiques et perspectives contemporaines. *La boulimie: Monographie de la Revue Française de Psychanalyse*. PUF. Paris pp 13-44.
- DEBRAY R. (1983) *L'équilibre psychosomatique: Organisation mentale des diabétiques*. Coll. Psychismes. Paris.
- DESSUANT P. (1995) L'analité, la maîtrise et le narcissisme. *Revue Française de Psychanalyse*. 3. PUF. Paris pp 757-771.
- FINE A. (1992) Entretien sur la boulimie avec J.C. Mc Dougall. *La boulimie. Monographies de la Revue Française de Psychanalyse*. Paris. PUF. pp 143-153.

فقدان الشهية إلى الطعام تناول نظري و دراسة حالة لمراهقة جزائرية

ملخص

يتميز إضطراب فقدان الشهية إلى الطعام بصعوبة تفسيره مم أدى إلى مساهمات عديدة من طرف الطب، الطب العقلي، التحليل النفسي و علم النفس.

نذكر من بعض خصائص هذا الإضطراب:

– حدوثه عند المراهقة

– ميزته الأنثوية

– صعوبة علاجه

يحتوى هذا المقال على تقديم نموذج نظري يفسر هذا الإضطراب و يتركز على التحليل النفسي و على النظرية السيكوسوماتية، كما يقدم أيضا حالة لمراهقة جزائرية.

تتميز هذه الحالة بإضطراب العلاقة أم – طفل، بضعف السياقات الليبيدية و الموضوعية و بإشكالية نرجسية.

في الميدان السيكوسوماتي يمكن الإشارة إلى ضعف بعض الآليات الدفاعية مثل الكبت إذ أدت هذه الوضعية إلى إدراج إضطراب فقدان الشهية إلى الطعام في إطار العصابات الطبعية والسلوكية.

الكلمات الأساسية: صعوبة تفسير الإضطراب – ضعف العلاقة أم-طفل – ضعف ما قبل الشعور – مراهقة.