

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE-LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2012

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Les femmes souffrant de troubles du comportement alimentaire et leurs
conjointes : faut-il toujours soigner le couple ?**

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 17 Avril 2012

Par Julia de Méringo

Jury

Président : Monsieur le Professeur Michel Goudemand

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre Delion

Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Monsieur le Professeur Vincent Dodin

Directeur de Thèse : Mademoiselle le Docteur Marion Hendrickx

1	INTRODUCTION :	3
2	CAS CLINIQUES :	11
2.1	Cas de Mlle R, âgée de 25 ans, souffrant d'anorexie mentale, en couple depuis 4 ans	11
2.2	Cas de Mme G, âgée de 35 ans, souffrant d'anorexie mentale, mariée depuis 7 ans :	17
3	PRE-REQUIS :	23
3.1	Modèles de compréhension des troubles du comportement alimentaire :	23
3.2	L'anorexie mentale :	27
3.2.1	Historique :	27
3.2.2	Données épidémiologiques :	28
3.2.3	Données cliniques :	30
3.2.4	Prise en charge :	32
3.3	La boulimie :	33
3.3.1	Historique :	33
3.3.2	Données épidémiologiques :	33
3.3.3	Données cliniques :	35
3.3.4	Prise en charge :	36
3.4	Le couple :	37
4	PATIENTES EN COUPLE:	43
4.1	Statut marital :	43
4.2	Fertilité :	44
4.3	Parentalité :	45
4.4	Comparaison avec les patientes célibataires :	45
5	CARACTERISTIQUES DES FAMILLES D'ORIGINE :	47
5.1	Les familles d'origine: schémas de fonctionnement et d'attachement :	48
5.2	Les familles d'origine envers les couples :	53
6	MALADIE MENTALE ET RELATION DE COUPLE :	55
6.1	Le couple :	55
6.1.1	Définition :	55
6.1.2	Engagement :	57
6.1.3	Intimité :	58
6.1.4	Amour et passion :	69
6.2	Les conjoints des patientes :	74
6.2.1	Caractéristiques des conjoints de malades psychiatriques :	75
6.2.2	Caractéristiques des conjoints des patientes souffrant de TCA :	78
6.3	Souffrance dans le couple :	81
7	PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :	86

7.1	Les différentes raisons d'impliquer le conjoint :.....	88
7.2	Exemple de prise en charge de couple pour les troubles psychiatriques tels que la dépression et les conduites addictives :	90
7.2.1	L'exemple de la dépression et de sa prise en charge au sein d'un couple en souffrance :	91
7.2.2	L'exemple de la toxicomanie et de sa prise en charge au sein d'un couple en souffrance :	93
7.3	Objectifs des entretiens de couple: exemple de la prise en charge selon la TCC dans les TCA :	95
7.4	La thérapie de couple : différents courants de pensée et de psychothérapie :	103
8	DISCUSSION :	114
9	CONCLUSION :	122
10	BIBLIOGRAPHIE :	126
11	ANNEXES :	136

1 INTRODUCTION :

Les troubles du comportement alimentaires (TCA) se caractérisent par des perturbations graves du comportement alimentaire. Ils incluent l'anorexie mentale, la boulimie et les troubles des conduites alimentaires non spécifiés (troubles qui ne répondent pas aux critères d'un TCA spécifique).

L'anorexie mentale fut décrite dès 1698 par Richard Morton sous le nom de « phtisie nerveuse », puis baptisée au XIX^{ème} siècle par Huchard sous son nom actuel. Le terme de boulimie remonte à l'antiquité mais elle a été décrite pour la première fois en tant qu'entité clinique autonome à la fin des années 70.¹

De nombreuses questions restent sans réponse concernant leur étiopathogénie, les comorbidités éventuelles ainsi que des questions concernant la spécificité éventuelle de la clinique des patientes en couple.

Tout d'abord, rappelons le postulat de travail de S. Freud pour qui : le champ de la sexualité s'étend à tous les ressentis corporels et émotionnels, s'organisant aux stades pré génitaux, c'est à dire avant que la sexualité trouve dans les organes génitaux son origine pulsionnelle. Nous pouvons alors comprendre que le corps puisse être le lieu d'expression d'une souffrance du lien entre deux personnes, en somme un symptôme du lien dans son ensemble. Nombre de ces patientes témoignent, de par leurs angoisses archaïques, d'un stade de développement psychoaffectif pré génital rendant quasi impossible l'investissement d'une sexualité adulte.

Les difficultés liées à la séparation et à l'individuation semblent également être au centre de la problématique de ces patientes nous interrogeant d'autant plus sur leur capacité à constituer un couple et à la qualité du lien qui peut les unir à l'autre.

Alors que j'étais interne dans le service du Pr Dodin, à St-Vincent, GHICL, centre de référence des TCA, j'ai rencontré plusieurs patientes souffrant de troubles du comportement

¹G Russell, « Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa », *Psychological Medicine* 9, n°. 3 (août 1979): 429-448.

alimentaire. Je pense pouvoir parler de fascination mêlée à un sentiment de curiosité et d'incompréhension lorsque je repense à mon ressenti en présence de ces patientes qui mettaient tant d'énergie (de vitalité paradoxale pourrai-je dire) à se détruire à la vue de tous (ici j'entends à la fois les proches mais également les soignants).

L'anorexie et la boulimie, bien qu'apparaissant à première vue très opposées (l'anorexique serait dans la maîtrise et la boulimique dans la compulsion) , partagent de nombreux points communs et en particulier la période de déclenchement du trouble (l'adolescence) ainsi qu'une obsession similaire pour la nourriture, le symptôme entraînant dans les deux cas des conséquences physiques et psychiques graves.

En effet cet intérêt commun pour la nourriture ne se traduit pas de la même façon dans les deux maladies mais signe dans les deux cas un sentiment d'insécurité interne marqué, des angoisses de séparation et de perte très envahissantes et des conflits infantiles non résolus. Elles partagent également des préoccupations exagérées de leur image du corps entraînant une lutte effrénée vers la non prise de poids voire de la perte de poids. Leur conviction quasi délirante d'être en surpoids entraîne la nécessité d'un contrôle permanent de « ce qui rentre et ce qui sort » que ce soit par la restriction ou les techniques de purge mais également par l'hyper investissement intellectuel et le surmenage physique.

Cette obsession pour la nourriture devient constitutive de leur personnalité et de leur lien à l'autre les aliénant dans l'impossibilité de ressentir et encore moins de laisser libre cours au désir (le leur et celui de l'autre). Plus elles se privent et plus elles désirent, alimentant leur culpabilité et renforçant l'annihilation de leur propre vie. Elles se lancent dans un processus d'autodestruction proche du masochisme, ne se reconnaissent pas le droit de vivre. L'impuissance souvent rencontrée au cours de la prise en charge de ces patientes reflète ce que la maladie peut faire vivre aux proches dans leur quotidien.

La question de la séparation et du deuil est au premier plan. Le déclenchement fréquent de la maladie à la période de l'adolescence en est une bonne illustration. Les transformations physiques (en lien avec la puberté) ainsi que les mouvements psychiques de séparation et d'individuation que l'adolescent doit traverser réactivent ses angoisses d'abandon, le conflit œdipien, testent la solidité du lien avec les figures parentales et révèlent les failles narcissiques.

Comment trouver la bonne distance avec les autres ? Comment trouver l'équilibre entre la peur de se faire abandonner et oublier par l'autre et l'angoisse de se voir dévorer si l'autre se montre trop proche ? En général, plus l'investissement affectif envers l'autre est fort et plus les angoisses d'abandon et de fusion sont importantes expliquant les conflits si importants dans les familles. Comment s'autoriser à désirer, à vivre et à assumer son altérité?

Ce qui est fréquemment rencontré dans la clinique des TCA est une difficulté voire une impossibilité pour ces patientes de se séparer de leur famille d'origine. Ces angoisses de séparation se retrouvent du côté des parents en lien avec leur propre histoire infantile. Ces systèmes d'attachement étant dysfonctionnels, comment se lier « sainement » à quelqu'un d'autre sans être dans la répétition de schèmes infantiles précoces ne permettant pas, à priori, un lien d'amour et d'intimité ?

Voilà autant de questions auxquelles ces patientes ne savent pas répondre et auxquelles le trouble peut répondre comme alternative à la séparation définitive. Ces questions fréquentes chez tout adolescent laissent les patientes dont nous parlons dans une détresse difficilement surmontable.

L'image habituelle de l'anorexique est plutôt celle d'une jeune fille froide, renfermée et de physique peu avenant (étant donné la maigreur et les stigmates physiques de la dénutrition). Ce sont des jeunes filles en permanence dans un souci de performance, rigides et certains diront même manipulatrices. La patiente boulimique est plus souvent décrite comme d'un bon contact au premier abord, évoquant facilement ses émotions et en quête relationnelle plus affichée. Elle ne présente pas forcément une perte de poids et est parfois même en surpoids. Elle peut présenter cependant une instabilité émotionnelle et tisse avec l'autre un lien fait de rapprochement et de rupture aussi brutaux l'un que l'autre.

Dans les deux cas, il est étonnant de constater que nombres de ces femmes sont en couple et disent vivre une relation « amoureuse » avec un homme, souvent depuis plusieurs années. La question de leur intimité est difficilement abordable même après parfois plusieurs entretiens. Cependant, lorsque le sujet peut être abordé, il apparaît et ressort que la nature du lien les unissant est loin du lien que nous pouvons imaginer dans une relation de couple, quelle que soit la façon dont nous pouvons nommer cette relation singulière qui unit deux êtres dans une intimité particulière. Je n'en étais que plus étonnée, interrogée et curieuse de comprendre quel

pouvait être la nature de ce lien.

Dans le travail qui va suivre, le terme de couple désigne l'union (maritalement ou non) de deux conjoints hétérosexuels, dont la femme souffre de TCA et qui vivent ensemble. Nous verrons que ce que ces patientes appellent « leur couple » s'éloigne souvent de ce que les auteurs et/ou thérapeutes ont pris comme critères pour définir le couple. La notion d'intimité pose question en particulier pour tout ce qui touche à la sexualité mais également concernant l'intimité sur le plan psychique puisque la capacité de donner et de recevoir est très altérée voire inexistante.

Comment être en couple alors qu'on ne sait pas qui l'on est soi-même ? Nous pouvons postuler que l'anorexique et la boulimique étant toutes deux dans une répression de leurs désirs, se soumettent et obéissent au désir de l'autre. Nous nous représentons alors un couple fonctionnant sur un mode dominateur/dominée ce qui ne correspond pas à la richesse et à l'hétérogénéité des patientes (et de leurs couples) rencontrées en clinique. En effet, il semblerait plutôt que le symptôme alimentaire permette à la patiente, de façon inconsciente, de maintenir un contrôle ou encore une emprise sur son couple. C'est finalement le symptôme alimentaire à travers son retentissement sur le couple qui va devenir la base de fondation du couple (dans le cas où la pathologie est déjà à l'œuvre lors de la rencontre). Ce même symptôme alimentaire va également permettre de maintenir un lien fort, aliénant, entre la patiente (et donc son couple) et sa famille d'origine. Tout se passe comme si après avoir tenté peut être de se détacher (en se rattachant à travers le couple), celui-ci devenait, après-coup, un moyen de rester uni avec la famille d'origine. L'impuissance dans laquelle le symptôme met le conjoint permet la justification d'un maintien du lien avec la famille d'origine qui elle, peut-être, saura « guérir » alimentant à son tour l'impuissance et la mise à l'écart du conjoint.

Pour les couples se constituant « supposément » avant le déclenchement de la maladie, la question d'un rôle déterminant du fonctionnement de couple dans le développement du trouble peut se poser.

J'utilise le terme « supposément » parce que même pour les troubles alimentaires se déclenchant plus tardivement que l'adolescence, nous pouvons tout de même supposer qu'ils ne sont que la réactivation d'un trouble préexistant à l'adolescence voire dans l'enfance mais étant passé inaperçu.

Cependant, que le couple se constitue avant, pendant ou après le début du trouble alimentaire,

je me suis demandée comment les deux (la maladie et le fonctionnement de couple) pouvaient être en interaction et s'alimenter l'un l'autre de la même manière que ce qui peut être observé dans d'autres troubles psychiatriques. Ce qui est nécessaire à la constitution d'un couple « sain » est ce qui semble être le plus compliqué à assimiler par les patientes souffrant de TCA. En effet, les questions d'intimité (physique et psychique), d'engagement et d'amour sont difficiles à envisager et à vivre pour ces patientes tant leur monde interne est pauvre ou angoissant pour elles-mêmes. Exister pour elles-mêmes peut vouloir dire tuer l'autre. Alors dans ce cadre comment faire couple ? Comment exister à deux tout en restant soi ? Sachant que la question du Soi est pour ces patientes peu ou mal intégrée.

Il est difficile, lors des entretiens, de se faire une représentation du conjoint tant la patiente l'évince des conversations, jusqu'à nous en faire oublier son existence, ou bien le dévalorise ou nous le présente comme défaillant. Il est donc compliqué de comprendre les motivations de chacun des conjoints à maintenir leur couple en vie.

Concernant les femmes plus âgées, en couple depuis plus longtemps mais également malades depuis plus longtemps, la complexité du lien entre le trouble alimentaire et leur relation conjugale est plus marquée. De plus, il y a souvent des enfants impliqués dans la dynamique complexifiant d'autant plus la compréhension des mécanismes à l'œuvre chez chacun des membres de la famille. Il semble alors plus important dans ces cas-là de prendre en compte d'emblée la dimension relationnelle du trouble dans le couple, le symptôme alimentaire semblant englober complètement le conjoint.

Ceci est différent de la situation des jeunes filles en couple. Dans nos esprits, il semble que nous voyons ce couple comme une « erreur » de choix de la part de la patiente souffrant de TCA. Je parle ici du ressenti des thérapeutes et le rôle que cela peut jouer dans notre prise en charge thérapeutique. Nous observons et recueillons ce que peut dire la patiente de ce couple comme indicateur de son évolution psychique; à savoir que la séparation signe pour nous (souvent) une amélioration franche de ses capacités à faire des choix et à s'individualiser. Les petits amis en question peuvent présenter divers traits de personnalité comme par exemple, une passivité, une projection maternelle sur leur conjointes (malades) mais parfois aussi une certaine perversité (et jouissance perverse donc) à être en couple avec quelqu'un de plus faible à qui on peut « pomper » le narcissisme pourtant si fragile, dans sa constitution et sa stabilité, chez les patientes dont nous parlons ici. Deux situations un peu différentes peuvent donc être

décrites et séparées grâce à deux cas cliniques :

Le premier cas que je présente dans la suite de mon travail est celui d'une patiente jeune, Mlle R., âgée de 25 ans, en couple depuis quelques années et sans enfant. Les troubles sont présents depuis plusieurs années lorsqu'elle consulte le service du Pr Dodin pour la première fois. Il s'agit de son premier contact avec la psychiatrie et son évolution physique et psychique va progresser de façon satisfaisante. Cette évolution clinique se fera « aux dépens, au détriment » de son couple qui va se séparer en lien avec la réémergence des désirs propres de la patiente et de sa réflexion sur ses attentes autour du couple et d'elle-même. Son conjoint ne satisfait plus ce dont elle peut avoir besoin et envie, et parallèlement à cette évolution psychique et aux changements conséquents, celui-ci ne se remet pas en question. Le couple est reçu lors de quelques entretiens dans le cadre de l'information et de la psychoéducation à la maladie. Cependant, aucun des deux membres du couple ne témoigne de désir en vue d'un travail psychothérapeutique de couple. Nous ne l'avons pas en tête non plus puisque pensant qu'il s'agit d'un mauvais choix d'objet en lien avec sa pathologie et que donc le couple ne peut pas survivre à une évolution favorable de la patiente. Cette hypothèse clinique de travail est-elle juste ?

L'autre cas clinique que j'ai choisi pour illustrer la problématique posée dans mon travail, est celui d'une femme plus âgée, mariée et mère de deux enfants. Le trouble remonte à l'enfance et à l'adolescence avec notamment deux épisodes spontanément résolutifs à cette époque et n'ayant pas bénéficié de soins. La patiente n'est à priori pas dans une phase active de sa maladie lorsqu'elle se met en couple avec son futur mari. Les troubles réapparaissent dans un contexte d'épuisement psychique et physique associé à un trouble dépressif, le tout engendrant et/ou aggravé par des conditions et exigences professionnelles difficiles. Immédiatement le rôle du conjoint ou du moins l'intrication de ce trouble avec le fonctionnement de couple nous paraît important à prendre en compte. Plusieurs entretiens sont donc proposés mais pas tout de suite honorés du fait de résistance à la fois de la patiente et de son conjoint. Puis nous constatons qu'en effet le trouble alimentaire non seulement a des conséquences depuis plusieurs années sur la vie de couple et de la famille mais qu'ajouté à cette constatation, le conjoint veut et peut en parler en vue de bousculer certains fonctionnements. Des menaces de divorce sont prononcées, mais aussi l'évocation par le mari du lien « pathologique » unissant encore sa femme avec sa famille d'origine et en particulier avec son père. Le couple est donc vu régulièrement. Ils suivent actuellement une psychothérapie de couple ainsi qu'une thérapie

familiale. La thérapie familiale ne concerne pas la famille de Mme G. comme c'est le cas habituellement (c'est à dire son mari et ses enfants) mais sa famille d'origine (c'est à dire ses parents) et son mari.

Pour des raisons peut-être de croyance morale ou d'héritage judéo-chrétien, il nous a paru évident, sans trop de questionnements, de proposer une thérapie de couple dans la prise en charge de cette patiente pour aider ce couple à se reconstruire autrement qu'en fonction du trouble alimentaire et à se réaménager en fonction de l'évolution thérapeutique de la patiente. Il s'agit aussi de soutenir le mari dans sa souffrance personnelle mais aussi dans l'impulsion de changement qu'il donne à leur couple. Le mari nous semble aidant dans la prise en charge de Mme G. De part ce qu'ils ont construit ensemble (sur le plan matériel mais aussi psychiquement) et bien sûr la présence d'enfants, il nous paraît pertinent de proposer de l'aide à toute la famille tentant de repérer, soutenir, encourager et consolider les éléments sains chez chacun des conjoints d'une part et dans leur coconstruction du couple d'autre part.

Nous avons donc, dans un des cas présenté, l'exemple d'un conjoint absent, passif et peu enclin à la participation à une thérapie de couple et dans l'autre cas, au contraire, l'exemple d'une rencontre avec un couple dont le mari est le moteur de la prise en charge du couple.

Ainsi dans le travail qui va suivre, après une présentation de ces deux cas cliniques ainsi qu'un rappel des notions concernant les troubles alimentaires et le concept de couple, je m'intéresserai plus précisément à ces patientes, en couple, souffrant de TCA. J'étudierai les données de la littérature concernant leurs caractéristiques familiales et les données concernant leurs conjoints tant sur le plan de la personnalité que sur l'évaluation de leur souffrance au quotidien. Le lien entre la maladie mentale et les dysfonctionnements de couple sera étudié à travers les données de la littérature actuelle et en comparaison avec d'autres troubles psychiatriques. J'étudierai également à travers les grands courants théoriques existants (psycho dynamique, cognitivo-comportementale et systémique) le couple en tentant d'en donner une définition ainsi que son évolution dans la société et les « ingrédients » nécessaires chez chacun des conjoints pour en faire une histoire de coconstruction durable et épanouissante. Enfin j'exposerai les différentes prises en charge thérapeutique possible existantes incluant le conjoint, de l'entretien médical psychoéducatif à la psychothérapie de couple à proprement parler encore une fois du point de vue de plusieurs courants thérapeutiques différents. Ce chemin nous permettra de rediscuter de la pertinence de nos points de vue,

quant à l'implication plus ou moins forte des conjoints, sur des critères qui peuvent paraître subjectifs et propres au système de croyance des soignants.

2 CAS CLINIQUES :

2.1 Cas de Mlle R, âgée de 25 ans, souffrant d'anorexie mentale, en couple depuis 4 ans :

J'ai rencontré Mlle R. dans le cadre d'une consultation dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital Saint Vincent.

Lorsque j'accueille Mlle R., elle est en salle d'attente avec sa mère. Je suis frappée par leur ressemblance et cette mère qui semble vouloir faire jeune quoique dans un style relativement classique. Mlle R semble petite à côté et pourtant déjà trop mature d'une certaine façon. Elle est extrêmement maquillée et son visage n'est pas particulièrement mince. En revanche la maigreur de son corps mise en évidence par des habits très serrés est effrayante. Je reçois, dans un premier temps, la jeune fille avec sa mère, celle-ci me fait part de son inquiétude par rapport à l'état de santé de sa fille qui se dégrade depuis quelques années.

Dans les antécédents importants que nous pouvons retenir, notons une communication intraventriculaire congénitale (CIV) qui s'est compliquée d'une endocardite à l'âge de 15 ans et qui a nécessité plus d'un mois et demi d'hospitalisation après avoir tardé pour le début des soins puisque Mlle R. était chez elle « très malade mais n'osait rien dire » (dires qu'elle rapportera plus tard). A noter que cette même communication intraventriculaire a rendu difficile voire « mortifère » l'alimentation des premières semaines de vie puisqu'elle « s'étouffait » sur ses biberons comme nous l'expliquera sa mère lors d'un entretien avec les parents.

Il s'agit du premier contact avec la psychiatrie et de la première demande de soins. Les troubles remontent à ses 12 ans avec des rituels et obsessions alimentaires importants associés à un hyper investissement sportif. Les troubles s'aggravent depuis quelques années avec aggravation de la restriction alimentaire. Lors de notre rencontre, la patiente présente un IMC inférieur à 14 kg/m². A noter des épisodes de boulimie avec vomissements la première année des troubles. Nous ne retrouvons pas d'élément déclenchant particulier.

Sur un plan psycho dynamique, nous pouvons faire l'hypothèse que la souffrance de Mlle R. remonte aux interactions précoces mère-enfant et que la sphère orale a toujours été le lieu

d'expression de cette souffrance (troubles de l'alimentation dans les premiers jours de vie dus à l'incapacité de téter les biberons, risque d'étouffement dû à la CIV). Nous pourrions dire que la patiente devait alors déjà choisir entre se nourrir et respirer. La mère relate cette période avec beaucoup d'angoisses car elle voyait sa fille à chaque fois « s'étouffer et avait peur qu'elle meure ». Ce n'est qu'après quelques jours qu'elle consulte la maternité et que le diagnostic de CIV est posé. La patiente et sa mère ont vécu dans l'angoisse de la mort pendant plusieurs jours.

Concernant la clinique au moment de l'entretien, la mère de la patiente ne semble pas percevoir la gravité de l'état clinique tant sur le plan somatique que psychique. Elle parle de « pêche de sa fille », « qu'elle a toujours été forte », « qu'elle a de la volonté » et qu'elle va donc s'en sortir. Elle en parle comme s'il s'agissait de quelques semaines de « retapage » pour Mlle R. et que les choses allaient revenir dans l'ordre. Bien sûr Mlle R. est le patient désigné de cette famille qui par ailleurs va très bien... En présence de sa mère, la patiente ne dit pas grand-chose, elle est relativement effacée et semble pressée de pouvoir discuter sans sa mère.

Je la reçois donc seule dans un second temps. Elle m'explique qu'elle se présente à cette consultation sur avis de son médecin traitant qui lui a témoigné son impuissance face à l'évolution et à l'aggravation des troubles depuis quelques années. Sa demande de soins, ce jour-là, concerne quasi exclusivement des crampes musculaires très douloureuses l'empêchant de s'endormir le soir, responsable d'un épuisement physique. Elle explique ne plus pouvoir assumer les activités de la vie quotidienne et en particulier dans son travail ce qui la gêne beaucoup. Devant la gravité des troubles physiques et psychiques je lui propose une hospitalisation en lui expliquant les risques encourus à court terme et la nécessité pour elle de se protéger. Elle est à ce moment dans le déni de la maladie et me dit que la restriction alimentaire est un choix de vie. Elle m'explique qu'elle doit y réfléchir car elle doit justement partir en vacances avec son ami pour la première fois depuis plusieurs années. Cependant elle tient tout de suite un discours négatif sur cet ami en disant : « de toute façon ce sera nul comme d'habitude ». Je lui propose d'y réfléchir et que si elle décide de partir en vacances nous nous reverrons à son retour afin cette fois de programmer l'hospitalisation qui paraît tout de même inévitable.

Mlle R. choisit d'annuler ses vacances et de ne pas reporter à plus tard ce qu'elle pressent devoir faire depuis un moment. Elle est donc hospitalisée le lendemain de notre entretien. Sa

mère est ambivalente par rapport à la décision prise par sa fille. Lors de l'entretien, elle semble en faveur (voire rassurée) de cette hospitalisation mais la patiente me dira plus tard que sa mère a tenté de la dissuader de cette hospitalisation en insistant sur la volonté de sa fille et sur sa capacité à régler ça toute seule.

Il s'agit donc d'une jeune fille de 25 ans vivant depuis 4 ans avec son ami Marc. Ils ne sont pas mariés et n'ont pas d'enfant. Elle occupe un poste important dans une entreprise et dirige une équipe composée presque exclusivement d'hommes. Elle est l'aînée d'une fratrie de 2. Caroline, sa sœur, a 22 ans. Leurs parents sont agriculteurs et vivent dans un petit village de la région. Ils semblent être une famille traditionnelle catholique dans laquelle les notions de travail et de réussite personnelle sont très importantes. En effet les parents de Mlle R. ont fait leur fortune dans leur travail et en sont fiers. Ils ont beaucoup de dignité et attendent beaucoup de leurs filles.

Marc quant à lui est issu de la première génération d'immigrés en France, il croit en un autre Dieu et appartient à une autre classe socioprofessionnelle.

Mlle R. nous décrit une adolescence conflictuelle pendant laquelle elle tente comme elle peut de s'éloigner de sa famille qui semble l'étouffer plus que l'aider. Elle nous fait part d'une période de toxicomanie ainsi que d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) autour de ses 18 ans. Elle témoigne de sa souffrance de ne pas avoir été écoutée dans sa prise de décision concernant cette IVG. Elle dit avoir pris elle-même cette décision mais qu'aux yeux de tous c'est sa mère qui l'aurait prise. Rien n'a jamais été dit ou discuté de cet épisode, de même que les états d'ébriété constatés régulièrement par ses parents. La sexualité et la consommation de toxiques sont des sujets tabous dont on ne peut pas parler dans cette famille. Le silence règne en maître laissant la patiente seule face à sa souffrance et à son sentiment de honte. Ne pas pouvoir mettre des mots ce qu'elle vit est pour elle un souvenir douloureux à l'origine d'une grande part de sa souffrance et du sentiment d'incompréhension et de trahison par rapport à sa famille. Elle décrit une mère froide, intransigente, n'exprimant pas ses émotions, fuyant les discussions et les conflits au contraire de son père décrit comme réservé, pudique, peu bavard mais avec lequel elle a des liens forts. Par ailleurs, la patiente dit avoir toujours ressenti de la jalousie et une haine féroce envers sa sœur. A noter que celle-ci souffrait de surpoids pour lequel leurs parents l'ont emmené consulter une diététicienne.

Comment l'amaigrissement et la détérioration physique et psychique de Mlle R. ont-ils pu passer inaperçus ou être niés autant ? Nous savons à quel point les rationalisations excessives des patients ainsi que l'évitement voire même la colère qui en découle rend les discussions difficiles voire impossibles avec leurs proches. Mlle R ne rentre que pour les repas le week-end. Les parents anxieux de vouloir passer un bon moment en famille ne souhaitent pas aborder le sujet. C'est ainsi que les difficultés restent tues et que les familles se retrouvent à accepter et à tolérer l'inacceptable.

L'hospitalisation permet une reprise pondérale progressive et satisfaisante. Par ailleurs, la patiente se montre de plus en plus authentique au cours des entretiens. Elle va bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Qu'en est-il de son ami ?

Elle parlera d'abord peu de son petit ami avec qui elle « partage sa vie » depuis 4 ans. La première fois qu'elle en parle c'est au groupe de paroles et elle dit alors « Je suis avec un homme qui est à mes bottes ». Elle explique que c'est elle qui maîtrise les choses de la même façon (peut-être) qu'elle mène les hommes à son travail. Rappelons-nous qu'elle a choisi d'annuler ses vacances avec son ami pour se faire hospitaliser. Nous pouvons faire l'hypothèse que l'hospitalisation, qu'elle sentait peut être nécessaire pour sa santé, lui a aussi servi d'échappatoire à une semaine d'intimité avec son ami.

La question du désir et de son expression reste très difficile pour Mlle R. tout au long de l'hospitalisation. Faire un choix est compliqué. Les rituels et les obsessions alimentaires de la patiente prennent une place prépondérante dans sa vie nécessitant la réorganisation de toutes les activités de la vie quotidienne et une restriction de leur activité sociale. Elle contrôle tout à la maison. Elle explique également que son ami ne peut pas s'endormir avant elle et qu'il doit la masser continuellement car elle a des crampes. De plus elle a peur du noir ayant l'impression de disparaître et avoir un corps aux limites flous. Elle doit donc dormir avec la lumière allumée et réveille son conjoint à chaque fois qu'elle se réveille.

Que pouvons-nous comprendre des motivations inconscientes de cet ami à vivre avec une femme comme Mlle R. ? Constituent-ils un couple selon le trépied « intimité, engagement et passion » (que nous définirons plus loin) ? Leur relation semble plutôt dévitalisée, ritualisée,

et pauvre. Peuvent-ils créer un espace psychique commun lorsqu'à priori aucun des deux partenaires n'a d'espace psychique propre porteur de ses désirs individuels ?

Mlle R. va progressivement se poser ces différentes questions au cours de son amélioration physique et psychique. Elle va donc traverser une période de doute concernant son ami. Elle prend conscience que son couple n'est pas un lieu d'épanouissement et commence à percevoir le décalage avec ce qu'elle pourrait désirer pour elle et son couple. Elle sent que cet homme ne peut rien faire sans elle. En effet, il dira qu'il ne veut se rendre nulle part sans elle, non par peur qu'il lui arrive quelque chose mais dans l'idée que sans elle, rien ne vaut le coup. Il a progressivement arrêté toutes ses activités sportives pour être auprès d'elle.

Des entretiens de couple leur sont proposés afin d'accueillir et d'investir cet ami dans la prise en charge de la patiente. Lors d'un de ces entretiens, celui-ci se montre présent et attentif. Il souhaite aider son amie dans sa maladie et se demande « comment être là ? ». Nous le trouvons plutôt ajusté dans ses questions et au fait sur l'anorexie. Il semble comprendre qu'il s'agit là d'un symptôme d'une souffrance psychique. Cependant, ses propos sont lisses, ne disent pas grand-chose de lui et expriment peu d'affects. Aucun reproche ou agacement transparaissent dans son discours ce qui est pour nous étonnant. Il semble pouvoir tout accepter le justifiant par son amour pour elle. Il ne se plaint pas de la situation ni de tout ce qu'ils ne font pas ou plus ensemble. Son acceptation sans limite de ce que lui impose la patiente est questionnant voire effrayant. Nous verrons plus loin que selon Dally (description des différents types de conjoints des patientes souffrantes de TCA)², Marc pourrait faire partie du groupe numéro 1 où le partenaire prend un rôle de sauveur. L'hypothèse pourrait être que ce type de conjoint présente en réalité une immaturité affective importante et un lien pathologique fusionnel à leurs mères. Ils tentent donc dans leur relation de couple de retrouver cette mère à la fois en étant la mère bienveillante du partenaire et de retrouver chez cette même partenaire, une « bonne-mère » les mettant dans une relation de dépendance affective.

Plus tard, le travail psychique se poursuivant et la patiente allant mieux sur le plan du TCA, elle est convaincue qu'elle doit quitter son ami. La question de la séparation reste compliquée pour Mlle R.; en effet elle souhaite que ce soit lui qui la quitte. Elle se rend compte que, outre

²P Dally, « Anorexia tardive--late onset marital anorexia nervosa », *Journal of Psychosomatic Research* 28, n°. 5 (1984): 423-428.

les questions matérielles auxquelles elle doit faire face, elle doit se confronter à sa culpabilité de lui faire du mal et aux angoisses de solitude et de mort. A noter que cette évolution de Mlle R. dans la perception qu'elle a de son couple va bien sûr de pair avec le travail fait sur le plan individuel et familial.

Marc représente initialement une échappatoire à la famille d'origine, en étant originaire d'une famille différente sur le plan culturel et religieux. Il ne « devait » pas être accepté de la famille facilement et permet donc à Mlle R. de s'émanciper psychiquement (et physiquement) en s'opposant à la famille d'origine. Le choix de cet ami, éloigné de l'idéal familial n'est donc pas par hasard. Paradoxalement (ou pas), Marc s'est très bien intégré à la famille de Mlle R. et en fait aujourd'hui complètement partie. Les liens se resserrent donc autour d'elle puisqu'il lui faut quitter à la fois son ami et sa famille pour pouvoir s'individualiser et s'autonomiser réellement.

Dans ce cas clinique, nous avons l'exemple du couple jeune, sans enfant. Le trouble est présent lorsqu'ils se rencontrent mais pas de manière exacerbée. Les tentatives d'échappatoire de la patiente, au moment de l'adolescence (alcool, conduites à risque), ont échoué et la patiente dit qu'elle « s'est elle-même calmée et est redevenue sage ». Elle part de la maison pour se mettre en couple et n'a donc jamais habité seule. Son ami devient progressivement « complice » du trouble alimentaire de Mlle R. puisqu'acceptant la tyrannie qu'il leur impose. Il ne semble pas avoir de désir propre ou du moins s'il en a, ne sait pas en prendre conscience et encore moins les exprimer. La question de leur intimité physique ou plutôt de son inexistence ainsi que son acceptation par son ami reste sans réponse puisque les entretiens de couple ne se sont pas prolongés. Lorsque la patiente se questionne sur les fondements de son couple et sur sa survie et en fait part à son ami, celui-ci considère qu'elle est encore malade et que les doutes sur leur couple relèvent du symptôme. La dimension relationnelle du trouble n'est pas questionnée. Il semble, dans cet exemple, que l'amélioration clinique de la patiente implique ou va de pair avec la rupture de son couple. En tant que thérapeutes, nous n'avons pas pensé le trouble alimentaire comme en lien avec un dysfonctionnement de couple mais comme un choix erroné d'objet amoureux, conséquence directe de son trouble alimentaire et des mécanismes de défense qu'il engendre. Lorsqu'elle s'est sentie suffisamment solide pour abandonner son trouble alimentaire, elle est aussi devenue autre, plus adulte peut-être, et il n'y avait plus de place pour son ami. Cependant, celui-ci n'a pas de son côté demandé un travail autour de leur couple et ne s'est pas remis en question puisqu'il a continué à justifier les

agissements de la patiente par sa maladie.

Ce couple aurait-il pu survivre ? Au terme, peut-être, d'une nouvelle rencontre entre deux nouvelles personnes. Dans cette hypothèse, la patiente n'aurait plus les mêmes attentes ni les mêmes projections. Cependant, sans un réajustement en parallèle de son ami, il semble difficile qu'ils puissent se retrouver et reconstruire ensemble mais autrement un nouveau couple.

2.2 Cas de Mme G, âgée de 35 ans, souffrant d'anorexie mentale, mariée depuis 7 ans :

Mme G., souffre d'un trouble alimentaire évoluant depuis plusieurs années. Dans ses antécédents, nous retrouvons en particulier deux épisodes de trouble alimentaire à l'âge de 10 et 17 ans sans recours aux soins. Elle présente une anorexie restrictive pure pouvant atteindre des IMC bas et s'étant réactivée suite à sa première grossesse.

La patiente, mariée depuis 7 ans et en couple depuis 10 ans, est mère de deux enfants qui ont 4 et 6 ans au moment de la prise en charge. Elle occupe un poste de fonctionnaire dans la fonction publique. La recrudescence des troubles de types anorexique associé à un hyper investissement professionnel ont eu des répercussions importantes sur son lieu de travail et dans sa vie privée entraînant une hospitalisation et un arrêt de travail « forcés » par sa direction.

En reprenant les éléments de vie personnelle, nous apprenons que la patiente est partie du domicile familial à l'âge de 17 ans, fuyant ainsi un climat conflictuel et peu sécurisant. Alors qu'elle est étudiante et en plein processus d'individualisation et d'autonomisation, à distance de sa famille, la patiente est victime d'une agression sexuelle engendrant une culpabilité sans limite en lien avec le fait d'avoir éprouvé du plaisir à s'amuser et à grandir, en quelque sorte : « le prix à payer pour s'amuser ». D'autre part, le contexte de cette agression sexuelle semble en lien avec une connaissance de la famille de Mme G. ravivant un sentiment d'insécurité et de non protection de la part de ses parents et en particulier de la part son père. Elle rencontre son mari actuel à l'âge de 25 ans. Leur relation se construit à distance pendant les deux premières années. Elle tombe enceinte de son premier enfant (involontairement) et décide de le garder (au même moment qu'elle apprend que sa sœur est stérile). Rôle de la culpabilité ressentie par

rapport à la situation de sa sœur ? A-t-elle fait un réel choix par rapport à la décision de garder cet enfant ? Elle a, par la suite, beaucoup insisté auprès de son mari pour avoir leur deuxième enfant et dit avoir plus de facilité avec sa fille qu'avec son garçon l'expliquant par leur identité sexuelle.

Le début des soins est marqué par une négociation quasi permanente de l'hospitalisation pour des questions d'organisation en lien avec la situation familiale et maritale.

Les événements de vie marquants de cette patiente sont difficiles à aborder. Nous proposons assez rapidement de rencontrer le mari mais la patiente fait tout pour le tenir à l'écart de cette prise en charge ayant beaucoup d'angoisses à l'idée qu'il puisse mettre les mots sur la problématique sous-jacente au trouble alimentaire et plus particulièrement concernant le lien à ses parents constitué à la fois de terreur et de complicité. Tenir à distance son mari permet à la patiente de ne pas aborder la question du père. Celui-ci est décrit comme autoritaire, rigide, violent, parfois, et dans la toute-puissance. Elle le dit « effrayant » et en même temps elle explique ne pas pouvoir s'en détacher puisque elle en est fascinée.

Elle semble avoir choisi dans son mari un homme différent de son père mais nous pouvons nous interroger sur la part sadomasochiste qu'elle peut rejouer dans son couple en poussant son mari de plus en plus loin dans ses retranchements par la violence de sa maladie et ce qu'elle fait vivre à sa famille. Par exemple, concernant un entretien familial avec ses parents à elle et son mari, elle décide, seule, de déplacer le rendez-vous médical pensant bien faire à l'égard de ses parents mais sans consulter ni ceux-ci, ni son mari. Finalement le mari se présente à l'heure modifiée de rendez-vous, en colère car obligé de poser une demi-journée de congé et lorsque les parents sont questionnés par rapport à cette modification de l'heure du rendez-vous et au service rendu, ils répondront que ça leur était égal. La patiente sous prétexte de vouloir le bien des autres a repris le contrôle de la situation en modifiant l'horaire du RDV sans demander à personne et met son mari en colère. Celui-ci se retrouve donc le « sadique » de la scène à l'instar de sa femme malade qui entretient le cercle vicieux. Le mari a, à plusieurs reprises, menacé de quitter le domicile familial ne supportant plus ce climat de violence psychique et d'insécurité pour les enfants. Il s'agit, également, d'un couple qui subi beaucoup de jugements de la part de leur environnement social : elle est la malade impuissante et son mari le « méchant » qui ne comprend pas la souffrance de sa femme. Elle décrit son mari comme impuissant, immature, irresponsable et ne pouvant comprendre sa

souffrance. Cependant, au cours de l'hospitalisation, le mari décide de re-contractualiser leur union en lui offrant l'alliance de mariage qu'il n'avait jamais pu (ou voulu ?) lui offrir. Nous pouvons là nous interroger sur ce que représente l'anneau de l'alliance et donc à ce qui n'avait pas pu, à l'époque peut-être, être symbolisé et contractualisé entre eux.

Aux dires de Mme G., ses parents sont très intrusifs et la vie du couple est régie à la fois par le trouble alimentaire de la patiente et les injonctions incessantes de ses parents rendant la construction d'une vie de couple/famille avec ses frontières et limites propres difficile voire impossible. La dynamique conflictuelle la liant à ses parents se rejoue au sein du couple, la question de l'emprise sur l'autre étant centrale. Mme G. a beaucoup de difficulté à se laisser aller au désir et au plaisir de l'autre. Il s'agit de se maîtriser et de maîtriser l'autre en permanence. La patiente dit d'ailleurs à son thérapeute « Je ne veux pas vous faire plaisir, ni à vous ni à mon mari. » En effet, la patiente n'est pas prête à lâcher son trouble, l'insatisfaction de l'autre la satisfaisant.

Dans ce cas clinique précis, a été envisagée une thérapie familiale avec les parents de la patiente et non avec son mari et ses enfants comme c'est le cas habituellement, tellement le lien avec la famille d'origine est envahissant et encore très problématique pour la patiente. La patiente étant dans un conflit de loyauté important entre elle et ses parents, seul cet espace de travail permet aux affects de chacun de se dire et de s'échanger, libérant le couple de ce poids.

Il s'agit donc ici d'un couple évoluant ensemble depuis plusieurs années et ayant « construit » ou du moins « juxtaposé » beaucoup d'éléments tant sur le plan affectif que matériel. Ils sont aussi connus, reconnus et désignés comme un couple par l'environnement social sans oublier les enfants qui les ont fait passer de statut de couple au statut de famille. Le trouble alimentaire façonne la construction et le maintien du couple de la même façon que les interactions et les dysfonctionnements dans le couple permettent le maintien (et parfois l'aggravation) du trouble alimentaire comme économie psychique pour chacun des conjoints. La thérapie de couple conjointe à une prise en charge individuelle et/ou à une thérapie familiale paraît dans ces situations et à la demande des conjoints intéressante afin d'aller au fond du sens pris par le symptôme alimentaire du point de vue du couple. Elle permet d'aborder à la fois quelles peuvent être les accointances les unissant l'un à l'autre (tant sur le plan inconscient que conscient) en début de relation mais également les traits de personnalité chez l'un et chez l'autre s'intriquant ou s'opposant de façon à faire chez chacun l'économie

psychique d'affronter leurs conflits irrésolus. La patiente peut ainsi dans l'évolution de son trouble alimentaire mieux comprendre ce qui relève de celui-ci et ce qui relève du dysfonctionnement de couple et comment les deux interagissent dans un système résistant au changement. Elle peut donc, dans les situations repérées comme anxiogènes ou déclenchant des réactivations de schémas familiaux, à la fois chez elle et chez son conjoint, accueillir et accepter les mouvements affectifs de l'un et de l'autre. Le climat de confiance et d'intimité ne peut ainsi que s'améliorer et permettre des échanges constructifs sur les états émotionnels respectifs de chacun des conjoints. C'est ce qui est observé au fil des entretiens psychothérapeutiques de couple menés avec Mme G. et son mari.

Les deux précédents cas cliniques illustrent donc deux situations bien différentes. Dans l'une d'elle comme présentée dans l'introduction, nous avons rencontré un couple jeune s'étant semble-t-il construit en fonction ou autour des traits de personnalité pathologiques de type anorectique de la patiente. Le trouble alimentaire à proprement parler s'est exacerbé peu de temps après que le couple décide de s'installer ensemble et le conjoint ne semble pas s'en plaindre ou ne souhaite pas modifier leur fonctionnement. Nous n'en saurons pas beaucoup plus sur les traits de personnalité de cet homme mais il aurait été intéressant de pouvoir les approfondir. Encore aurait-il fallu que nous puissions le rencontrer plus souvent et plus longtemps et dans l'idée d'un travail psychothérapeutique.

Ce que nous pouvons retenir de ce premier cas est qu'il n'y a pas de demande de prise en charge du couple de la part d'aucun des conjoints. La prise en charge de la patiente se fait sur un plan individuel et familial mais en aucun cas elle ne souhaite impliquer son ami dans cette prise en charge. L'évolution favorable de la patiente aboutit à la séparation de son couple et elle en parle comme le résultat d'une première étape du travail individuel. Cette issue est également en accord avec nos conceptions et attentes inconscientes en tant que thérapeute. Au moment où elle est en mesure psychiquement de pouvoir refaire un choix, elle ne refait pas le même choix de partenaire. Comment continuer à faire le même choix alors qu'elle n'est plus la même? Avons-nous de façon active ou plus probablement par manque de proposition ou de croyance allant dans ce sens, participé, influencé ou du moins validé ce choix?

Le deuxième cas présenté relate l'histoire d'une femme mariée depuis quelques années

et mère de deux enfants. Le trouble est à priori peu parlant au moment de l'union du couple. Le conjoint se présente comme aidant et activement impliqué dans la prise en charge de sa femme. Ce qui l'amène aux soins est certes « l'injonction » faite au travail d'une part et par son médecin traitant d'autre part mais également la menace de séparation de son mari qui ne supporte plus la situation qu'elle leur fait vivre, à lui et aux enfants, dans le cadre de leur vie quotidienne. Nous sommes en contact avec la souffrance d'un couple voire avec celle de toute la famille. Il nous est donc impossible de travailler sans le conjoint. Le mari est continuellement impliqué dans les soins, par la patiente et par lui-même ensuite, que ce soit par la résistance à ce qu'il soit là où par sa participation volontaire. Il est omniprésent dans le discours, même si parfois disqualifié, et indispensable voir garant des soins afin que nous puissions tenir le cadre de l'hospitalisation. L'acte de lui offrir une bague peut être compris comme un signe de réengagement auprès d'elle signant par-là l'espoir qu'il a de retrouver la femme dont il est tombé amoureux et lui témoignant son amour encore à ce jour. Nous pouvons aussi l'entendre comme une difficulté personnelle à se séparer et comme un besoin de lui témoigner son engagement pour lui autant que pour elle.

La dimension relationnelle du trouble à la fois avec la famille d'origine de la patiente (pointée par le mari) et dans leur relation de couple est questionnée rapidement donnant lieu à une proposition de thérapie de couple d'une part et de thérapie familiale d'autre part. Ce qui semble le plus marquant dans cette prise en charge est le décalage observé entre, d'une part, ce que la patiente peut dire de son mari et l'énergie dépensée à le tenir à l'écart et, d'autre part, l'homme que nous découvrons au cours des entretiens de couple. Pour nous thérapeutes, il semble d'emblée évident qu'il faut les soigner à deux, en plus d'une prise en charge individuelle, puisqu'ils ont, à travers ces années de mariage et leurs enfants, beaucoup de choses en commun. Même si la thérapie de couple n'a pas comme but de « sauver » le couple et qu'elle peut se solder par une séparation, l'idée est tout de même d'aider le couple à voir certains fonctionnements autrement et à prendre les décisions pour les bonnes raisons et au bon moment. A travers la thérapie de couple, nous leur offrons la possibilité d'acquérir une plus grande liberté par rapport à la question de la séparation : la liberté de décider de se séparer ou de se rester ensemble au nom d'un réel choix.

Concernant son choix amoureux initial, nous pouvons faire l'hypothèse qu'elle est attirée par les conduites transgressives (consommation d'alcool et de cannabis occasionnelles) de son futur mari vivant à travers lui la liberté et la perte de contrôle transitoire qu'elle s'interdit. Elle fait également le choix d'un homme au tempérament opposé à celui de son père puisqu'il est plutôt posé, patient, calme en opposition avec le caractère omnipotent qu'elle décrit de son père. Dans cet exemple, nous ne nous sommes pas dits que la patiente a également peut-être également fait un « mauvais » choix et que si nous pouvons la sortir de son anorexie, elle pourrait refaire un choix d'objet amoureux plus adéquat. Peut-être n'avons-nous pas raisonné pareil du fait de la chronicité du trouble et de son intrication ancienne avec le fonctionnement de couple.

Faut-il proposer une prise en charge spécifique du couple quelle que soit la présentation de celui-ci ? A travers l'étude des données de la littérature concernant les couples dont un des membres souffre de TCA ainsi que des différentes théories et propositions thérapeutiques possible dans ces cas, nous tenterons de répondre ou du moins de proposer des pistes de réponses pour étayer nos réflexions à posteriori autour de ces cas cliniques.

3 PRE-REQUIS :

3.1 Modèles de compréhension des troubles du comportement alimentaire :

D. Marcelli et al. ³, propose quatre modèles complémentaires de compréhension de l'anorexie mentale:

- un modèle de compréhension centré sur l'étude des interactions alimentaires précoces mère-bébé, puis des interactions famille-enfant.
- un modèle de compréhension lié à la problématique de l'image du corps et de la place de la sexualité.
- un modèle de compréhension psycho dynamique en lien avec les fantasmes de la patiente au sens psychanalytique du terme.
- un modèle « addictif » autour du conflit lié à la dépendance.

Toutefois, dans le travail qui va suivre, j'ai pris le parti d'exposer principalement les courants de pensée et les auteurs du modèle psychodynamique.

M. Mahler, psychiatre et psychanalyste américaine, décrit l'angoisse de séparation comme un phénomène normal et attendu dans le développement psycho-affectif du petit enfant, constitutif du processus psychique de séparation-individuation⁴. A sa suite, nous pouvons considérer l'adolescence comme un second processus de séparation-individuation : une période de réactivation de conflits irrésolus dans l'enfance ou du moins de processus psychiques non ou mal intégrés ainsi qu'un défaut d'intégration des imagos parentaux empêchant le développement d'un self sécure et autonome.

Si nous pouvons encore dater le début de l'adolescence en rapport avec la puberté, il est devenu plus difficile d'en dater la fin. En effet cette fin d'adolescence signant l'entrée dans le monde adulte varie selon le temps, les modes d'organisation sociale et les cultures. La puberté semble devenir de plus en plus précoce tandis que l'autonomisation sur le plan affectif,

³Daniel Marcelli et Alain Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*, 7^e éd. (Masson, 2008).

⁴Fred Pine, Anni Bergman Margaret S. Mahler, *La naissance psychologique de l'être humain* (Payot, 1980).

financier et géographique semble se faire de plus en plus tardivement.

L'adolescence se retrouve donc dans cet « entre-deux » plus longtemps. Parallèlement, les relations entre parents et enfants ainsi que les barrières intergénérationnelles se modifient, celles-ci devenant de plus en plus floues. Les rôles sont parfois inversés entre enfants et parents, les premiers servant de réassurance à leurs parents tandis que ceux-ci continuent à vivre leurs rêves inassouvis à travers leur adolescent, pensé comme extension d'eux-mêmes. Ainsi enfants et parents s'entretiennent dans leur relation d'interdépendance. Ce climat de complicité dans lequel les limites entre adultes et enfants ne sont plus claires peut devenir incestuel en particulier avec la sexualisation de l'adolescent. Les conflits sont difficilement tolérables à la fois de la part des enfants et des parents. Les parents partagent la même angoisse de séparation que leur adolescent fuyant les mouvements agressifs de celui-ci, pourtant nécessaires à sa bonne autonomisation. Notons que ces mêmes conflits sont tout aussi vus dans certains couples modernes et fragiles (et en particulier dans ceux dont nous parlons dans ce travail) puisque menaçant l'illusion de la perfection.

J. Bowlby, dans les années 1950, s'est également intéressé, dans une perspective éthologique, au processus de séparation et décrit trois phases comportementales successives suite à la séparation avec la mère (protestation, désespoir et détachement). Les différentes façons de faire face à ces situations généreront ou non, selon lui, des processus psychopathologiques. Il décrit ce système d'attachement comme instinctuel et biologique. Ainsi plus l'individu progresse dans son autonomie et plus il peut se détacher de la figure d'attachement et en parallèle, plus la figure d'attachement est prévisible dans ses comportements, plus l'individu se sent en sécurité et peut se détacher.⁵ Les interactions entre l'individu et sa figure d'attachement principale vont se répéter selon des schèmes d'attachement de trois types selon Bowlby : l'attachement sûr, l'attachement angoissé-résistant et l'attachement angoissé-évitant.

H. Deutsch, quant à elle, psychanalyste américaine, définit ainsi le parallèle fait entre le développement précoce de l'enfant et le processus de l'adolescence: « *La pré-puberté (...) se caractérise par une poussée vers l'activité et une démarche vers la croissance et l'indépendance et représente un processus intensif d'adaptation à la réalité et de maîtrise de*

⁵J Bowlby, « The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976 », *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 130 (mars 1977): 201-210.

l'environnement (...). L'adolescent s'y trouve pris entre passé et futur, entre enfance et âge adulte, tout comme le petit enfant l'était entre relation symbiotique et autonomie. La lutte pour l'indépendance ayant lieu à cette période de la vie nous rappelle intensément les processus qui se déroulent entre l'âge de un an et demi et trois ans (...).»⁶

En effet, l'adolescent doit apprendre à se détacher de ses parents afin de pouvoir investir des objets extra-familiaux. Il n'est alors pas surprenant que les troubles alimentaires se déclenchent préférentiellement à cette période de la vie réactivant les angoisses de séparation, de deuil et de perte de l'adolescent. S'investir dans un couple paraît également compliqué ou bien une solution pour éviter de trop se séparer (déplacement de l'investissement affectif et de la dépendance de la famille vers le conjoint).

P. Blos, psychanalyste allemand, parle de l'adolescence comme une période où survient :
« (...)l'abandon des dépendances familiales, la perte des liens aux objets infantiles dans le but de devenir un membre de la société en général ou plus simplement du monde des adultes. »⁷

L'adolescence et la petite enfance ont donc en commun d'être des périodes de remaniement et de transformation du lien à l'objet. La période de l'adolescence vient interroger la qualité des liens établis pendant l'enfance. Elle révèle et réactive donc des processus archaïques ou infantiles mal ou non intériorisés. La transformation corporelle ainsi que la génitalisation de la sexualité vont susciter des angoisses importantes par rapport au lien avec les parents (complexe d'œdipe) et aux liens avec les pairs.

La patiente anorexique désire et réfute immédiatement le désir dans un cercle vicieux qui entretient le manque donc le désir et ainsi de suite. Elle se refuse tout ce qui pourrait lui procurer du plaisir par peur d'en être envahie ou d'envahir l'autre et de le détruire. C'est ainsi que devenir femme (c'est à dire pouvoir s'identifier à sa mère pour pouvoir peut être en devenir une un jour) ouvre les angoisses archaïques de prendre la place de sa mère et donc de la détruire. Comme dans un système de vase communicant, il n'y a de la place que pour une.
« Si je dois vivre, tu dois mourir. »

⁶H. Deutsch, *Problèmes de l'adolescence* (Petite Bibliothèque Payot, 1970).

⁷P Blos, « The second individuation process of adolescence », *The Psychoanalytic Study of the Child* 22 (1967): 162-186.

L'adolescente « normale » pour qui ces processus sont à l'œuvre va pouvoir résoudre ses conflits psychiques, à travers des processus défensifs non pathologiques, et se développer avec une identité et une autonomie propre. Les conflits avec les parents sont en général un bon reflet du degré de dépendance encore présent entre les parents et les enfants. « Si je suis encore trop attachée à toi et que c'est toi qui me rassure; me détacher ne peut se faire que par le conflit voir le combat ». Se détacher sereinement est compliqué.

Pour les adolescentes chez qui un trouble alimentaire va se développer, nous pouvons supposer une vulnérabilité comme nous l'avons déjà dit et en particulier concernant leur système d'attachement et leur stabilité narcissique. En effet au moment de se distancer de leurs parents, elles se retrouvent face à leur propre insécurité interne et à leur mésestime d'elle-même. Les allers retours entre symbiose affective et conflits sont fréquents. Le symptôme alimentaire permet alors de trouver une juste distance entre se détacher complètement et rester collée à ses parents. En effet tout en faisant tout pour se priver de ce dont elles ont le sentiment d'avoir le plus besoin, elles se détériorent suffisamment sur le plan physique et psychique pour augmenter l'angoisse et la présence de leurs parents à leurs côtés. Elles vivent dans une insatisfaction permanente et aucun plaisir ne peut être partagé.

A cette période charnière du développement physique et psychoaffectif de l'adolescente, la structuration de l'identité peut donc se faire sur un mode anorectique, c'est à dire que la patiente n'existe plus que par son trouble et c'est celui-ci qui constitue et définit son identité. Le trouble alimentaire est alors la seule façon de se détacher et de devenir soi. Les parents participent souvent activement (mais inconsciemment) au maintien du trouble en se tenant à la place donnée par l'adolescente, c'est à dire celle de soignant mis dans l'impuissance. Les parents doivent continuer à assurer la survie psychique et physique de leur adolescente qui n'arrive pas à le faire pour elle-même (comme le tout petit). Ceux-ci sont eux-mêmes pris dans leurs propres conflits irrésolus avec leur famille d'origine et continuent de se défendre contre le deuil et leurs angoisses de perte.

Cette menace de séparation et de perte (envers la famille d'origine) peut entraîner comme nous venons de le dire des conduites psychopathologiques à type de dépendance (alcoolisme, toxicomanie, conduites suicidaires et trouble alimentaire). Ces conduites de dépendances se développent donc chez des personnalités dites fragiles sur le plan narcissique, n'ayant pas pu intérioriser un lien sûr avec leurs figures d'attachement et nécessitant encore ce que nous

pourrions appeler un objet transitionnel avec l'autre (prenant la forme d'un produit ou d'une conduite addictive). Il s'agit d'une défense contre ce sentiment de trop dépendre de l'autre, donnant lieu à un sentiment de pseudo- autonomie et d'indépendance. Ainsi selon P. Jeammet, la puberté confronte l'adolescent à ses propres contradictions : « *contradictions entre les désirs de proximité avec ses parents de l'enfant qu'il demeure et la nécessaire distance à prendre avec ceux-ci du fait de ce corps qui se sexualise et en même temps sexualise les liens* »⁸. Le développement d'une dépendance à un objet extérieur, inanimé permet de leurrer l'adolescente dans son sentiment de contrôle et de maîtrise de ce produit.

Une autre des caractéristiques des modèles d'attachement à l'adolescence est représentée par la dimension de réciprocité. C'est-à-dire pouvoir recevoir de l'autre mais également pouvoir donner en fonction des besoins et attentes de l'autre. Or cette capacité d'ouverture et de se laisser aller à l'autre, nécessaire à l'établissement d'une intimité et donc au bien être dans le couple manque partiellement voire totalement chez les patientes souffrant de TCA. En effet, elles sont plutôt dans un fonctionnement rigide par rapport à l'autre, ne se laissant pas aller ni à leurs propres désirs, ni aux désirs de l'autre tout en ayant pour but de garder le contrôle et la maîtrise sur la relation.

3.2 L'anorexie mentale :

3.2.1 Historique :

Richard Morton, en 1689, décrit chez une jeune femme ce qu'il nomme la « phtisie nerveuse » comme une consommation du corps s'accompagnant d'une perte d'appétit et des fonctions digestives entraînant une maigreur effrayante. Selon lui, la maladie a une origine nerveuse et provient d'une altération de l'élan vital.

Ch. Lasègue parlera en 1873 « d'anorexie hystérique » et enfin Huchard en 1883 donnera à l'affection son nom actuel.

Les descriptions faites par Ch. Lasègue sont très proches de ce qui est observé aujourd'hui en

⁸Philippe Jeammet, *Anorexie Boulimie : Les paradoxes de l'adolescence* (Imprint unknown, 2009).

clinique⁹ : « Peu à peu la malade réduit sa nourriture prétextant tantôt un mal de tête, tantôt un dégoût momentané, tantôt la crainte de voir se répéter les impressions douloureuses qui succèdent au repas. Au bout de quelques semaines ce ne sont plus des répugnances supposées passagères, c'est un refus de l'alimentation qui se prolonge indéfiniment. (...) Le malade loin de s'affaiblir, de s'attrister, déploie une façon d'alacrité qui ne lui était pas ordinaire : plus active, plus légère, elle monte à cheval, elle entreprend de longues courses à pied. (...) Le milieu où vit la malade exerce une influence qu'il serait également regrettable d'omettre ou de méconnaître. »

En 1914, Simmonds décrit un nouveau syndrome : la cachexie pan-hypophysaire. Pendant longtemps, l'origine organique de la maladie sera retenue et en particulier l'hypothèse d'une origine endocrinienne.

Il faut attendre les années 1940 pour que l'origine psychologique puis multifactorielle soit retenue comme hypothèse principale dans la genèse de l'anorexie mentale.

À partir des années 1980, les TCA ont suscité une attention des spécialistes, notamment pour leur parenté structurelle avec les addictions.

3.2.2 Données épidémiologiques :

- Prévalence et incidence :

Classiquement, l'anorexie mentale concerne les femmes blanches caucasiennes et issues de classes moyennes à élevées. L'âge moyen de début des troubles se situe vers 17 ans (le plus souvent entre 15 et 19 ans). De façon générale, les troubles psychiques ayant trait au corps (tentatives de suicide, automutilations, scarifications) touchent préférentiellement les femmes. Le sex ratio pour l'anorexie mentale est donc de un homme pour neuf femmes.

L'estimation de la prévalence et de l'incidence de l'anorexie varie en fonction des études : « Le taux de prévalence pour l'anorexie mentale chez les jeunes femmes varie de 0,2% à 0,9%

⁹Charles Lasègue, « De l'anorexie hystérique », *Journal français de psychiatrie* 32, n° 1 (2009): 3.

dans les pays occidentaux avec un taux moyen de 0,3%. Le taux d'incidence est de 8 cas pour 100000 habitants par an. »¹⁰ L'incidence a augmenté dans les années 1970-80 et semble être stable actuellement. Cette augmentation peut être expliquée principalement par un meilleur dépistage des troubles.

Classiquement, l'anorexie mentale est considérée comme une maladie des pays occidentaux (la promotion de la valeur esthétique de la maigreur dans les pays occidentaux peut être une des explications). Une étude de 2004, également une revue de la littérature, compare la prévalence des troubles du comportement alimentaire entre les pays occidentaux et orientaux. La prévalence de l'anorexie varierait entre 0,002 et 0,9% en Orient contre 0,1 à 5,7 % en Occident. La prévalence en Orient serait en augmentation en lien avec l'occidentalisation de leur culture¹¹.

- Mortalité, Morbidité :

L'anorexie mentale est rangée au premier rang des affections psychiatriques de par la gravité de son pronostic. Le taux de mortalité le plus fréquemment retrouvé dans la littérature se situe entre 4 et 10%.

- Comorbidités :

Les comorbidités les plus fréquemment retrouvés sont un épisode dépressif majeur, un trouble anxieux ou un trouble obsessionnel compulsif (TOC)¹². Des études récentes montrent que 30 à 50% des anorexiques et 50 à 90% des anorexiques mixtes souffrent de dépression, contre 10 à 25% de la population générale¹³.

Il semble cependant que la plupart des symptômes dépressifs soient secondaires au trouble alimentaire. L'origine plurifactorielle de la dépression peut engendrer un terrain de susceptibilité et en particulier au moment de l'adolescence, faisant le lit éventuel de

¹⁰Hans Wijbrand Hoek et Daphne van Hoeken, « Review of the prevalence and incidence of eating disorders », *The International Journal of Eating Disorders* 34, n°. 4 (décembre 2003): 383-396.

¹¹Mariko Makino, Koji Tsuboi, et Lorraine Dennerstein, « Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries », *MedGenMed: Medscape General Medicine* 6, n°. 3 (2004): 49.

¹²Jeammet, *Anorexie Boulimie*.

¹³Ibid.

pathologies psychiques dont le trouble alimentaire peut être une illustration.

D'autres études confirment cette association fréquente entre trouble alimentaire et troubles de l'humeur (60 à 80% contre 20% de la population générale) et/ou anxieux (37 à 75% des cas contre 20%) ainsi que de l'anxiété de séparation (14 à 30% contre 5%)¹⁴.

La rupture d'un lien de complémentarité avec quelqu'un de cher est souvent un facteur déclenchant la maladie.

- Facteurs pronostics:

Selon l'article de N. Godart et al (2004)¹⁵, les facteurs pronostics défavorables sont : un long délai avant les soins, la présence de vomissements, d'abus de laxatifs, de crises de boulimie, une perte de poids importante au début des soins, des difficultés relationnelles parents-enfants avant l'anorexie mentale, l'âge de début (plus sévère en cas de début précoce), la prévalence d'anomalies développementales pré-morbides et un échec des traitements antérieurs.

La présence de traits de personnalité de type obsessionnel-compulsif ainsi que la présence d'une comorbidité seraient également des facteurs de mauvais pronostic.

Les patientes souffrant d'anorexie restrictive pure semblent avoir un meilleur pronostic que les patientes souffrant de comportement associant restriction et méthodes de purge (vomissements et/ou laxatifs ou diurétiques).

3.2.3 Données cliniques :

Les patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire de type anorexie mentale présentent des obsessions invalidantes concernant la nourriture avec un retentissement sur leur qualité de vie en particulier dans le champ social.

¹⁴Ibid.

¹⁵N. Godart, F. Perdureau, et P. Jeammet, « Données épidémiologiques : anorexie chez l'adolescent », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 17, n°. 6 (septembre 2004): 327-330.

Les anorexiques auraient une probabilité moins importante d'avoir un conjoint ou un petit ami comme soutien comparées aux patientes boulimiques. Elles diffèrent quant à leur satisfaction par rapport à leur réseau social puisque les anorexiques se disent satisfaites contrairement aux boulimiques.¹⁶

L'anorexie est une conduite active de restriction et de lutte contre la faim visant à apaiser leur angoisse de grossir et à satisfaire leur désir de maigrir. Ainsi, associé aux sélections et restrictions alimentaires, il existe un hyper investissement physique et intellectuel. La potomanie est également un moyen fréquent utilisé afin de ne pas ressentir la faim, d'avoir l'impression de se remplir et parfois de « se nettoyer » de l'intérieur. Les troubles hydro-électriques engendrés par ces conduites peuvent être très importants et menacer le pronostic vital. Elles ne ressentent pas la fatigue. Petit à petit s'amenuisent leur désir sexuel et leur ouverture sociale.

La patiente anorexique se montre perfectionniste et perpétuellement insatisfaite de ses performances alimentant le cercle vicieux de la restriction punitive (dimension masochiste) l'empêchant de désirer. La privation entraîne un sentiment de puissance. Elles tirent donc satisfaction de leurs non-satisfaction de leurs besoins ou de leurs désirs. Plus importantes que le poids faible, ce qui signe la gravité du trouble, peuvent être la rapidité et la façon dont a eu lieu la perte de poids.

D'autres formes d'anorexie sont décrites :

L'anorexie pré-pubère débute avant tout signe de puberté. L'apparition des règles est souvent prise comme repère pour la puberté mais en réalité des signes tels que la pilosité ou le gonflement des seins apparaissent avant les règles et sont des témoins du début de la puberté. Ainsi 8% des anorexies débutent avant 10 ans. Si les règles sont déjà apparues, on parlera d'anorexie pubère avec aménorrhée primaire.

Les anorexies tardives se déclenchant après une grossesse sont controversées par les différents spécialistes. En effet il s'agirait plutôt d'un nouvel épisode de réactivation d'un ou plusieurs

¹⁶Jane M Tiller et al., « Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa », *International Journal of Eating Disorders* 21, n°. 1 (janvier 1, 1997): 31-38.

épisodes passé(s) inaperçu(s) pendant l'adolescence. Quant aux anorexies se développant après la ménopause, nous verrons qu'elles sont considérées comme appartenant à un syndrome dépressif plus qu'à un fonctionnement anorectique pur.¹⁷

Pour la définition donnée par le DSM, se référer à l'annexe I.¹⁸

3.2.4 Prise en charge :

En 2004, le groupe NICE (National Institute for Clinical Excellence) détermine trois axes de travail principaux dans la prise en charge des enfants, adolescents et adultes souffrant de TCA¹⁹:

« La plupart des patients souffrant d'anorexie mentale doivent bénéficier d'une prise en charge ambulatoire associant une psychothérapie et une évaluation somatique, par un thérapeute compétent en la matière. Les patients nécessitant une hospitalisation bénéficieront d'un service adapté à une renutrition associée à une surveillance adéquate ainsi que des interventions psychosociales nécessaires. Dans le cas de la prise en charge d'enfants et d'adolescents, une prise en charge familiale sera proposée. »

Le rapport de 2010 de la Haute Autorité de Santé (HAS) reprend les données du rapport précédemment cité et précise que ²⁰: *« Faire participer le conjoint est fortement souhaitable. Il est cependant important de ne pas les enfermer ce faisant dans une position parentale vis-à-vis de leur conjoint malade. »* Il dit également : *« Pour les patients vivant en couple, le partenaire doit lui aussi être aidé. Une attention particulière sera portée à la relation aux enfants et à l'éducation des enfants notamment sur le plan alimentaire. »* L'accent est mis sur l'information et la rencontre des proches y compris le conjoint mais il existe à ce jour peu de précision concernant les moyens et la place à donner au conjoint. Qu'en est-il des couples sans enfants et de la dimension relationnelle du trouble?

¹⁷Dally, « Anorexia tardive--late onset marital anorexia nervosa ».

¹⁸American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé*, 2^e éd. (Editions Masson, 2003).

¹⁹NICE, « 2004/002 New guideline to standardise care for adults, adolescents and older children with eating disorders », News/Press release, NICE, s. d., <http://www.nice.org.uk/>.

²⁰Haute Autorité de Santé, *Anorexie Mentale : Prise en charge*, 2010.

Le rapport de l'INSERM en 2004 concernant l'étude comparative de l'efficacité de trois types de psychothérapie en fonction de la maladie mentale étudiée, conclue que pour les troubles du comportement alimentaire: « *Les travaux montrent que plusieurs thérapies sont efficaces. Les résultats des études comparatives ne permettent pas de tirer une conclusion générale sur la supériorité d'une approche sur une autre. (...) Dans l'anorexie mentale, les thérapies familiales ont fait preuve d'efficacité jusqu'à 5 ans de suivi, mais seulement chez des patientes pour lesquelles l'anorexie a débuté avant l'âge de 19 ans et ayant moins de 3 ans d'évolution de leur trouble. L'approche cognitivo-comportementale n'a pas montré d'efficacité sur les symptômes mais une présomption d'efficacité peut être évoquée pour la prévention des rechutes* »²¹.

3.3 La boulimie :

3.3.1 Historique :

Le terme de boulimie est apparu comme entité distincte dans le DSM III (1980)²². L'origine étymologique vient du grec (bous : bovin et limos: faim) et veut dire « glouton » ou « faim de bœuf »

3.3.2 Données épidémiologiques :

- Prévalence et incidence :

L'âge de début des troubles se situe vers 19 ans, avec un pic de prévalence entre 19 et 25 ans au moment de l'entrée dans la vie adulte, alors que l'anorexie débute plus tôt, à la puberté. Les patientes boulimiques consultent en général plus tard et nous supposons que beaucoup ne consultent pas. La prévalence et l'incidence de ce trouble restent donc difficiles à évaluer. La prévalence serait donc de 1% à 2%, de prédominance féminine et un taux en augmentation²³. Le poids est normal dans 2/3 des cas.

²¹INSERM, *Psychothérapies, trois approches évaluées.*, 2004.

²²Dsm, *Dsm III r : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Masson, 1989).

²³Hoek et van Hoeken, « Review of the prevalence and incidence of eating disorders ».

- Mortalité, morbidité :

Les patientes sont en général dans le déni des complications éventuelles de leurs conduites de purge et en particulier en ce qui concerne les risques de troubles hydroélectriques (risque important d'hypokaliémie pouvant entraîner le décès par arrêt cardiaque). Les patientes boulimiques s'inscriront dans un trouble chronique dans 30% des cas²⁴. La mortalité est principalement due à un passage à l'acte suicidaire.

- Comorbidités :

Les patientes boulimiques souffrent plus souvent que les anorexiques de troubles de l'humeur (dépression) et/ou de trouble de la personnalité (instabilité, hyperémotivité, passages à l'acte).

Sur le plan clinique les patientes boulimiques d'une part et les victimes de sévices sexuels d'autre part présentent certaines caractéristiques communes sur le plan psychopathologique et en particulier concernant l'estime de soi, l'image du corps, le développement psychosexuel et les relations interpersonnelles. Cependant aucune corrélation statistique de cause à effet n'a pu être mise en évidence entre des antécédents de sévices sexuels et le développement d'un trouble boulimique. Une étude réalisée par l'INSERM a montré que parmi 299 patientes boulimiques, 31 (10%) avaient subi des violences sexuelles, 15 (5%) des manœuvres de séduction incestueuses et 41 (14%) des situations de rapproché affectif à connotation incestueuse sans passage à l'acte. Le terme de violence sexuelle dans cette étude faisait référence aux « événements pour lesquels les sujets avaient été soumis à une forte contrainte, physique ou psychologique » expliquant ainsi ces faibles pourcentages²⁵.

Une autre étude anglaise retrouve des antécédents d'abus sexuels chez 7% des patientes boulimiques étudiées ce qui est proche du pourcentage recueilli dans la population générale²⁶.

A défaut de pouvoir conclure à une corrélation statistique entre des antécédents d'abus sexuels et le développement de la maladie boulimique, ce qui est observé, par certains thérapeutes, dans les familles de ces patientes est un climat familial incestuel au sein duquel un des parents

²⁴Ivan Gasman et Jean-François Allilaire, *Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*, 2^e éd. (Masson, 2009).

²⁵Jeammet, *Anorexie Boulimie*.

²⁶Ibid.

(en général du sexe opposé) est très proche de son enfant²⁷. Cette proximité physique se sexualise (psychiquement) au moment de la génitalisation (de l'adolescence) renforçant le sentiment de la patiente de devoir se protéger des autres (et ici de son parent) en masquant et en niant ses attributs féminins. En effet les limites entre générations et ses interdits deviennent flous et anxiogènes pour la patiente.

- Facteurs pronostics :

Les facteurs de mauvais pronostic semblent être l'existence d'une comorbidité en particulier la consommation d'alcool, un trouble de la personnalité de type borderline ainsi que des antécédents de tentative de suicide.

3.3.3 Données cliniques :

Selon J.H. Lacey, les patientes boulimiques à IMC normal partagent beaucoup de caractéristiques cliniques et démographiques avec les patientes anorexiques et constate que dans 75% des cas, le début des troubles coïncide avec leur première relation amoureuse et leur première relation sexuelle.²⁸

Les patientes souffrant de boulimie présentent également une obsession autour de la nourriture et une volonté de ne pas prendre de poids. Mais alors que les patientes souffrant d'anorexie mentale restreignent leur alimentation, les dernières mangent de façon compulsive et éliminent ce qu'elles ont assimilé par des méthodes de purge: laxatifs, diurétiques ou vomissements. Il existe une culpabilité importante suite à la prise compulsive de nourriture. Nous parlons de « crise » de boulimie du fait « *du déclenchement brutal du comportement, de son caractère impérieux et de son déroulement ininterrompu jusqu'au malaise physique ou aux vomissements.* »²⁹

En général ces crises surviennent au décours d'un sentiment de solitude ou de frustration. La patiente s'isole afin de se soulager alimentant par là le sentiment d'isolement et de solitude. «

²⁷Ibid.

²⁸J H Lacey, « Homogamy: the relationships and sexual partners of normal-weight bulimic women », *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 161 (novembre 1992): 638-642.

²⁹Jeammet, *Anorexie Boulimie*.

Elles ressentent la compulsion alimentaire comme quelque chose de répugnant et étranger à elles (...). Leurs vies sont marquées par le sentiment de honte et de culpabilité et par des comportements de clivage leur permettant de maintenir leur trouble alimentaire dans le secret et à l'abri du regard des autres. Le côté secret relève du caractère incontrôlé et envahissant du trouble et non d'un plaisir pris dans la transgression d'un interdit »³⁰. La patiente est ensuite dans un état de torpeur proche de l'état successif à la prise de psychotropes se situant très proche des conduites addictives.

Les patientes boulimiques maintiennent le plus souvent un poids dans la norme, inquiétant moins ses proches. Le trouble reste ainsi plus longtemps inaperçu. D'autre part, contrairement aux patientes anorexiques, les patientes boulimiques ont généralement conscience du caractère anormal de ces crises mais ne peuvent pas pour autant s'en empêcher.

D'un point de vue social, les patientes boulimiques perçoivent leur soutien social comme défaillant à la fois quantitativement et qualitativement.³¹

Sur le plan psychopathologique, le modèle cognitivo-comportementale évoque des « *cognitions erronées* » de l'image du corps à l'origine des conduites pathologiques.³² L'approche psychanalytique parle de position masochique de la patiente boulimique (comme anorexique). La conduite boulimique serait une façon agie de court-circuiter la pensée et de ne pas faire face aux conflits intrapsychiques.

Pour la définition donnée dans le DSM IV se référer à l'annexe II³³.

3.3.4 Prise en charge :

Les autorités de santé précédemment citées ne distinguent pas les prises en charge de l'anorexie et de la boulimie à ceci près : « *Dans la boulimie, les thérapies cognitivo-comportementales, associées ou non à la pharmacothérapie ont montré leur*

³⁰ Arnold E. Andersen, *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia* (Hodder Arnold, 1985).

³¹ Tiller et al., « Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa ».

³² Gasman et Allilaire, *Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*.

³³ Associati, *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

efficacité. »³⁴ Ainsi que : « pour la prise en charge des patientes boulimiques, il est possible d'associer un antidépresseur ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique de type thérapie cognitive (16 à 20 séances sur 4 à 5 mois) »³⁵.

Citons également les TCA non spécifiés: Ils regroupent le binge-eating disorder, l'ingestion et la régurgitation de nourriture ainsi que toutes les formes subsyndromiques d'anorexie mentale et de boulimie (mais ne remplissant pas les critères diagnostiques de ces troubles). Ils représentent 4 à 6% de la population générale quelque soit le sexe.

3.4 Le couple :

Nous proposons ci-dessous une définition du couple ou du moins du lien singulier et intime qui se crée au sein de la relation amoureuse entre deux êtres et plus particulièrement ce que A. Eiguer nous en dit à partir de théories psychodynamiques. Nous verrons dans le chapitre qui est consacré au couple, d'autres théories et d'autres modèles de définition et de compréhension du couple.

W. Bion (1959), parle de liens intrapsychiques et interpersonnels prenant tous deux leurs origines dans le lien précoce mère-nourrisson³⁶. Ces deux entités sont indifférenciées au sein d'un même appareil psychique. La mère sait qu'il s'agit d'une illusion d'indifférenciation et s'y prête. Le lien, se constituant à partir de la rencontre de deux psychismes, naît grâce à une succession d'identifications projectives (identification désirée du côté de l'enfant et identification agréée du côté de la mère). L'identification projective de l'un créant une identification introjective chez l'autre. Ces processus d'identification se répondent en miroir, l'un et l'autre, faisant appel au narcissisme de chacun visant à se mettre à l'unisson avec l'autre, balance entre lien libidinal et lien narcissique.

Le lien d'alliance comporte ces deux types de relation, le premier type serait celui d'un lien narcissique dominé par l'investissement narcissique et le deuxième un lien libidinal d'objet fait d'identifications projectives et d'interactions. Ce lien de couple constitue alors une

³⁴ Haute Autorité de Santé, *Anorexie Mentale : Prise en charge*.

³⁵ NICE, « 2004/002 New guideline to standardise care for adults, adolescents and older children with eating disorders ».

³⁶ W.-R. Bion, « Attaques contre les liens », *Nouvelle Revue de psychanalyse* 25 (s. d.): 285-298.

répétition des liens précoces mères-enfants.

S. Freud rappelle en 1914 : « *Au plus fort de l'état amoureux, la démarcation entre moi et l'objet court le risque de s'effacer. A l'encontre de tous les témoignages de sens, l'amoureux soutiendra que moi et toi ne font qu'un* »³⁷.

Cet amour initial, va vivre et traverser de nombreuses péripéties et désillusions. Si elle est tolérable, la désillusion permet un attachement stable. La tolérance à cette désillusion dépend de la qualité de la première expérience de désillusion expérimentée par le petit enfant lors du processus de séparation-individuation. Le couple se constituera autour de la balance instable entre illusion et désillusion. Basé sur les liens narcissiques précédemment décrits, le couple continue à croire en un psychique partagé permettant de se maintenir dans la quête de l'idéal du moi groupal des conjoints.

Le déséquilibre de prévalence entre liens narcissiques et liens libidinaux peut engendrer le conflit de deux manières : lorsque les liens narcissiques sont trop envahissants ou qu'ils représentent l'unique mode relationnel, les conjoints « fusionnent » plus qu'ils n'échangent et l'autre n'est pas reconnu dans son altérité. Au contraire, lorsque les liens libidinaux d'objet sont prépondérants, le couple a du mal à se différencier des mythes et des missions à accomplir délégués par les familles d'origine. Le couple plus que l'union de deux psychismes se construit également sur l'association de deux lignées, de deux groupes familiaux avec leurs modèles de liens respectifs. Normalement chacun des membres du couple a pris de la distance par rapport à ces « fantômes » des familles d'origine mais dans les couples dont nous parlons les choses semblent plus complexes. Le couple se construit donc vis-à-vis du regard des autres, par rapport à un tiers (astreint par l'idéal du moi).

A. Eiguer propose un modèle de constitution du couple selon trois organisateurs ³⁸:

Le premier est le choix d'objet du couple, le deuxième est le soi conjugal et le dernier est l'inter fantasmatisation. Il distingue également quatre types de couples: le normal ou névrotique, l'anaclitique ou dépressif, le narcissique et le pervers.

³⁷Sigmund Freud, *La vie sexuelle*, 9^e éd. (Presses Universitaires de France - PUF, 1999).

³⁸Alberto Eiguer, *Clinique psychanalytique du couple* (Dunod, 1998).

Sur le plan personnel, le choix d'un objet sexuel exogamique permet une issue convenable au complexe d'œdipe et à l'interdit de l'inceste. Le choix du partenaire a une qualité organisatrice. Il agit comme un compromis entraînant un soulagement économique ainsi que un comme un mécanisme de défense. L'un et l'autre des partenaires entrecroisent des objets inconscients. La trouvaille d'un partenaire est comme le dit S. Freud : « *une retrouvaille et en même temps l'aboutissement de l'amour infantile* »³⁹.

D. Winnicott nous parle d'espace potentiel où se joue « *le jeu transitionnel* »⁴⁰. Cet espace potentiel se situe entre l'objet sexuel extérieur et l'objet parental inconscient, ni tout à fait réel ni tout à fait fantasmé. Les choix amoureux de l'adolescent auront également leurs rôles à jouer dans les choix futurs de l'adulte.

Dans l'exemple des couples névrotiques, le choix du partenaire se porte sur quelqu'un « opposé » au parent du sexe opposé. Nous parlons de « choix défensif ». D'autres auteurs parlent d'un choix ressemblant au parent du même sexe : « *L'homme cherche comme objet sexuel ce que sa mère n'était pas, et la femme ce que son père n'était pas* »⁴¹. Le couple peut alors souffrir de la réminiscence du passé, déçu par l'autre qui n'est autre que le produit des projections de l'objet fantasmé et directement issu de son objet parental inconscient.

Le modèle décrit ci-dessus constitue un modèle « normal » ou « sain » constituant le choix d'objet œdipien. S. Freud décrit d'autres choix d'objets:

- ✓ le choix narcissique: le choix d'objet correspond à « *ce que l'on est soi-même, à ce que l'on a été soi-même, ce que l'on voudrait être soi-même et une personne qui a été une partie du propre soi.* »
- ✓ le choix anaclitique : constitue un choix en vue d'un étayage de la part du conjoint choisi. Ce choix répond à une identification partielle et narcissique à l'attitude infantile du sujet lui-même et non à une identification adulte, mature dans le cadre d'un choix amoureux. Le couple s'organise autour d'un partenaire infantilisé et l'autre parentalisé.

³⁹Sigmund Freud, *Trois essais sur la théorie sexuelle* (Gallimard, 1989).

⁴⁰D. W. Winnicott, *Jeu et réalité* (Gallimard, 2002).

⁴¹Satir, V. et Liendo, E., « A propos d'une thérapie de couple », *Dialogue*, n°. 79 (1980): 49-60.

Le soi conjugal est composé du sentiment d'appartenance conjoint, de l'habitat intérieur et de l'idéal du moi conjugal. En fonction du type de couple décrit précédemment, ces différentes composantes seront plus ou moins présentes ou solides.

L'inter fantasmatisation donnerait un sens et une consistance aux liens d'objet et narcissiques du couple. La vie fantasmatique paraît transmettre ses propriétés à l'ensemble de la famille. Le couple serait « *un groupe de sujets où l'identité serait secondaire* », au sein duquel seuls les rôles comptent.

L'intervention du thérapeute vise à restaurer ou à favoriser cette capacité de fantasmatisation. Eiguer décrit : « *L'imaginaire de la famille et du couple, lieu de rencontres des fantasmes individuels inconscients de chacun, inspire l'activité fantasmatique consciente, c'est à dire la création d'un espace transitionnel d'échanges, d'humour, de créativité épanouissante, de récits concernant la propre histoire de chacun et celle des ancêtres* »⁴².

Le mythe occupe une place importante dans le monde fantasmatique des conjoints. Le mythe se caractérise par « *une croyance partagée, résistant à la critique et soutenu par des légendes et des fables* »⁴³. Il sert parfois de justification à des croyances transgénérationnelles et alimentent les conflits de façon inconsciente.

Concernant le désir d'enfant, A. Eiguer s'interroge sur le rôle joué par celui-ci dans la pérennisation du couple ou encore s'il constitue un réel choix dans la vie de celui-ci. Il conclut qu'entre « *choix procréatif ou choix récréatif dans la création du couple* »⁴⁴, nous ne sommes pas obligés de faire un choix tranché. Les deux notions d'amour et de procréation peuvent cohabiter. Le désir d'enfant peut être énoncé très tôt dans la construction du couple mais ne constitue pas forcément la base de son organisation dans l'inter fantasmatisation. Il dit : « *le choix est un désir, un geste tandis que lorsque nous parlons d'organisation, nous évoquons une économie, un conflit de base, qui font ordre dans le désordre éventuel.* »⁴⁵

⁴²Eiguer, *La parente fantasmatique / transfert et contre-transfert en thérapie familiale psychanalytique* (Dunod, 1993).

⁴³Eiguer, *Clinique psychanalytique du couple*.

⁴⁴Ibid.

⁴⁵Ibid.

Ainsi nous pourrions conclure que l'adolescence, période de plus en plus longue de par la durée des études, l'indépendance financière de plus en plus difficile à acquérir ainsi que les limites floues entre générations, est une période de réactivation de conflits psychiques et en particulier de conflits en lien avec les concepts de dépendance et d'autonomisation. Les patientes souffrant de TCA, anorexiques ou boulimiques, expriment leurs angoisses et leurs difficultés à se séparer par cette privation de nourriture ou par sa consommation compulsive. La seule chose qu'elles ont l'impression de continuer à contrôler (sentiment nécessaire à leur survie) est ce lien à la nourriture entravant leurs liens aux autres que ce soit dans le domaine familial ou social. En effet, ces troubles ont des répercussions sur la structuration de leur personnalité (en particulier lorsque le trouble se développe précocement) et façonne leur façon d'être au monde et leurs liens avec les autres. Le modèle de compréhension de la construction d'un couple selon A. Eiguer nous permet de penser que la patiente souffrant de TCA est en difficultés tant sur le plan des liens narcissiques que des liens objectaux. En effet, l'investissement narcissique est fragile du fait de sa faible estime d'elle-même et du type d'attachement insécure, seul type d'attachement qu'elle connaît en lien avec son histoire familiale et des liens précoces mère-enfant. Concernant les liens objectaux, nous avons vu que le symptôme alimentaire peut exprimer la souffrance de certains membres de la famille ou bien valider des mythes ou croyances familiales difficilement dicibles. La patiente porte alors le poids des générations et donne une voix aux événements ou aux personnes oubliés du passé. Concernant le choix d'objet amoureux, Winnicott nous dit qu'il se trouverait à l'interface entre un objet sexuel extérieur et un objet parental inconscient intériorisé. La patiente se trouve là encore en difficultés puisque l'association de la sexualité à un objet d'amour n'est pas évident et que l'objet parental intériorisé est parfois encore partiel, ambivalent et donc teinté à la fois d'amour et de haine ne lui donnant pas une assise suffisamment solide pour explorer l'autre. Ainsi S. Freud propose deux types de choix d'objets pathologiques, narcissique ou anaclitique que nous pouvons retrouver en clinique de ces patientes. Enfin, l'inter-fantasmatisation paraît compliquer puisque la mise en mots et en commun de façon consciente de fantasmes personnels issus de mythes et de croyances familiales nécessite de pouvoir en prendre conscience et de s'en décaler en y mettant du langage. Les patientes sont terrorisées à l'idée d'avoir des désirs de peur de détruire l'autre et d'avoir besoin de cet autre pour la réalisation de leurs propres désirs. Ainsi, comme nous le verrons plus tard, la création d'une intimité et la capacité d'un

engagement au sein du couple paraissent compromises.

Pourtant, la clinique nous apprend que ces patientes sont en couple et parfois même ont des enfants. Comment comprendre leur couple au vu des constatations théorico-cliniques ci-dessus ? Si le couple s'est constitué selon une homéostasie fragile dépendant des défenses de chacun des conjoints, comment la guérison ou du moins les modifications psychiques engendrées par une amélioration sur le plan alimentaire peuvent-elles se concilier avec l'équilibre du couple ? La guérison de la patiente doit-elle s'accompagner de la guérison du couple ?

4 PATIENTES EN COUPLE :

4.1 Statut marital :

Selon les études, le taux de patientes mariées varie entre 17 % et 21%.^{46 47} Heavey et al. postulent que le fait de développer la maladie avant ou après le mariage est plus lié à la nature des conflits non résolus dans la famille d'origine qu'à la nature de l'union dans le couple. Ils précisent même que c'est la façon de gérer les conflits qui est déterminant dans l'âge de début des troubles⁴⁸. Si la maladie débute alors que la patiente est encore à la maison et que ses proches y répondent en se regroupant autour d'elle, en majorant le sentiment de dépendance et en « l'infantilisant », elle sera en grande difficulté pour quitter le domicile familial. En revanche, les patientes anorexiques qui viennent d'une famille moins investie affectivement développent leur trouble avant ou après le mariage. Si la tension est importante et que le symptôme n'est pas « assez fort » pour la détourner afin de l'apaiser, la patiente peut quitter plus tôt le domicile familial et alors se mettre en couple. Sans être pathologique, une tension dans la famille peut pousser la personne à s'échapper en se mariant rapidement. Parmi ces femmes, certaines développent un trouble alimentaire plus tardivement lorsque ce départ précoce de la maison et les conflits irrésolus concernant son indépendance et son autonomie sont ravivés au décours de conflits de couple.

Andersen pense que lorsque le trouble alimentaire survient après le mariage, il est la récurrence d'un trouble alimentaire ayant eu lieu pendant l'adolescence⁴⁹. Il pense également que les patientes anorexiques choisissent toujours un conjoint « moins bien » que si elles n'avaient pas été malades, c'est à dire moins adapté. Il explique donc le symptôme alimentaire comme équilibrant la relation conjugale lorsque celle-ci devient compliquée.

Vandereycken et al. décrivent un groupe de patientes ayant débuté leur trouble alimentaire autour de la 20aine et concluent que la relation de couple a contribué au développement du trouble alimentaire. Ces conclusions sont niées par les couples qui eux expliquent le trouble

⁴⁶Paul E. Garfinkel et David M. Garner, *Anorexia Nervosa : A Multidimensional Perspective*, 1^{er} éd. (Bruner Meisel U, 1982).

⁴⁷Heavey et al., « Anorexia Nervosa and marriage », *International Journal of Eating Disorders* 8 (1989): 275-284.

⁴⁸Ibid.

⁴⁹Andersen, *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*.

alimentaire par une mauvaise image de leur corps uniquement.⁵⁰

Les patientes souffrant d'un trouble du comportement alimentaire de type mixte ou les patientes boulimiques seraient plus souvent mariées (environ 30% des patientes étudiées) que les patientes de type restrictif.⁵¹⁵²

Pour ce qui est du devenir des patientes, une étude étudiant le devenir de 70 patientes (12 ans plus tard) ayant souffert ou souffrant encore (dans 10% des cas) de troubles du comportement alimentaire, montre que 45,7 % des femmes ne sont pas mariées ou en couple ce qui est supérieur au taux de célibat dans la population générale (16,3%).⁵³

4.2 Fertilité :

Stewart et al. ont étudié 74 patientes souffrant d'anorexie ou de boulimie parmi lesquelles 15 avaient au moins un enfant.⁵⁴ Les patientes qui étaient en rémission au moment de leur grossesse ont eu moins de complications périnatales. Les femmes encore malades au moment de la conception ont eu plus de complications (les deux morts fœtales ayant été comptabilisées dans ce groupe). Ils observent une recrudescence du trouble alimentaire de façon très limitée lorsque les patientes sont en rémission lors de la conception. En revanche, la plupart des patientes souffrantes au moment de la conception ont eu une aggravation des symptômes pendant la grossesse.

Lacey et al. rapportent des informations un peu différentes: ils étudient 20 patientes boulimiques sans traitement. Ils notent de nombreuses complications pendant la grossesse (sans mort fœtale), mais une amélioration spontanée des symptômes lors du 3ème trimestre de grossesse. Cinq présentent une guérison spontanée, mais 10 sur les 20 présentent une aggravation des symptômes.⁵⁵

⁵⁰Walter Vandereycken et al., *The Family Approach to Eating Disorders: Assessment and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia* (PMA Publishing Corporation, U.S., 1993).

⁵¹Russell, « Bulimia nervosa ».

⁵²Lacey, « Homogamy ».

⁵³Sullivan, P.F. et al., « Outcome of Anorexia Nervosa: A Case-Control Study », *American Journal of Psychiatry* 155 (1998): 939-946.

⁵⁴D E Stewart et al., « Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy », *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 157, n°. 5 (novembre 1987): 1194-1198.

⁵⁵J H Lacey et G Smith, « Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby », *The British Journal*

Une autre étude portant sur l'étude du taux de fertilité de 50 patientes anorexiques conclue qu'elles ont un taux de fertilité autour de 1/3 de la fertilité de la population normale. Il n'y a pas de différence entre elles et la population normale concernant le taux de grossesses non désirées ce qui semble suggérer que ce bas taux de fertilité de la part des patientes anorexiques est volontaire.⁵⁶

A noter que des études actuelles montrent que le risque d'avoir un enfant anorexique est de 3% si une personne apparentée en est atteinte contre 0,3% dans le cas contraire.⁵⁷

4.3 Parentalité :

Peu d'auteurs se sont intéressés à cette question. L'étude de Lacey et al. citée plus haut conclut que 3 des 20 patientes imposent une restriction alimentaire à leur enfant à un an.⁵⁸

Brinch et al. décrivent peu voir pas de conséquences physiques ou psychologiques (72%) sur les 67 enfants de patientes anorexiques. Seulement 2 des enfants souffrent de troubles psychiques graves.⁵⁹

Ces résultats diffèrent de ceux retrouvés dans une autre étude qui retrouve des « troubles de la parentalité » importants chez 12 couples pris en charge pour trouble alimentaire. Les difficultés à être parent semblent inversement corrélées à la qualité de la dynamique conjugale. Certaines femmes doivent donner la garde de leurs enfants à leur conjoint ou autres proches, étant dans l'incapacité d'assumer cette responsabilité.⁶⁰

4.4 Comparaison avec les patientes célibataires :

Pour certains auteurs, les symptômes physiques et psychologiques des patientes en couple souffrant de troubles du comportement alimentaire sont approximativement les mêmes que

of Psychiatry: The Journal of Mental Science 150 (juin 1987): 777-781.

⁵⁶M Brinch, T Isager, et K Tolstrup, « Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women », *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77, n° 5 (mai 1988): 611-617.

⁵⁷Jeammet, *Anorexie Boulimie*.

⁵⁸Lacey et Smith, « Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby ».

⁵⁹Brinch, Isager, et Tolstrup, « Anorexia nervosa and motherhood ».

⁶⁰D.B. Woodside et L.F. Shekter-Wolfson, « Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa », *International Journal of Eating Disorders* 9 (1990): 303-309.

chez leurs paires célibataires. La seule différence résiderait dans l'âge des premières règles (plus tôt chez les patientes mariées) et dans l'âge du premier rapport sexuel (plus jeune chez les patientes boulimiques).⁶¹ De plus, les symptômes seraient en général plus sévères et dureraient depuis plus longtemps pour les femmes mariées.⁶² Ces derniers résultats peuvent être mis en lien avec les conclusions suivantes : il s'écoulerait plus de temps entre le début de la maladie et la date de diagnostic (autrement dit un délai plus long entre le début de la maladie et le recours aux soins, facteur de mauvais pronostic en soi⁶³).⁶⁴

Cependant, plusieurs études montrent que les patientes en couple diffèrent de leurs paires célibataires sur les critères suivants: elles sont plus âgées, présentent une plus grande motivation au changement, un perfectionnisme plus marqué et ont recours à des techniques de purge.⁶⁵

Par ailleurs, les femmes anorexiques sont plus souvent célibataires que dans la population générale et ont moins d'enfant. La parentalité est rendue difficile de par les troubles relationnels engendrés par la maladie.

Nous pouvons donc conclure à la suite de ces éléments que les symptômes alimentaires sont en général plus sévères et la maladie dure depuis plus longtemps chez les patientes mariées, probablement à mettre en lien avec un temps plus long écoulé entre le début des symptômes et le recours au soin. D'autre part les femmes anorexiques sont plus souvent célibataires que dans la population générale et ont moins d'enfant. La parentalité est rendue difficile de par les troubles relationnels engendrés par la maladie. Ainsi, nous pouvons dire que la maladie et le couple interagissent et le fait d'être en couple pourrait donc être de mauvais pronostic pour ces patientes.⁶⁶⁶⁷

⁶¹M W Wiederman et T Pryor, « A comparison of ever-married and never-married women with anorexia nervosa or bulimia nervosa », *The International Journal of Eating Disorders* 22, n°. 4 (décembre 1997): 395-401.

⁶²Van den Broucke, S. et Vandereycken, W., *Eating Disorders and Marital Relationships* (Routledge, 1997).

⁶³Godart, Perdereau, et Jeammet, « Données épidémiologiques ».

⁶⁴Heavey et al., « Anorexia Nervosa and marriage ».

⁶⁵Debra Bussolotti et al., « Marital status and eating disorders: An analysis of its relevance », *Journal of Psychosomatic Research* 53, n°. 6 (décembre 2002): 1139-1145.

⁶⁶A.H. Crisp et al., « The long-term prognosis in anorexia nervosa: some factors predictive of its outcome », *Anorexia Nervosa* (s. d.): 5-65.

⁶⁷Dally, « Anorexia tardive--late onset marital anorexia nervosa ».

5 CARACTERISTIQUES DES FAMILLES D'ORIGINE :

Le couple se construit dans le contexte familial, social et culturel dans lequel il a évolué et dans lequel il évolue encore. Chacun des membres du couple s'est construit et arrive dans la relation avec un bagage socioculturel propre qui peut être très différent de celui de l'autre.

M. Elkaïm, thérapeute systémicien décrit ce qu'il appelle le « programme officiel » et la « carte du monde » de chacun des conjoints.⁶⁸ Le programme officiel est la demande explicite de chacun des membres du couple. En général ce programme officiel s'oppose à une croyance différente chez chacun des conjoints et que M. Elkaïm appelle la carte du monde. Ces cartes se sont construites par rapport aux expériences antérieures et souvent précoces. L'influence des dynamiques familiales et des croyances de celles-ci est très importante. Le conjoint n'a pas conscience des processus à l'œuvre dans ces phénomènes de répétition. Ces cartes du monde définissent l'angle et l'objectif de vu, de la réalité extérieure, par le conjoint. Peu importe si ce qui est en train d'être vécu ressemble ou non au contexte de l'expérience ayant donné naissance à la carte du monde. Ainsi chacun des conjoints est en conflit quasi permanent avec son programme officiel et sa carte du monde qui eux-mêmes rentrent en conflits avec ceux du partenaire. Le conflit du couple peut alors être compris comme un moyen de mettre à distance une contradiction interne mais également de maintenir un système qui inclut les familles d'origine: « *le couple n'est que la partie visible d'un système plus large* »⁶⁹.

M. Elkaïm élargit ce contexte au contexte socio-culturel et politique en ajoutant que le couple se construit et se maintient dans une lutte contre le monde environnant. Par ses conflits, le couple permet peut-être la stabilité de cet environnement social et politique. La relation est en permanence modulée et négociée en fonction des désirs et des limites de chacun des membres du couple. Dans un couple où un des membres souffre de trouble du comportement alimentaire, la complexité inhérente au couple est compliquée des difficultés engendrées par la maladie mentale. La dynamique familiale de la patiente (et à fortiori de son conjoint) est alors importante à évaluer.

⁶⁸Mony Elkaïm, *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*, Ed. augm. (Seuil, 2001).

⁶⁹Ibid.

5.1 Les familles d'origine: schémas de fonctionnement et d'attachement :

S. Minuchin, thérapeute familial de type structural, décrit les familles des patientes souffrant de TCA comme étant en difficultés pour résoudre les conflits. Elles sont définies comme rigides, surprotectrices et une entité au sein de laquelle les enfants participent de façon directe ou indirecte au conflit entre les parents.⁷⁰

Ces familles sont également décrites comme isolées sur le plan social, très préoccupées par leur apparence et ayant une préoccupation importante pour la nourriture⁷¹.

M.P.P. Root, thérapeute systémique et féministe, décrit trois types de familles⁷²:

- ✓ la famille surprotectrice ou anxieuse qui fonctionne avec des idées et des valeurs basées sur un héritage historique et interne à la famille. Ce type de famille s'inquiète de l'image que peut avoir d'elle un sous-groupe social.
- ✓ la famille évitante ou parfaite qui fonctionne et répond aux exigences et aux modèles sociaux s'inquiétant en permanence de l'image qu'elle renvoie.
- ✓ la famille chaotique qui alterne les fonctionnements des deux précédents types de familles ainsi que leurs soucis concernant l'image qu'elles renvoient.

De façon plus générale, ces familles sont plus préoccupées par maintenir les idéaux familiaux que par les désirs, besoins ou compétences de chacun des membres de la famille. Leur fonctionnement est rigide et nécessite un sacrifice individuel au prix d'un idéal de groupe. Les membres de ces familles ont donc des difficultés à se séparer et à maturer individuellement.

Tous les processus de deuil à savoir : les expériences de perte, de séparation ou encore toute modification familiale nécessitant un réaménagement des organisations psychiques de chacun de ses membres, sont difficiles à élaborer dans ces familles.

⁷⁰Salvador Minuchin, *Families and Family Therapy*, 3rd Printing, 1974 éd. (Harvard University Press, 1974).

⁷¹David M. Garner et Paul E. Garfinkel, *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia* (Guilford Publications, 1985).

⁷²Maria P. P. Root, Patricia Fallon, et William N. Friedrich, *Bulimia: A Systems Approach to Treatment*, 1^{er} éd. (W W Norton & Co Inc, 1986).

Pour J. Bowlby, les deuils non résolus entraînent une situation à laquelle il y a deux façons de réagir avec dans les deux cas une activation de façon différente du système d'attachement.⁷³⁷⁴ Dans la première façon de réagir, le système d'attachement est très fortement activé entraînant un attachement anxieux. Dans la deuxième façon de réagir, le système d'attachement est partiellement désactivé entraînant une inhibition du comportement d'attachement, appelé comportement évitant. Une confrontation chronique au deuil non résolu entraîne une oscillation entre les deux schémas d'attachement.

Si le processus de deuil est interrompu quelle qu'en soit la raison, la personne ne peut pas éprouver sa tristesse ni progressivement réinvestir de nouveaux objets. Soit la personne va rester attachée à tout ce qu'elle peut (attachement anxieux), soit elle va se retirer du monde et se renfermer sur elle-même (attachement évitant). Tous les attachements ultérieurs se feront sur un mode insécure puisqu'ils seront basés sur l'expérience du premier attachement c'est à dire d'un deuil non résolu impliquant que tous les attachements mènent inévitablement à la perte. Plus l'expérience de perte a lieu tôt dans la vie psychique et plus elle a de conséquences sur les schémas d'attachement ultérieurs.

L'hypothèse est donc basée sur l'idée que les patientes souffrant de TCA grandissent dans des familles présentant un système d'attachement insécure rendant difficile l'acceptation et l'adaptation à un changement (mettant en danger l'équilibre familial) comme par exemple, l'entrée dans l'adolescence (période fréquente de début des troubles) de la patiente, son départ de la maison mais aussi la naissance d'un autre enfant, le décès d'un proche ou toute autre situation bousculant l'équilibre familial. En effet, ces moments du cycle de vie mettent en péril l'équilibre fragile de la famille. Les angoisses de séparation, de perte et d'abandon de chacun sont alors réactivées de façon inconsciente mais il est quasiment impossible d'y mettre des mots. Alors les choses sont tues mais ressenties de façon accrue par chacun sans qu'aucune explication ne puisse être donnée.

En fonction du type de famille décrit plus haut, cette menace de l'homéostasie famille engendre des comportements différents. Dans les familles surprotectrices, l'adolescente n'est

⁷³Bowlby, « The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976 ».

⁷⁴J Bowlby, « The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture », *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 130 (mai 1977): 421-431.

pas soutenue dans son désir de quitter le domicile familial et porte l'angoisse de séparation de ses parents. Tomber malade permet alors de ne pas quitter le domicile familial et de soulager son conflit de loyauté entre les désirs de ses parents et ses propres désirs. En tombant malade elle redevient la petite fille dont il faut s'occuper et qui n'est pas prête à partir. Dans les familles évitantes, le système d'attachement de l'adolescente est activé et elle se sent insécure dans son désir de quitter le domicile. La famille se montre plutôt froide, indifférente et peu expressive émotionnellement. Dans le troisième type de famille, les éléments des deux précédentes familles seront retrouvés rendant l'environnement familial et les désirs des uns et des autres fluctuants dans le temps et donc source de confusion pour l'adolescente.

Dans ces trois types de familles, le facteur commun est l'incapacité à gérer les conflits, le risque de perte étant trop grand et inconcevable.

H.B. Lewis fait un pont entre le système d'attachement et le sentiment de honte fréquemment retrouvé dans ces trois types de familles. Elle le définit comme un sentiment ressenti lorsqu'on se sent abandonné ou isolé de liens sociaux, sentiment intrinsèquement lié au système d'attachement.⁷⁵ Les patientes évoluent dans une ambiance de type insécure. Elles se retrouvent dans des situations où l'abandon et la perte se répètent, activant en permanence le système d'attachement et le sentiment de honte, renforçant leurs schémas cognitifs de perte.

Le semblant de sécurité défendu par ces familles passe par l'attachement à des valeurs et héritages socioculturels rigides et centrés sur la famille. Toute expérience ayant lieu en dehors du cercle intime et fermé familial représente un potentiel danger, le départ de l'adolescente du domicile familial en représente un exemple.

La peur d'être en surpoids est relayée en permanence par les médias et le contexte socio-culturel. Elle devient d'une importance considérable pour ces familles qui veulent à tout prix ne pas activer leur système d'attachement et leur sentiment de honte. Pouvons-nous penser que la lutte pour ne pas grossir permet à la patiente de ne pas vivre la peur du rejet et de la honte et donc de se complaire dans une « fausse » sécurité au sein de la famille ?

M.P.P. Root va plus loin dans sa réflexion. Elle suggère que cette autodestruction et ce refus

⁷⁵Helen Block Lewis, *The Role of shame in symptom formation* (Erlbaum Associates, 1987).

de la féminité chez les patientes sont donc deux façons d'échapper à la place inutile et faible donnée aux femmes dans la société en regard de la place donnée aux hommes (valorisation de la force et du pouvoir).⁷⁶

M. Woodman, psychanalyste d'obédience Jungienne, explique le symptôme alimentaire comme un refus de devenir femme à la fois sur le plan sociétal (rejoignant la pensée de M.P.P. Root) et sur le plan familial (la petite fille ne grandit pas et surtout ne développe pas ses attributs féminins lui donnant une présentation androgyne).⁷⁷ Ainsi le symptôme alimentaire sert les deux principales problématiques de ces familles: la question de l'acceptation par la société et la question de la perte et du deuil.

Les idées ou valeurs utilisées par ces familles pour diminuer leur sentiment de honte et augmenter leur sentiment de sécurité sont traditionnellement associés à des stéréotypes masculins: la performance, la compétition et la réussite. La recherche de ces idéaux sécurise la famille dans son lien social. Elle renforce la valorisation du monde masculin du travail et de la compétition d'une part et la dévalorisation de la féminité d'autre part, permettant ainsi la cohésion de la famille autour de ces valeurs. En étant fidèles à des valeurs sociales externes, la famille se sent appartenir à cette société et se sent en sécurité, diminuant aussi le sentiment d'isolement. Le système se maintient tant que tous les individus concernés font ce qu'il faut et ce qui est attendu d'eux en fonction du système culturel, social et économique dans lequel ils évoluent. Sur le plan individuel, la patiente anorexique est soumise à une double contrainte: rester dans le système et continuer à appliquer les règles sociales mêmes si elles sont néfastes pour elle. Cela peut remettre en question la possibilité d'une mise en couple et si elle a lieu, la patiente et son couple, restent l'élément central de stabilisation de la famille.

Dans le courant psycho dynamique, une des hypothèses quant aux rôles joués par les familles dans les troubles de leurs enfants, est appelé le poids du transgénérationnel. L'idée est de dire que les patientes souffrant de TCA portent ces angoisses intergénérationnelles et viennent acter par le corps ce qui ne peut être dit par les mots. M-L. Testart et V. Dodin parlent de ces secrets de famille touchant des personnes décédées mais qui n'ont pas pu être « enterrées » tant leur disparition paraît impensable. « *L'impossibilité de faire le travail de deuil laisse ces*

⁷⁶Root, Fallon, et Friedrich, *Bulimia*.

⁷⁷Marion Woodman, *Addiction to Perfection: The Still Unravished Bride: A Psychological Study* (Inner City Books, 1983).

morts sans sépulture errer au fil des générations successives »⁷⁸. Le lien qui se maintient avec ces morts sans sépulture est considéré (inconsciemment) par la personne comme nécessaire à sa survie. Cette impossibilité à symboliser la mort « impose donc une forme de réincarnation : le fantôme ». Ce fantôme, « ancêtre dont le deuil ne peut être réalisé de par l'inaltérabilité du lien et le sentiment de honte accompagnant cette personne de son vivant ou autour des circonstances de sa mort »⁷⁹, continue à occuper une place importante dans la famille, sans jamais en parler et surtout empêchant les vivants de faire leur vie avec la réalité de son absence.

N. Abraham et M. Torok parlent de ce fantôme comme « s'exprimant parfois à la façon d'un ventriloque » et /ou au moyen de symptômes passant d'un parent à un enfant.⁸⁰

Le symptôme anorexique permet alors à la patiente de garder sa place et son contrôle dans la famille tout en faisant parler ce fantôme qui constitue un secret, un tabou, transmis de génération en génération. Ces patientes portent le deuil de plusieurs générations permettant aux autres membres de la famille de continuer à vivre.

En conclusion, la conduite anorexique ou boulimique permet de maintenir une distance affective avec l'environnement. Celui-ci est vécu comme intrusif et menaçant pour leur intégrité psychique. « L'autre » représente quelque chose de tellement menaçant pour leur autonomie qu'elle préfère s'y refuser. Ce refus du ou au désir de l'autre s'étend au refus et au rejet de leur propres désirs. Tout ce qui contribue à l'établissement d'un lien avec l'autre est progressivement désinvesti et détruit. Elles se replient sur elles-mêmes et se satisfont d'auto stimulations qui deviennent à terme (de façon inconsciente) autodestructrices.

Le trouble alimentaire semble constituer une alternative à la séparation avec ces familles d'origine soit trop intrusives (psychiquement et/ou physiquement) soit absentes ne permettant pas à l'adolescente ou au jeune adulte de se heurter aux limites. La recherche dans le couple d'une échappatoire à ces familles représente souvent un leurre puisque les conflits irrésolus et le poids du passé ne tarderont pas à se réactiver

⁷⁸Vincent Dodin et Marie-Lyse Testard, *Comprendre l'anorexie* (Seuil, 2004).

⁷⁹Ibid.

⁸⁰Nicolas Abraham et Maria Torok, *L'écorce et le noyau* (Flammarion, 2009).

dans les conflits de couple. Soit la patiente est souffrante et elle rejoue avec son conjoint ce qu'elle jouait déjà dans sa famille, positionnant ses proches dans une impuissance dont elle tire partiellement satisfaction par le contrôle qu'elle peut exercer. Soit le symptôme alimentaire n'est pas actif lors de la création du couple mais la souffrance latente de la patiente peut se réactiver lors de la réactivation des problématiques touchant à l'autonomisation et à l'individualisation.

D'autre part, nous allons voir à présent comment couple et famille d'origine se retrouvent inexorablement liés entre eux autour de la patiente souffrant de TCA. Ces couples en constitution auront bien du mal à poser des limites franches entre ce qui leur appartient et ce qui appartient au monde extérieur. Il s'agit pour la patiente de ne pas s'individualiser trop en tant que femme voire en tant que mère et de l'indifférenciation de ce qui appartient à sa famille d'une part et à elle (et donc à son couple) d'autre part. Pour la famille d'origine, l'acceptation voire même la phagocytose de ce conjoint est une façon de ne pas perdre leur fille et de continuer à exercer un contrôle sur leur progéniture.

5.2 Les familles d'origine envers les couples :

Les familles se montrent souvent ambivalentes par rapport aux conjoints des patientes souffrant de TCA. Il représente à la fois une source de sécurité et de ressource pour la famille mais également une menace vis à vis de leur sentiment de honte, latent, et du dysfonctionnement de la famille.

Ces familles peuvent se montrer soit très intrusives soit distantes et froides, souvent alternant entre les deux attitudes. Le processus de construction du couple devient vite secondaire et ce qui prend le dessus est d'assurer le maintien de la sécurité et de l'homéostasie de la famille. Le couple devient en quelque sorte « les parents » de la famille.

Quelles que soient les difficultés rencontrées dans le couple, la patiente a pour but de maintenir l'équilibre de sa famille. Demander de l'aide est dans ce contexte très compliqué puisqu'il veut dire admettre qu'un des membres de la famille ne va pas bien et donc risquer de se soumettre au jugement éventuel des autres. Dans ce contexte, la reconnaissance d'une souffrance et de la maladie semble remettre en cause toute la famille réactivant les failles en

lien avec leur système d'attachement et leur sentiment de honte. La transmission intergénérationnelle d'un attachement de type insécure met le couple dans une situation impossible. Leurs familles ne leur ont pas transmis les outils et la sécurité nécessaire à la construction d'une relation de couple basée sur la confiance et la sécurité.

Nous pouvons conclure de cette partie que les patientes souffrant de trouble alimentaire semblent venir de familles proches concernant l'ambiance familiale dans laquelle elles se sont construites. Cependant certaines études nous rapportent que les antécédents familiaux de types troubles dépressifs majeurs, troubles obsessionnels compulsifs et troubles alimentaires se retrouvent plus fréquemment chez les patientes anorexiques restrictives pures que chez les patientes mixtes ou boulimiques chez lesquelles l'environnement semble être un facteur plus important.

Ces patientes développent un mode d'attachement à l'autre de type insécure mettant en difficulté leurs liens de couple. Leurs familles d'origine continuent, même lorsqu'elles ont quitté le domicile familial, à tenir une place importante, psychologiquement et concrètement dans leur vie quotidienne. Elles dépassent les limites psychiques du couple et de leur intimité. Le symptôme alimentaire est inconsciemment validé par les familles d'origine, les angoisses se focalisant sur la patiente et permettant à chacun des autres membres de ne pas faire face à leurs angoisses ou à leurs conflits propres. Les patientes cristallisent leurs familles autour d'elle symbolisant ce qui va mal et soulageant les autres de ce travail psychique. Elles leur renvoient un sentiment d'impuissance et de culpabilité, en lien peut-être avec d'autres événements de vie dont le travail de deuil n'a pu être fait. Le symptôme alimentaire interroge et bouscule l'équilibre homéostatique de la famille poussant chacun de ses membres à se questionner sur le sens à donner à ce symptôme à la lumière des histoires de chacun et de leur histoire commune. De la même façon dans le couple, le symptôme alimentaire renvoie à la dimension relationnelle de l'histoire de leur union.

6 MALADIE MENTALE ET RELATION DE COUPLE :

Depuis plusieurs années, plusieurs hypothèses ont été proposées pour comprendre l'interaction qui existe entre la maladie mentale et les dysfonctionnements de couple : maladie mentale comme cause ou conséquence du dysfonctionnement de couple ? Quel rôle peut jouer le couple dans le déclenchement ou le maintien de la maladie mentale chez un des conjoints ?

Quatre propositions ont été données :⁸¹

- Une correspondance entre les deux conjoints concernant la maladie mentale.
- Un manque d'intimité et de satisfaction dans le couple.
- Un dysfonctionnement dans la communication.
- Des stratégies de résolution de conflits inadéquates.

6.1 Le couple :

6.1.1 Définition :

Selon I. Théry : « *La conception du couple a évolué de l'idée prérévolutionnaire du couple: chaînon entre deux lignages, caractéristique d'une conception chrétienne du mariage qui endiguait la sexualité et donnait tout pouvoir au père* », à *l'idée de couple symbiose, où chacun en devenant la « moitié » de l'autre se trouve autorisé à épanouir sa sexualité sous la légitimation du sentiment amoureux dans un mariage, toujours défini par sa visée procréatrice* ». ⁸²

J-G. Lemaire nous dit que la relation de couple est envisagée comme « *lien homéostatique entre deux sujets* ». ⁸³

En sachant que le taux actuel de divorce est de 40%, que les couples se séparent au fil des difficultés rencontrées et des efforts à fournir, nous sommes loin de la promesse chrétienne du

⁸¹Van den Broucke, S. et Vandereycken, W., *Eating Disorders and Martial Relationships*.

⁸²Collectif, *Nouveaux couples, nouvelles familles ?* (Erès, 2000).

⁸³Jean-Georges Lemaire, *Le Couple : sa vie, sa mort - La structuration du couple humain* (Payot, 1979).

mariage « pour le meilleur et pour le pire ». A ce jour, il semble que la moindre désillusion ou déception de la part de l'autre soit tellement insupportable qu'elle entraîne une séparation. Rester soi tout en étant à deux relève aujourd'hui d'un véritable défi, les tentations diverses et la culture du tout, tout de suite se développant à un grand pas.

G. Neyrand partage avec nous cette constatation: « *L'injonction à se réaliser comme valeur individuelle par excellence passe ainsi par la mise en avant du couple comme moyen privilégié de cette réalisation, même si la montée de la vie en solitaire et des séparations montre à quel point cet objectif peut non seulement paraître paradoxal, mais devient de plus en plus difficile à endosser* ». ⁸⁴Le couple serait donc une finalité en soi nécessaire à son développement et à son épanouissement personnel. Ou encore, les partenaires d'un couple seraient « *libres ensemble* ». ⁸⁵

Autrement, E. Cleyet-Marel nous explique que : « *Traiter de la question du couple c'est traiter de la question de la position de deux sujets qui sont en relations significatives l'un avec l'autre et institue ainsi une « corrélation de subjectivité »* » ⁸⁶ ». ⁸⁷On considèrera donc la relation de couple comme un lien à la fois qui « *aliène, enchaîne ou ligote* » et aussi qui « *rapproche ou unit* » deux sujets par un intérêt commun.

Selon plusieurs auteurs, la relation de couple peut être étudiée selon trois sphères interdépendantes: l'intimité, l'engagement et la passion. Ces 3 sphères seront définies de façon différente en fonction des écoles (TCC, Systémique ou psycho dynamique). ⁸⁸Ces trois sphères constitutives et constituant le couple interagissent en permanence et ne sont pas présentes avec la même intensité en même temps. Elles permettent une régulation de l'homéostasie du couple en s'équilibrant mutuellement à la fois sur le plan intra personnel et interpersonnel.

⁸⁴Collectif, *Dialogue, numéro 155 : Le Lien de couple et ses Paradoxes* (Erès, 2002).

⁸⁵De Singly, *Libres ensemble, l'individualisme dans la vie commune* (Nathan Université, 2000).

⁸⁶R. Kaës, *Souffrance & psychopathologie des liens institutionnels* (DUNOD, 1996).

⁸⁷Collectif, *Dialogue, numéro 155*.

⁸⁸Yvan Lussier et al., *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (Presses de l'Université du Québec, 2008).

6.1.2 Engagement :

La notion d'engagement renvoie au « *au choix, à l'intention et à la décision de s'investir et de persévérer au sein d'une relation* »⁸⁹. La différence du degré d'engagement peut entraîner des difficultés au sein du couple.

- ✓ Pour les praticiens de l'approche cognitivo-comportementale, la compréhension du couple se base sur les théories de l'interdépendance, chacun des membres du couple devient dépendant de l'autre pour trois raisons:
 1. Le haut degré de satisfaction ressenti de par le comblement des désirs et attentes sur le plan affectif, intellectuel et sexuel.
 2. Le sentiment qu'il n'y pas d'autres personnes à l'extérieur du couple pouvant remplir cette fonction.
 3. L'importance de l'investissement et des projets communs réalisés.

Cette description correspond aux bases de fonctionnement d'un couple « normal » présentant donc une dépendance « saine ».

- ✓ Pour les praticiens de l'école psycho dynamique, l'engagement renvoie aux « *dimensions éthiques et surmoïques de l'interaction conjugale* », à l'aspiration vers un idéal⁹⁰. Il s'agit également d'un sentiment de responsabilité mutuelle et de préoccupation vis à vis du bien-être du conjoint. Les défaillances du surmoi ainsi que les différentes variantes de l'idéalisation du conjoint peuvent alors représenter des pistes étiologiques des dysfonctionnements de couple rencontrés en pratique clinique⁹¹.
- ✓ Pour les praticiens relevant de l'école systémique, l'équilibre instable constituant un couple s'explique par un conflit entre les besoins de dépendance et d'autonomie⁹²⁹³⁹⁴.

⁸⁹Ibid.

⁹⁰Otto F. Kernberg, *Love Relations: Normality and Pathology* (Yale University Press, 1995).

⁹¹Ethel Spector Person, *Dreams of Love And Fateful Encounters: The Power of Romantic Passion*, 1^{er} éd. (American Psychiatric Press Inc., 2006).

⁹²M. Bowen, « The use of family theory in clinical practice », *Comprehensive Psychiatry*, 1966.

⁹³James L. Framo, Timothy T. Weber, et Felise B. Levine, *Coming home again: a family-of-origin consultation*

Ces deux besoins génèrent à la fois un conflit intra personnel mais également entre les deux partenaires lorsque survient une divergence trop importante et irréductible entre les besoins de chacun. Les deux protagonistes peuvent alors avoir recours à un tiers afin de soulager les tensions dans le couple.

Le couple échappe alors à la nécessité d'une réorganisation. La crise (au sens systémique du mot, signifiant le changement et non pas la cause du changement) ne peut donc pas avoir lieu. Pour J. Haley le couple s'équilibrerait autour d'un jeu de pouvoir et de contrôle.⁹⁵

6.1.3 Intimité :

La possibilité de l'émergence d'une intimité entre deux individus c'est à dire « *l'expérience momentanée de proximité affective, à la conscience provisoire de l'existence d'un lien unique, étroit et privé entre les conjoints* »⁹⁶ dépend de trois principaux facteurs : les traits de personnalité des conjoints, la communication et les patrons d'interactions, que nous décrirons plus loin.

- ✓ Pour l'école cognitivo-comportementale et suite à l'analyse topographique de conjoints en détresse, il s'agit d'évaluer et de travailler sur les « *habiletés d'expression de soi et d'écoute* ». Le répertoire interactionnel de ces couples se caractérise par un faible taux de conduites positives et un ratio élevé de comportements négatifs ainsi qu'une forte tendance à l'escalade.⁹⁷

Pour plusieurs spécialistes l'intimité constitue le moteur de l'engagement. Elle peut être définie comme « *un produit expérientiel résultant d'un processus transactionnel fondé sur deux composantes: le développement de soi et la réaction appropriée d'un partenaire* »⁹⁸ ou

(Psychology Press, 2003).

⁹⁴Minuchin, *Families and Family Therapy*.

⁹⁵J. Haley, « Marriage Therapy », *Archives of General Psychiatry*, 1963.

⁹⁶Lussier et al., *Manuel clinique des psychothérapies de couple*.

⁹⁷John Wright et al., « The clinical representativeness of couple therapy outcome research », *Family Process* 46, n°. 3 (septembre 2007): 301-316.

⁹⁸Jean-Philippe Laurenceau, Lisa Feldman Barrett, et Michael J Rovine, « The interpersonal process model of intimacy in marriage: a daily-diary and multilevel modeling approach », *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)* 19, n°. 2 (juin 2005): 314-323.

comme « *la révélation de pensées et émotions personnelles à quelqu'un autre* ».⁹⁹

Van den Broucke et al. définissent l'intimité en trois niveaux différents¹⁰⁰:

1. Sur le plan de la dyade, l'intimité recouvre le champ de l'interdépendance entre conjoints sur le plan affectif, cognitif et comportemental.
2. Sur le plan individuel, il s'agit de l'authenticité avec laquelle la personne peut être dans le couple, sa façon de s'ouvrir à l'autre.
3. Sur le plan social, le couple se détache du reste du groupe social avec une certaine exclusivité et une complicité qui établissent des frontières entre le couple et le reste du groupe.

Plus précisément, la révélation de pensées et d'émotions personnelles participerait à la création de l'intimité uniquement si ces informations sont reçues de façon « *comprises, validées et attentionnées* ».¹⁰¹

- ✓ Pour l'école psycho dynamique, chaque représentation de soi est associée à une représentation d'autrui associée également à un affect particulier. Par la répétition de la position dans laquelle se trouve le partenaire, s'inscrit un modèle d'interaction avec autrui. La dyade objectale va devenir dominante par la répétition et l'intensité des réactions émotionnelles engendrées¹⁰².

L'intimité dans le couple serait un des facteurs primordial à l'établissement d'une relation de couple de qualité, élément central du bien-être individuel de chacun des conjoints. Nous pouvons alors comprendre l'émergence du symptôme comme une fuite de ce qui pourrait menacer soit le conjoint dans son individualité soit la relation.

Dans le champ psychiatrique, le manque d'intimité a été corrélé à la dépression¹⁰³, aux

⁹⁹Irwin Altman et Dalmas Arnold Taylor, *Social penetration: the development of interpersonal relationships* (Holt, Rinehart and Winston, 1973).

¹⁰⁰Van den Broucke, S. et Vandereycken, W., *Eating Disorders and Marital Relationships*.

¹⁰¹Steve Duck, *Handbook of personal relationships: theory, research, and interventions* (John Wiley & Sons, 1997).

¹⁰²Kernberg, *Love Relations*.

¹⁰³Monica Ramirez Basco et al., « Communication and Intimacy in the Marriages of Depressed Patients », *Journal of Family Psychology* 6, n° 2 (décembre 1992): 184-194.

affections psychosomatiques¹⁰⁴ et aux abus sexuels¹⁰⁵.

Les idées générales concernant le couple dont un des membres souffre de TCA est que l'intimité y fait défaut. Il s'agit de couples dont au moins un des deux conjoints (en général la patiente) présente des difficultés à se confier à l'autre, alterne entre des comportements affectifs de proximité et un retrait relationnel, pouvant se montrer parfois tyrannique et fuyant souvent les relations sexuelles et les conflits. Ce qui est également observé est le lien maintenu avec la famille d'origine, lien qui rend difficile la délimitation des frontières de la dyade constituée par le couple.

L'étude de la possibilité de l'émergence d'une intimité entre deux êtres a amené les différents thérapeutes et/ou chercheurs à s'intéresser aux traits de personnalités des conjoints. En effet, l'étude de ces traits de personnalité permet de mieux évaluer la complémentarité des conjoints sur les plans affectifs, cognitifs et comportementaux. Utilisant le modèle de personnalité en cinq facteurs, certains auteurs ont démontré une relation étroite entre ces traits de personnalité et le degré de satisfaction éprouvée à court, moyen et long terme vis à vis de l'union.¹⁰⁶

Ce qui semble important ne sont pas tant les traits de personnalité pris individuellement mais plutôt l'interaction de ces traits de personnalité entre eux et comment après avoir conditionné le choix du partenaire, ils entretiennent (consciemment ou non) les dysfonctionnements conjugaux.

Afin que le sentiment de sécurité interne et de confiance en l'autre puisse être pérenne, chacun des partenaires doit pouvoir se livrer et se confier à l'autre, interrogeant leur capacité à communiquer, vecteur de l'intimité. Une répartition asymétrique des temps de parole et d'écoute entre les conjoints peut être signe d'une intimité en souffrance. Les rôles peuvent se cristalliser entre celui qui écoute et celui qui parle donnant lieu à une relation asymétrique, parfois observée dans les couples dont un des conjoints souffre d'une maladie mentale. Développer la connaissance de soi et de l'autre est le socle du développement de l'intimité. Le

¹⁰⁴E M Waring, « Measurement of intimacy: conceptual and methodological issues of studying close relationships », *Psychological Medicine* 15, n° 1 (février 1985): 9-14.

¹⁰⁵Marshall W.L., « Intimacy, loneliness and sexual offenders », *Behaviour Research and Therapy* 27, n° 5 (1989): 491-504.

¹⁰⁶M. Brent Donnellan, Dannelle Larsen-Rife, et Rand D. Conger, « Personality, Family History, and Competence in Early Adult Romantic Relationships », *Journal of Personality and Social Psychology* 88, n° 3 (mars 2005): 562-576.

conjoint a là une place privilégiée par ce qu'il est attendu de lui quantitativement et qualitativement¹⁰⁷. Les problèmes de couple apparaîtraient surtout lorsque la possibilité de se confier à l'autre et la qualité de la réponse en regard s'effondrent. Ainsi, nous pouvons comprendre qu'en présence de troubles de la personnalité, la communication et donc la création d'une intimité soit rendue plus difficile altérant ainsi la qualité de la relation.

Un haut degré de prédictibilité et de rigidité, des distorsions cognitives (attribution du comportement négatif du conjoint à des facteurs intrinsèques et attribution de son propre comportement négatif à des causes extérieures) ainsi qu'une réciprocité directe des interactions négatives ont été observées comme caractéristiques de communication des couples dysfonctionnant. Ces défaillances dans la communication ont été statistiquement liées à l'apparition et/ou maintien de pathologies psychiatriques.¹⁰⁸ Dans le cas des couples dont un des conjoints est déprimé, il semblerait que ce ne soit pas le trouble de la communication en soi qui soit lié à la dépression mais plutôt l'asymétrie et la non complémentarité entre les deux conjoints dans leurs modes de communication utilisés.¹⁰⁹

Afin d'étudier comment communique un couple, il a fallu étudier ce que les chercheurs appellent des patrons d'interaction, mode de communication rigide au sein duquel chacun des conjoints occupe un rôle stéréotypé et cristallisé.

- ✓ En psychothérapie de couple systémique, certains auteurs prennent en compte l'influence des facteurs culturels globaux et des dynamiques familiales sur les difficultés d'intimité rencontrées par les couples¹¹⁰.

Plusieurs patrons d'interaction peuvent être définis, nous ne détaillerons ici que le cycle poursuite-distance, le plus observé en clinique :

1. Un des conjoints en détresse cherche à se rapprocher de l'autre pour y trouver un réconfort et se rassurer. Il peut aussi tenter de trouver cette réassurance dans des

¹⁰⁷Laurenceau, Barrett, et Rovine, « The interpersonal process model of intimacy in marriage ».

¹⁰⁸J C Coyne, « Toward an interactional description of depression », *Psychiatry* 39, n°. 1 (février 1976): 28-40.

¹⁰⁹M Linden, M Hautzinger, et N Hoffmann, « Discriminant analysis of depressive interactions », *Behavior Modification* 7, n°. 3 (juillet 1983): 403-422.

¹¹⁰Bruce Michael Bongar, *Comprehensive textbook of psychotherapy: theory and practice* (Oxford University Press, 1995).

activités externes au couple.

2. Les comportements et réponses apportés à la détresse du conjoint intensifient chez les deux partenaires leur anxiété.
3. Le conjoint, las de ses tentatives de rapprochement vers l'autre se retire, se sentant humilié par ses demandes successives restées sans réponse. Les tentatives de triangulation s'épuisent.
4. Les tentatives de rapprochement du conjoint peuvent être « gratifiées » et permettre de retrouver un équilibre dans le couple. Si au contraire, les conjoints ne se retrouvent pas, les rôles se rigidifient et se cristallisent.

Ces types de comportement caractérisent une réponse d'attachement de type anxieux d'une part et évitant de l'autre. Chacun des membres du couple se sent contrôlé par l'autre.

Les autres cycles pouvant être rencontrés sont : le cycle retrait mutuel et le cycle attaque-attaque.

- ✓ En psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale, les patrons d'interaction sont définis selon trois axes : un thème unificateur, un processus de polarisation et un piège réciproque.¹¹¹

Les auteurs décrivent cinq thèmes principaux : proximité versus distance, contrôle versus responsabilité, je t'aime mais tu ne m'aimes pas versus c'est toi qui ne m'aimes pas, l'artiste versus le scientifique et la conventionnel versus le non conventionnel.

Chaque conjoint se situe de par son comportement à un des pôles du thème. Le processus de polarisation se traduit par le fait de vouloir faire changer l'autre et de le formater à ses attentes en fonction de ses idéaux. Chacun des conjoints se sent légitime dans ses demandes de changement aboutissant au piège mutuel où chacun se sent piégé et contrôlé. Ce mode de communication permet la stabilité du couple même s'il y a en apparence deux propositions ou demandes contradictoires. Le système du couple créé par chacun des conjoints est soumis à des règles rigides et à des cycles insoutenables. Les souffrances qu'ils subissent mutuellement

¹¹¹N.S. Jacobson et Andrew Christensen, *Integrative Couple Therapy: Promoting Acceptance and Change* (WW Norton & Co, 1997).

pourraient être comprises comme permettant de conforter l'autre dans ses croyances, étant plus économiques individuellement, d'un point de vue psychique, que d'amorcer un changement.

- ✓ En psychothérapie de couple d'orientation psycho dynamique, nous distinguerons trois approches conceptuelles un peu différentes :
- Le contrat interactionnel de C-J. Sager(1976) ¹¹²:

Il définit le mariage comme « *un amalgame d'ententes conscientes et inconscientes spécifiant les obligations de chacun au sein de la relation et les bénéfices que chacun espère retirer de l'union.* » C-J. Sager s'intéresse aux conflits intrapsychiques et relationnels concernant les thèmes suivants : indépendance/dépendance (capacité d'être autonome c'est-à-dire prendre soin de ses propres besoins mais également pouvoir accueillir l'amour de l'autre puisqu'il participe au sentiment de développement personnel), activité/passivité (être capable d'alterner entre une position de prise de décision et d'initiation de projets et une position de lâcher prise et de se laisser guider par les décisions de l'autre), proximité/distance (oscillation entre la capacité de se confier à l'autre et de recevoir des confidences personnelles de l'autre mais également protéger son espace personnel et se protéger d'un sentiment d'intrusion de la part du partenaire), dominance/soumission (question autour du pouvoir dans le couple, de sa distribution et des angoisses respectives de chacun dans le fait de l'avoir ou non) et masculinité/féminité (sentiment de sécurité par rapport à son identité sexuelle et le besoin d'être rassuré par l'autre). Le thérapeute essaie d'évaluer les désirs et peurs « inconscientes » de chacun des conjoints vis-à-vis de l'intimité.

C'est à travers « le contrat interactionnel commun » (espace psychologique) que chacun des conjoints va tenter d'atteindre ses objectifs et d'obtenir de l'autre qu'il satisfasse ses désirs.

¹¹²Clifford J. Sager, *Marriage Contracts and Couple Therapy: Hidden Forces in Intimate Relationships* (Diane Pub Co, 1994).

- Le processus de séparation/individuation d'E. Bader et P - T. Pearson(1988) ¹¹³:

En se basant sur les travaux de M. Mahler (1986)¹¹⁴, ces deux auteurs ont décrit cinq stades développementaux aidant à la compréhension des patrons dysfonctionnels conjugaux.

1. La symbiose :

Constituant le premier stade de développement, sa bonne intégration permet le développement et le maintien d'une relation saine. Les différences des conjoints sont, à ce stade, ignorées et refoulées, niées par les deux, et il existe une fusion physique et psychique des deux êtres. Chacun se voit tel qu'il voudrait être dans le regard de l'autre et voit en l'autre tout ce qu'il souhaite trouver dans un processus d'idéalisation et de clivage. L'échec d'évolution et la stagnation à ce stade peut donner deux situations :

❖ *La fusion et l'enchevêtrement ou couple enchevêtré :*

« Nous ne formons qu'un ». Les conflits sont en général évités. L'enfant symptôme (trouble alimentaire ou autre), une souffrance importante ou une maladie mentale (trouble alimentaire d'un des conjoints) peut être la raison de leur première rencontre avec un thérapeute.

❖ *L'hostilité associée à la dépendance ou couple hostile/dépendant :*

« Je ne peux vivre sans toi mais je ne peux vivre avec toi ». Les conflits sont quasi permanents au sein de ces couples qui oscillent entre la peur de quitter la relation et la peur d'être abandonnés. Ces couples sont souvent constitués d'un conjoint borderline et d'un conjoint narcissique. Le premier attendant de l'autre de combler tous ses désirs et d'apaiser ses angoisses alors que l'autre attend un renforcement narcissique de la part de son conjoint.

¹¹³Ellyn Bader et Peter T. Pearson, *In quest of the mythical mate: a developmental approach to diagnosis and treatment in couples therapy* (Psychology Press, 1988).

¹¹⁴Mahler, *La naissance psychologique de l'être humain*.

2. Le stade de différenciation :

Il s'agit d'une transformation dans sa perception de l'autre. Les processus de symbiose, d'idéalisation et de projection mis à l'œuvre dans le stade précédent font place progressivement à l'épreuve de réalité. L'autre n'est plus mis sur un piédestal et il est donné plus de place à la réalisation et à l'expression des besoins et des désirs de chacun. Le besoin d'être ensemble à tout prix ne constitue plus une priorité. L'entrée dans ce stade peut faire naturellement suite au stade de symbiose et/ou advenir lorsque les conjoints ressentent un ennui (exprimé ou non) et le besoin de s'ouvrir vers l'extérieur. L'accès à ce stade peut également être précipité par un événement extérieur nécessitant un remaniement au sein du couple. Les difficultés surgissent à fortiori lorsque les deux conjoints ne sont pas en adéquation par rapport à leur ressenti et à leur évolution dans la relation. Si un des conjoints est toujours dans la phase symbiotique, tandis que l'autre est en quête de différenciation et d'ouverture, les besoins de réassurance par le premier ne feront qu'être accentués et seront laissés sans réponse.

3. Le stade de pratique :

Stade faisant en général suite au précédent. Les désirs et les besoins de chacun prennent sens dans la réalité à travers une ouverture vers l'extérieur et une autonomisation. Les activités choisies visent un épanouissement personnel. Le développement personnel devient plus important que le développement de la relation de couple. Les conflits peuvent apparaître encore une fois lorsque l'un ou l'autre des conjoints se sent menacé soit parce qu'il n'en est pas à ce stade de la relation soit parce que les conséquences engendrées par cette nouvelle étape du couple suscitent des angoisses d'abandon trop importantes.

4. Le stade de rapprochement correspond au moment d'équilibre quand chacun des conjoints atteint son désir d'individuation et d'autonomie d'une part et son besoin d'intimité d'autre part.

5. Le stade d'interdépendance mutuelle qui définit et est défini par la constance de la relation ou encore quand : « le parfait se réconcilie avec le vrai ».

Les stades précédemment décrits ne sont pas découpés de façon aussi tranchée dans la réalité.

Chacun des conjoints et donc le couple qu'ils constituent fluctuent entre ces différentes positions. Leurs angoisses sont réactivées de façon aléatoire et imprévue, mues par des processus inconscients et ne répondant pas à des descriptions linéaires. Les événements de vie et les processus relationnels à l'œuvre ne peuvent pas être définis de façon chronologique. Il s'agit d'aller-retour et d'interactions permanentes au gré de la réactivation de conflits internes entrant en « collision » avec les conflits internes du conjoint et créant par là même de nouveaux conflits différents des problématiques personnelles initiales. Chacun des conjoints se voit progressivement façonné par les mêmes processus à l'œuvre chez son conjoint. Il s'agit donc d'établir et de comprendre comment les problématiques inconscientes non résolues chez chacun des conjoints viennent créer, alimenter et rigidifier les patrons d'interaction (devenant dysfonctionnels) altérant progressivement l'intimité au sein du couple.

- Les relations d'objet inconscientes d'O - F. Kernberg : ¹¹⁵

O-F. Kernberg s'est inspiré des travaux d'H-V. Dicks qui considèrent que les relations amoureuses doivent être analysées selon trois angles¹¹⁶: « *Les attentes mutuelles conscientes à propos de la relation, l'harmonisation et l'intégration de ces attentes aux normes culturelles ambiantes et enfin l'activité inconsciente, chez chaque partenaire, des relations d'objet issues du passé, lesquelles induiront dans la relation actuelle des rôles complémentaires façonnés par ses relations d'objet passées.* »

O-F. Kernberg a repris cette notion de patrons d'interaction passés et inconscients, se réactivant au sein du couple, rigidifiant et cristallisant les rôles de chacun des conjoints, limitant et paralysant le potentiel d'évolution et de création du couple. Il va de plus s'intéresser à la composante agressive jouant un rôle dans ces patrons d'interaction.

Il décrira donc trois axes d'étude du couple.

1. Idéalisation, formation de l'union et triomphe du couple :

Le choix d'un partenaire amoureux selon O-F. Kernberg repose sur une relation d'objet

¹¹⁵Kernberg, *Love Relations*.

¹¹⁶H V Dicks, « The proper study of mankind », *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 113, n°. 505 (décembre 1967): 1333-1344.

internalisée, plus ou moins consciente, mettant en jeu une représentation idéalisée du moi, une représentation idéalisée de soi et un affect (excitation sexuelle souvent).

La théorie d'O-F. Kernberg s'appuie sur la croyance d'un système composé d'une superposition de couches de relation d'objet. La relation amoureuse étant construite sur ce modèle, il existe donc probablement un deuxième niveau de représentation de son partenaire et de soi associé à un deuxième niveau d'affect moins évident dans un premier temps. Chaque conjoint a un système de représentation différent de son partenaire, créant ainsi deux systèmes se confrontant l'un à l'autre. Les « couches de représentation plus profondes » interagissent peu en début de relation laissant à la surface les couches d'idéalisation de soi et de l'autre teintant ainsi de perfection les faits et gestes de chacun. Comme décrit par d'autres auteurs précédemment cités, les partenaires voient chez l'un et l'autre ce qu'ils ont envie de voir occultant ainsi les choses déplaisantes et les défauts qu'ils n'ont pas envie d'accueillir comme une réalité. Les affects négatifs ressentis envers l'autre sont expulsés en dehors du couple au sein du groupe social. Celui-ci permet, en effet, la canalisation des affects agressifs nés de la frustration ressentie au sein du couple. Le groupe social constitue également un soutien voir un abri pour le couple dans les moments de doute ou de conflits. Le couple établit son identité en opposition aux valeurs conventionnelles. Le rôle de la famille d'origine est alors important puisqu'il faut, pour que le couple puisse se constituer une identité propre, que chacun des conjoints ait pu se séparer sainement de sa famille d'origine.

2. Développement de l'intimité et activation de l'ambivalence :

La constitution progressive d'une l'intimité entre deux êtres se complique de l'émergence d'affects négatifs envers son partenaire et surtout de leurs expressions à l'égard de l'autre. Le groupe social ne suffit plus à contenir cette ambivalence affective. Selon O-F. Kernberg, « *ces affects surgissent au fur et à mesure que les représentations de soi et d'autrui se teintent d'ambivalence* »¹¹⁷ ou, au moment où chacun des conjoints acquiert une meilleure connaissance des qualités et des défauts de son partenaire appelé stade de différenciation par Bader et Pearson par exemple. Cet accès à l'ambivalence libère les couches sous-jacentes à celle de l'idéalisation permettant l'émergence d'affects agressifs tels que la déception, l'irritation, la colère voire la rage. L'enjeu pour chacun des conjoints est de pouvoir accepter

¹¹⁷Kernberg, *Love Relations*.

cette ambivalence et de survivre au fait d'être déçu par l'autre. Celui-ci passe du statut d'objet partiel idéalisé, clivé, « tout bon » au statut d'objet total avec des bons et des mauvais côtés.

Une autre façon dont peuvent émerger ces affects agressifs, toujours dans le cadre du développement de l'intimité, peut être la réactivation et la répétition de relation d'objets et de scénarii relationnels inconscients et pathologiques. La réactivation de ces scénarii peut mettre en péril le développement et l'épanouissement de la sexualité et donc de l'intimité au sein du couple. O-F. Kernberg décrit de façon intéressante et parlante, en particulier pour ces patientes, que leur ambivalence par rapport à leurs parents peut donner naissance à une hostilité ou à un rejet de leur féminité et de leur sensualité. « *Ces expériences entraînent chez certaines femmes une propension à développer et à maintenir des relations amoureuses à saveur sadomasochiste* »¹¹⁸ se traduisant par un comportement auto sacrificiel et un sentiment de culpabilité important.

En thérapie de couple, la prise de conscience de l'infiltration de ces relations d'objet inconscientes dans la relation actuelle, permet une meilleure tolérance de l'ambivalence par rapport à l'autre et facilite l'approfondissement de la connaissance de soi et donc de la compréhension des fonctionnements de chacun dans le couple.

3. Triangulation et fixation pathologique des rôles :

Pour O-F. Kernberg toujours, le processus de triangulation est un phénomène touchant aussi bien les couples fonctionnels que dysfonctionnels et peut augmenter ou affaiblir l'intimité du couple.

La triangulation dite « directe » est une reproduction au sein du couple de la rivalité œdipienne. Elle se base sur le fantasme qu'a chacun des conjoints qu'il existe un autre partenaire du même sexe représentant le partenaire idéal. Ces fantasmes génèrent jalousie et insécurité émotionnelle mais également parfois « *un stimulant nécessaire pour vaincre certaines inhibitions sexuelles* »¹¹⁹.

¹¹⁸Ibid.

¹¹⁹Ibid.

La triangulation dite « inversée » est définie par le fantasme de l'existence d'un partenaire idéal du sexe opposé.

Dans cette configuration le thérapeute peut donc, dans le fantasme des deux conjoints, représenter à la fois le rival d'un des conjoints et le partenaire idéal de l'autre.

Dans les couples « heureux », les pulsions libidinales prédominent sur les pulsions agressives. Dans les couples dysfonctionnels, la flexibilité des positions de chacun des conjoints peut être entravée par les affects agressifs, donnant naissance à des rôles figés en général rejouant les scénarii relationnels des familles d'origine.

6.1.4 Amour et passion :

Commençons par une citation de S. Freud : « *Tendres et sensuels, les sentiments éprouvés par les partenaires ne ressemblent en rien aux affects éprouvés dans d'autres relations à deux.* »¹²⁰ Justifiant mon intérêt porté à l'amour du couple et à la compréhension de son fonctionnement.

Dans les concepts communs de la passion, on retrouve la recherche de plaisir et de fusion, la mutualité, la coordination de la sexualité et de l'intimité et enfin la puissance des réactions émotionnelles.

Avant de tenter d'en donner une définition, notons que l'érosion de la passion dans la relation de couple constitue un motif fréquent de consultation en psychothérapie de couple et que la diminution de la passion au sein des couples résulte en une absence de relations sexuelles dans près de 25% des couples.^{121 122} Cette atténuation de la passion et de l'émoussement du désir sexuel sont des signes de dévitalisation de la relation.

Une définition de la passion pourrait être « *une expérience multidimensionnelle complexe*

¹²⁰Sigmund Freud, *Essais de psychanalyse: Au-delà du principe du plaisir. Psychologie collective et analyse du Moi. Le Moi et le Ca. Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort* (Payot, 1966).

¹²¹Bongar, *Comprehensive textbook of psychotherapy*.

¹²²C.M. Meston et A. Bradford, « Sexual dysfunctions in women », *Annual Review of Clinical Psychology*, 2007.

dont les déterminants sont biologiques, psychologiques et sociaux »¹²³ et comprenant :

- ❖ Une puissante composante affective, centrée sur l'excitation sexuelle éprouvée dans le cadre d'une relation mutuelle.
- ❖ Des tendances comportementales naturelles d'approche et d'exploration verbales ou non verbales.
- ❖ Des répercussions sur l'identité de Soi et de l'Autre. La passion permet de se réorganiser. Ainsi l'absence de réciprocité de la passion peut mettre en danger le sentiment d'unité du Soi.

Les différents courants de pensée qui vont suivre vont permettre d'éclairer les divergences conceptuelles concernant la définition et la psychopathologie de la passion.

- ✓ Pour les théoriciens défendant le modèle sociobiologique, la passion peut être définie comme « *un système comportemental et motivationnel prééminent s'exprimant par des conduites sexuelles visant essentiellement l'accouplement, la reproduction, la dispersion du bagage génétique et la survie de l'espèce* »¹²⁴¹²⁵

La passion cimente la relation temporairement en attendant que l'engagement et l'intimité puissent se mettre en place. La passion serait alors quasi équivalente au désir sexuel.

Le modèle de l'attachement est défini par les théoriciens comme étant la résultante de l'équilibre entre systèmes comportementaux et motivationnels.¹²⁶ L'attachement sécurisant crée un contexte propice à l'engagement sexuel.¹²⁷ Réciproquement, la qualité de cet engagement sexuel accroît la satisfaction et la stabilité relationnelle.

Chez les individus sécurisés, (représentant 55% de la population) l'exploration sexuelle se fait dans le cadre des relations à long terme. Chez les individus anxieux-préoccupés, (représentant 20% de la population) l'attachement et la sexualité se coordonnent de façon très étroite,

¹²³Lussier et al., *Manuel clinique des psychothérapies de couple*.

¹²⁴D.M. Buss, « Individual differences in mating strategies », *Behavioral and Brain Sciences*, 1994.

¹²⁵J.A. Simpson, « Pair bonding as an organizational model for integrating research on close relationships », *Psychological Inquiry*, 1994.

¹²⁶G.E. Birnbaum, « Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women », *Journal of Social and Personal Relationships*, 2007.

¹²⁷Lussier et al., *Manuel clinique des psychothérapies de couple*.

entraînant une hyper activation du système d'attachement. Ils témoignent d'un besoin accru de proximité affective et de sécurité. La sexualité est utilisée pour moduler les angoisses d'abandon. Ce recours à la sexualité pour la réassurance, l'approbation et la proximité affective augmente les risques de violence physique, psychologique et sexuelle. Chez les personnes évitantes, (représentant 25% de la population) l'attachement et la sexualité fonctionnent comme deux systèmes motivationnels et comportementaux dissociés. En situation de stress, il existe une désactivation du système d'attachement. Les objectifs poursuivis sont d'établir une distance et de contrôler la relation pour réduire la détresse vécue. L'évitement de la proximité affective conduit à des réponses sexuelles diversifiées (l'abstention ou la masturbation permettant le maintien d'une distance physique dans la réalité ou bien la compulsion remplissant alors une fonction d'auto-réconfort). Ces individus expérimenteraient moins de plaisir et vivraient une sexualité dénuée d'émotions.¹²⁸ Cette sexualité sans passion amoureuse, permettant de maintenir une distance relationnelle avec l'autre, ne fonctionne pas à long terme et entraîne la solitude.

- ✓ Le modèle cognitif-comportemental se développe à partir des années 60, époque où les avancées médicales et les changements culturels élargissent la fonction de la sexualité au-delà de sa seule fonction de reproduction.

L'apparition d'un symptôme touchant à la sphère sexuelle s'explique et sera spécifique d'un patron de réponse biologique et de trois facteurs psychologiques (le moment où l'anxiété survient dans l'acte sexuel, le lien entre symptôme sexuel et l'intensité des conflits dans la vie conjugale et enfin l'impact et la façon de répondre à cette anxiété propre et spécifique à chacun). L'anxiété étant pour certains auteurs la première cause des dysfonctions sexuelles et de l'altération de la passion amoureuse.¹²⁹

- ✓ Le modèle systémique décrit la passion amoureuse comme une relation étroite entre la sexualité et l'intimité.¹³⁰

¹²⁸G.E. Birnbaum et H.T. Reis, « Women's sexual working models: An evolutionary-attachment perspective », *Journal of Sex Research*, 2006.

¹²⁹Helen Singer Kaplan, *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy* (Brunner/Mazel, 1979).

¹³⁰Susan H. McDaniel, *Casebook for integrating family therapy: an ecosystemic approach* (American Psychological Association, 2001).

Le conflit irrésolu de chacun des membres du couple entre le besoin à la fois d'autonomie et de dépendance entraîne l'affaiblissement de la passion amoureuse et l'émergence de difficultés sexuelles.

Un trouble dans la différenciation de soi (autonomisation, individuation) entraîne des doubles demandes paradoxales et contradictoires. Un des conjoints peut donc formuler des demandes ou des besoins sexuels qui paraissent contradictoires et les deux conjoints avoir des besoins qui semblent inconciliables. M. Elkaïm que nous avons cité précédemment décrit ce qu'il appelle le modèle de double contrainte réciproque; Le couple peut correspondre dans certains cas à ce modèle lorsque les conditions suivantes sont réunies:

- ❖ « *L'individu est impliqué dans une relation intense dans laquelle il est, pour lui, d'une importance vitale de déterminer avec précision le type de message qui lui est communiqué, afin d'y répondre d'une façon appropriée.*
- ❖ *Il est pris dans une situation où l'autre émet deux genres de message dont l'un contredit l'autre.*
- ❖ *Il est incapable de commenter les messages qui lui sont transmis, afin de reconnaître de quel type est celui auquel il doit répondre; autrement dit il ne peut pas énoncer une proposition méta communicative ».*¹³¹

Les deux partenaires refusent de mieux se connaître et d'admettre une différence entre soi et l'autre entraînant des attitudes figées et des difficultés à prendre en compte l'autre dans son altérité, ses désirs et ses besoins. Les conflits animant le couple permettent de réguler l'anxiété fusionnelle de chacun des partenaires, chacun refusant de reconnaître ses besoins d'autonomisation et/ou de dépendance propre.

- ✓ Dans le modèle psycho dynamique, représenté ici par O-F. Kernberg, la passion renvoie à un ensemble de relations d'objets internes plus ou moins conscientes mettant en jeu des couches superposées de représentations de soi et du partenaire liés par de puissants affects sexuels.

¹³¹Elkaïm, *Si tu m'aimes, ne m'aime pas.*

La psychopathologie de la passion peut donc se comprendre selon deux axes :

- ❖ L'activation de relations d'objet inconscientes nuisibles.
- ❖ L'affaiblissement de l'excitation sexuelle.

Par ailleurs, la capacité à ressentir du plaisir est définie par O-F. Kernberg par l'excitabilité diffuse de la peau.

D. Anzieu précise : « *Le Moi-Peau remplit la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle, surface sur laquelle, en cas de développement normal, des zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes reconnue et leur complémentarité désirée* ». ¹³²

La relation amoureuse peut être comparée à un état régressif important où se rejouent des affects archaïques inconscients et à travers eux la réactivation de relations d'objet vécues dans les premiers instants de vie (pathologiques ou non).

Une autre définition de l'amour peut être donnée par R. Coutanceau qui parle « *d'Amour-Passion* » et « *d'Amour-Relation* ». ¹³³Dans l'Amour-Passion, la passion renvoie au sentiment de complétude par l'autre, état symbiotique régressif, à l'image du lien précoce mère-enfant des premiers mois de vie. Un et Un ne font qu'Un, l'altérité n'a pas encore sa place. L'autre n'existe que comme support de projections des attentes du conjoint et réciproquement. L'autre dans sa singularité et ses désirs propres n'est pas reconnu. « L'Amour-Relation » quant à lui, est un amour plus mature où la singularité de chacun des partenaires est reconnue et où ils peuvent à deux créer un espace psychique nouveau de partage. Le deuil du comblement complet et permanent par l'autre a pu être dépassé et les différences reconnues comme constructives et non pas angoissantes et persécutrices. Ce passage de l'Amour-Passion à l'Amour-Relation peut être difficile pour certains puisqu'il faut, comme nous l'avons vu, être capable et donc suffisamment solide narcissiquement pour supporter la désillusion que l'autre n'est pas cette perfection projetée, qu'il ne pourra pas remplir totalement cet espace de vide en nous et qu'il ne sera pas toujours à la hauteur de nos attentes. L'illusion de pouvoir, en permanence, se rencontrer et se compléter parfaitement doit se heurter à la réalité et ainsi se

¹³²Didier Anzieu, *Le Moi-peau*, 2^e éd. (Dunod, 1995).

¹³³Roland Coutanceau, *Amour et violence : Le défi de l'intimité* (Odile Jacob, 2011).

moduler pour permettre au couple de continuer à fonctionner avec les réalités psychiques, désirs et attentes de chacun de ses membres.

Ainsi, divers auteurs de plusieurs écoles se sont interrogés et continuent à s'interroger sur comment définir le couple et ses constituants élémentaires. Quand peut-on parler de couples qui dysfonctionnent, selon quels critères théoriques ou cliniques ? La souffrance rapportée dans ces couples semble être un bon indicateur. En fonction de leur héritage familial (croyances ou mythes) ainsi que de leur structure de personnalité (et en particulier dans leurs liens aux autres) ont-ils les pièces nécessaires à la construction d'un édifice tel que le couple ? Sont-ils libres de leurs choix amoureux et donc de l'union qu'ils co-construisent ?

La relation de couple serait donc un lien qui à la fois « *aliène, enchaîne ou ligote* » ou encore « *un moyen privilégié de se réaliser comme valeur individuelle* », « *un amalgame d'ententes conscientes et inconscientes spécifiant les obligations de chacun au sein de la relation et les bénéfices que chacun espère retirer de l'union* ». La passion amoureuse représente donc une intégration harmonieuse de la sexualité et de l'agression. Elle serait présente à tous les stades de la relation amoureuse et repose sur une évaluation et une critique, de soi et de l'autre, en en reconnaissant les limites et les mystères. Elle peut se maintenir dans le temps si elle infiltre tous les aspects de la vie du couple c'est-à-dire la sexualité, l'intimité et l'engagement, trépied indispensable à la définition et à la construction de celui-ci. Nous pouvons comprendre comment dans les couples dont nous parlons, il peut être difficile d'établir ce trépied, les trois notions étant parfois teintées de croyances et de distorsions cognitives déformant la réalité et ses propos rendant difficile la création d'un espace psychique commun de partage et de création.

6.2 Les conjoints des patientes :

Nous venons donc d'étudier les caractéristiques des patientes en couple souffrant de TCA ainsi que les caractéristiques de leurs familles d'origine. Après avoir exposé les différents courants de pensée s'interrogeant sur le couple, quelles définitions peuvent lui être données ainsi que quels en sont les éléments garantissant un fonctionnement « normal », intéressons-nous

maintenant aux caractéristiques des conjoints des patients souffrant d'un trouble psychiatrique au sens large puis plus spécifiquement aux conjoints des patientes souffrant de TCA. Car s'il est vrai que celles-ci présentent des traits de personnalité, de par leur maladie, rendant compliqués voire impossible une vie de couple au sens où nous avons tenté de le définir ci-dessus, il est intéressant de s'interroger sur ce qu'il se passe du côté du conjoint. Les conjoints de patients souffrant de trouble psychiatriques présentent-ils eux-mêmes un trouble psychiatrique ou un trouble de la personnalité ? Ces couples sont-ils plus en souffrance que des couples en souffrance conjugale mais sans trouble psychiatrique chez les partenaires ? Les conjoints des patientes souffrant de TCA présentent-t-ils des traits de personnalité spécifiques, complémentaires des traits de leur partenaire ? Font-ils part d'une souffrance plus importante que les conjoints de patients souffrant d'une maladie mentale autre ? Il y a-t-il des domaines spécifiques de souffrance dans leur couple par rapport à la souffrance rencontrée dans les couples dont un souffre de maladie mentale ou bien dans les couples dysfonctionnant en dehors de la présence d'une maladie mentale ? Enfin, il y a-t-il une spécificité dans la constitution et la souffrance de ces couples nécessitant une prise en charge spécifique ?

6.2.1 Caractéristiques des conjoints de malades psychiatriques :

La similarité psychopathologique entre deux conjoints dont un souffre d'une maladie mentale ne semble pas faire consensus au regard des résultats contradictoires des différentes études de la littérature. Certaines sont en faveur de l'expression: « Qui se ressemblent s'assemblent » montrant une corrélation entre les traits de personnalité présentés par chacun des conjoints tandis que d'autres sont plus en faveur de l'étiologie pathogénique d'un conjoint sur son partenaire à l'origine du déclenchement d'une maladie mentale.

Dans le champ des addictions, le terme de co-dépendance est utilisé pour définir le fonctionnement d'un couple.¹³⁴ Les couples dont un des conjoints au moins souffre de dépendance à l'alcool ont été étudiés et il semblerait que le conjoint non alcoolo-dépendant deviendrait dépendant de son conjoint. En effet, ses traits de personnalité pourraient être définis par un manque d'estime de lui-même, un besoin irrépressible de contrôler la vie des

¹³⁴T L Cermak, « Diagnostic criteria for codependency », *Journal of Psychoactive Drugs* 18, n°. 1 (mars 1986): 15-20.

autres, de se sentir responsable pour eux et d'avoir besoin de leur approbation. Cependant les données ci-dessus ont été critiquées et nous pourrions aussi conclure que les traits de personnalité observés chez les conjoints de patients dépendants résultent du stress chronique vécu par ces premiers et ne pas constituer un trouble de la personnalité à proprement parler.

Selon une étude concernant les couples dont un souffre d'agoraphobie, il n'y aurait pas de concordance retrouvée entre les traits de personnalité de la patiente et ceux du conjoint allant à l'encontre de la première théorie (théorie de complémentarité) et étant donc plutôt en faveur de la deuxième théorie (pathogénique).¹³⁵

L'union complémentaire selon laquelle les conjoints se choisissent selon des critères de personnalité complémentaires ou similaires, entraîne des symptômes à terme chez l'un ou les deux conjoints. Les défenseurs de cette théorie se basent sur l'homologie retrouvée dans les couples concernant les critères physiques, sociaux et démographiques. Ils avancent aussi comme justification que l'interaction dans le couple ne peut pas, à elle seule, expliquer l'augmentation de prévalence des troubles psychiatriques chez le conjoint. Les deux conjoints souffrent de troubles de personnalité pathologiques (pré-morbides) entretenant ou déclenchant de par l'interaction de l'un avec l'autre les troubles de chacun (si chacun était sain au moment de l'union) ou bien exacerbant un trouble chez le conjoint considéré comme sain initialement mais qui finalement présente des traits de personnalité pathologiques. L'équilibre du couple est donc basé sur un processus pathologique. Chacun des conjoints agit selon des mécanismes défensifs de type projectifs et sensitifs. Les schémas de communication se font selon des interactions négatives entretenant les troubles de chacun. Chacun des partenaires, en proie à ses conflits propres irrésolus et à ses angoisses massives, tente de s'en défendre comme il peut et il reste peu de place à la création d'un espace psychique commun tant est fragile l'espace psychique de chaque individu. La mise en commun, l'échange et la capacité de se confier à l'autre sont d'autant plus difficiles que les constructions identitaires de chacun des conjoints est fragile. Comme nous avons pu le décrire, le trépied engagement, intimité et passion semble mis à mal par l'incapacité qu'a chacun des partenaires à se donner à l'autre synonyme de mise en danger, de risque de perte et d'effondrement.

¹³⁵W A Arrindell et P M Emmelkamp, « Psychological profile of the spouse of the female agoraphobic patient. Personality and symptoms », *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 146 (avril 1985): 405-414.

Au sein d'une union pathogénique, l'interaction entre un partenaire et son conjoint souffrant d'un trouble psychiatrique entraîne chez le premier des troubles psychiques ou du moins une instabilité émotionnelle. Le partenaire « malade » serait responsable de la souffrance psychique voir de l'apparition d'un trouble psychiatrique chez l'autre conjoint considéré comme sain. Ceux qui défendent cette théorie apportent comme justification que les différentes études qui ont montré une similitude de traits de personnalité entre conjoints n'ont pas réussi à démontrer une spécificité entre la présence d'un trait de personnalité et l'occurrence d'une maladie mentale. De plus l'incidence d'un trouble psychiatrique chez le conjoint augmente avec la durée du mariage allant dans le sens d'une pathogénie du trouble mental sur l'autre.

Ces deux théories sont importantes en particulier concernant le traitement et le pronostic de ces couples. En effet, dans la théorie de complémentarité nous nous attendons à ce que le conjoint « sain » ait des bénéfices à maintenir son partenaire malade et dans ce cas les chances de guérison semblent compromises ou du moins vont mettre en péril l'équilibre du couple. L'intrication entre maladie mentale et dysfonctionnement conjugal semble plus importante dans cette théorie. Les deux partenaires participent à l'élaboration, à la construction et à la pérennisation d'un couple en souffrance, celui-ci devenant le théâtre des problématiques personnelles. Dans l'autre théorie au contraire, nous nous attendons à ce que l'amélioration du patient s'accompagne d'une amélioration des symptômes du conjoint.

La revue de la littérature ne permet donc pas de conclure quant à une hypothèse d'alliance complémentaire ou pathogénique entre les conjoints souffrant de troubles mentaux. De par la chronicité des troubles, ainsi que la présence de traits de personnalité (personnalité pré-morbides parfois) chez le conjoint sain, il est très difficile de savoir si les deux conjoints se sont réunis autour de traits de personnalité dysfonctionnant, le conjoint malade favorisant l'éclosion de la maladie mentale chez l'autre (sur un terrain de prédisposition), ou bien s'il y a une réelle pathogénie du conjoint malade sur le conjoint considéré comme sain (théorie qui constitue une croyance importante). La discordance entre les résultats des différentes études montre bien la complexité de l'étude de la dynamique et de l'éventuelle souffrance d'un couple.

6.2.2 Caractéristiques des conjoints des patientes souffrant de TCA :

En plus de la souffrance engendrée par l'accompagnement au quotidien d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique, les conjoints des patientes souffrant de TCA se plaignent du manque d'intimité, de la froideur et de la distance (physique et émotionnelle) qui caractérisent leur relation.

Dans une revue de la littérature, C. Delbaere-Blervacque conclue que: « *toutes les études concluent la même chose: le niveau de détresse chez les proches de patientes souffrant de TCA est très élevé* ». ¹³⁶ Nous pouvons nous interroger sur la propre construction de personnalité de ces conjoints ainsi que sur leur part de responsabilité dans le maintien du trouble de leurs partenaires. Ce questionnement interroge la théorie de l'union complémentaire entre deux personnes au sein d'un couple.

Les données qui vont suivre visent à discuter si :

- ❖ L'incidence des troubles psychiatriques chez les conjoints des patientes souffrant de TCA est statistiquement significativement plus élevée que celle retrouvée chez les couples dans lesquels aucun des conjoints ne souffre de trouble psychiatrique.
- ❖ La concordance patient-conjoint retrouvée pour les autres troubles psychiatriques se retrouve également dans les couples dont l'épouse souffre de TCA.

La chronologie entre la constitution du couple et le début des troubles peut être un élément intéressant d'orientation quant à l'hypothèse pathogénique ou complémentaire du fonctionnement du couple. Lorsque la maladie existe préalablement à la constitution du couple, nous pourrions faire l'hypothèse que « *la femme se marie avec quelqu'un avec qui elle ne se serait pas mariée si elle n'était pas malade, pensant ne pas mériter quelqu'un de mieux* ». ¹³⁷ D'autres auteurs disent, de la patiente, qu'elle a : « *transféré ses conflits*

¹³⁶C. Delbaere-Blervacque, « L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches : une revue de la littérature », *Psychotropes* Vol. 15, n°. 3 (2009): 93-111.

¹³⁷ Andersen, *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*.

*d'adolescente sur son mari, mettant alors de la distance avec sa famille. Elle attend du mari qu'il soit fort, protecteur, compréhensif, aimant et sans désir; pensant uniquement à sa femme et à ses besoins. » et du mari qu'il a été choisi car : « en général immature sur le plan sexuel et émotionnel, ne demandant que ça de s'occuper de quelqu'un et en particulier de quelqu'un qui ne viendra pas menacer sa masculinité fragile ».*¹³⁸

Foster définit les conjoints des patientes souffrant de trouble alimentaire comme ayant un trouble de l'identité les rendant similaires à leurs femmes. Le niveau de confusion dans la construction du Soi semble similaire chez l'un comme chez l'autre. *« Alors que a patiente nie ces propres besoins et en particulier dans le champ médical dans lequel elle se met en danger, les deux partenaires ont beaucoup de difficultés à identifier, partager et articuler ensemble leurs pensées et émotions propres. »*¹³⁹ Il suggère que ces conjoints se satisfont de la relation car le symptôme alimentaire entretient leurs « faux-self ». L'attrait du conjoint pour une femme malade s'expliquerait aussi par le besoin de maintenir sa propre estime de lui-même à travers les soins qu'il peut lui apporter.¹⁴⁰

Le choix amoureux semble donc répondre aux besoins et aux angoisses des deux partenaires. Le moindre évènement portant atteinte à l'image idéalisée que chacun doit tenir dans le couple semble mettre ce dernier en difficulté. Le symptôme peut alors émerger ayant pour rôle de maintenir l'homéostasie du couple.

Deux grandes études (Dally¹⁴¹ et Lacey¹⁴²) ont étudié les personnalités des conjoints des patientes souffrant de TCA :

Dally a étudié 50 patientes anorexiques et leurs conjoints et conclut que, de façon générale, les époux rencontrés étaient des *« hommes immatures, qui doutaient de leur habilité à satisfaire et à retenir l'affection de leurs femmes et dont les attentes du mariage étaient irréelles »*.

¹³⁸Peter Dally, Joan Gomez, et A. J. Isaacs, *Anorexia nervosa* (Heinemann Medical Books, 1979).

¹³⁹Neil S. Jacobson, *Clinical handbook of marital therapy* (Guilford Press, 1986).

¹⁴⁰M.J. Barrett et R. Schwartz, « Couple therapy for Bulimia », *Family Therapy Collection* 20 (1987): 25-39.

¹⁴¹Dally, « Anorexia tardive--late onset marital anorexia nervosa ».

¹⁴²Lacey, « Homogamy ».

De façon plus précise, il distingue trois groupes d'hommes :

- ❖ Dans plus de 50% des cas, le conjoint est décrit comme : *« passif sur le plan émotionnel et sexuel, détestant entrer en conflit avec sa femme et faisant tout pour l'éviter. Il veut être proche, accepté et aimé mais il rend cela de plus en plus difficile pour sa femme en attendant d'elle d'être une femme qu'elle n'est pas. Une part de lui aime que sa femme soit malade. Il comprend qu'elle soit malade. Il peut s'en occuper et elle dépendra de lui. Tôt ou tard, il comptera sur le fait que sa femme soit malade pour assurer la stabilité de leur couple. Il y a une mutualité conjointe et une co-dépendance. »*
- ❖ Dans 30% des cas, le conjoint a des capacités de changement plus importantes que dans le premier groupe. Dans ce groupe, *« il n'accepte pas passivement la maladie de sa femme. Il est en colère contre elle de ne pas pouvoir manger avec lui. S'il n'y a pas de changement (guérison), le conjoint peut se séparer et abandonner la relation ou bien se détacher, sur le plan émotionnel, de sa femme et hyper investir un autre domaine de sa vie comme le travail. »*
- ❖ Dans 20% des cas, les hommes sont plus vieux et entretiennent une relation asymétrique avec leur femme avec une distribution inégale du pouvoir, infantilisant leurs femmes. Ils sont décrits comme *« gentils et aimants tant que leurs femmes font ce qui est attendu d'elles. Elles ne peuvent pas avoir de vie pour elle. Tout ce qu'elles sont ou font constitue une extension de ce que sont leurs maris et de ce qu'ils désirent. C'est à ce prix que l'équilibre de la relation peut être maintenu ».*

Pour Dally, le choix du conjoint est un facteur pronostic et en particulier s'il appartient à la première catégorie, dans ce cas facteur de mauvais pronostic.

Par ailleurs Lacey, dans son étude concernant 112 patientes et leurs conjoints, conclut que: parmi ces 112 patientes, 73 patientes (65%) avaient un partenaire sexuel. Les conjoints venaient de la même origine socioéconomique que leurs épouses et étaient globalement plus âgés. Ils présentaient dans la majorité des cas un surpoids et 27% souffraient d'un trouble alimentaire. Par ailleurs, 40% souffraient d'une addiction à l'alcool., 25% des conjoints avaient un antécédent de trouble psychiatrique, 25% ont été élevés avec des parents au

premier degré souffrant d'un trouble psychiatrique, 12% avaient une mère ou une sœur souffrant de trouble du comportement alimentaire, 37% des patientes disaient utiliser un homme de confiance et dans 11% des cas la relation était violente.

Cette étude appuie la théorie de l'association entre personnes similaires, concordant également avec des études précédentes montrant que les conjoints des patientes boulimiques avaient tendance à être malades à leur tour lorsque leurs femmes guérissaient du trouble du comportement alimentaire. Dans une autre de ses études, l'auteur décrit les conjoints des patientes boulimiques comme ayant des difficultés pendant et après le traitement de leur partenaire et que beaucoup d'entre eux souffrent de troubles psychiatriques et/ou psychosomatiques¹⁴³.

Deux études de S. Van den Broucke et al. se sont intéressées d'une part à la souffrance psychologique des maris des patientes souffrant de TCA et d'autre part à la qualité de la relation de ces couples comparée à celle de couples dont un des membres souffre de trouble anxieux ou dépressif¹⁴⁴. Ces études concluent que les hommes mariés à des femmes anorexiques ou boulimiques ont plus de troubles de personnalité voire de troubles psychiatriques que les hommes témoins, de façon similaire à ce qui a été retrouvé concernant les conjoints de personnes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs. Il n'y a pas de différence significative concernant la souffrance recueillie auprès des conjoints de patientes souffrant de TCA d'une part et des conjoints des patientes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs d'autre part.

6.3 Souffrance dans le couple :

Comment comprendre la souffrance qui survient dans certains couples, et en particulier lorsqu'il existe une maladie mentale?

Certaines études proposent un modèle interactif^{145 146} : Plutôt que de présenter le conjoint

¹⁴³J H Lacey, « Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome », *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 286, n°. 6378 (mai 21, 1983): 1609-1613.

¹⁴⁴Van den Broucke, S. et Vandereycken, W., *Eating Disorders and Marital Relationships*.

¹⁴⁵S.W. Duck, « Relationships as unfinished business: out of the frying pan and into the 1990's », *Journal of Social and Personal Relationships* 7 (1990): 5-28.

¹⁴⁶Kurt Hahlweg et N.S. Jacobson, *Marital Interaction: Analysis and Modification*, illustrated edition. (Guilford

comme architecte ou victime de l'autre partenaire, nous pouvons voir le couple comme un modèle dynamique dans lequel les deux partenaires interagissent en permanence rendant difficile la détermination de ce qui est la cause ou la conséquence de la souffrance.

Concernant la dépression, il semblerait que ce soit l'insatisfaction de la relation plus que le trouble de l'humeur en soi qui soit à l'origine du modèle d'interaction dysfonctionnel observé.¹⁴⁷

Une autre étude concernant cette fois le lien entre la satisfaction conjugale et la satisfaction de l'image du corps conclut que « *le degré de satisfaction dans le couple est inversement corrélé au degré d'insatisfaction de son image corporelle c'est à dire que plus la femme semble insatisfaite avec son image corporelle plus elle est insatisfaite de sa relation conjugale.* »¹⁴⁸

Dans les couples TCA, nous notons une discordance entre les réponses aux questionnaires données par le conjoint d'une part et par la patiente d'autre part ce qui peut être expliqué partiellement par le déni des troubles, fréquent chez les patientes. Cependant la divergence d'évaluation entre la patiente et son conjoint peut aussi témoigner d'un manque d'intimité important. Les patientes souffrant de TCA et leurs conjoints diffèrent dans leur évaluation de la qualité de leur relation affective (évaluée plus négativement par le conjoint que la patiente) et en particulier concernant le comportement de la patiente envers son conjoint (celui-ci perçoit plus négativement que la patiente le comportement ou remarques de cette dernière envers lui). Contrairement à ce qui avait pu être démontré dans d'autres études, les résultats montrent que les patientes anorexiques arriveraient mieux que des couples témoins sains à évaluer leurs conjoints. Cependant le dysfonctionnement semble se tenir plus sur la façon dont ils communiquent que sur le contenu de la communication lui-même.

Selon la définition de l'approche groupale d'un point de vue psychanalytique : « *elle s'adresse à tout groupement d'individus, quel qu'en soit le nombre, investissant le groupement comme une unité distincte des individus qui le composent* », la souffrance survient quand les productions résultant de l'appartenance au groupement menacent l'homéostasie du sujet. Le

Publications, 1984).

¹⁴⁷Karen B. Schmaling et Neil S. Jacobson, « Marital Interaction and Depression », *Journal of Abnormal Psychology* 99, n°. 3 (août 1990): 229-236.

¹⁴⁸M A Friedman et al., « Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction », *The International Journal of Eating Disorders* 26, n°. 1 (juillet 1999): 81-85.

choix du partenaire se ferait en fonction d'un héritage infantile.¹⁴⁹ Ainsi la défaillance de l'un serait attendue voire choisie en particulier son insuffisance à combler l'autre. Le choix du partenaire répond à des règles de protection, de défense ou encore de pulsion. L'exclusion des conflits permettrait au partenaire de rester dans le cadre des bons Objets. L'histoire du couple serait une succession de cycles de répétition formés de clivages idéalisés et de phases de deuil.

Lorsqu'une crise survient dans le couple, il y a plusieurs manières d'y faire face : soit l'agressivité et le désinvestissement entraînent la rupture, soit l'investissement intensif d'un tiers permet de détourner les conflits du couple, soit la « re-crédation » d'un couple après avoir fait le deuil de ce qui avait été projeté et idéalisé est possible. La désillusion peut être brutale et souvent l'impact de la déception est à l'image de l'intensité des projections et de l'idéalisation. En fonction de la stabilité et de la solidité narcissique de l'individu il sera plus ou moins difficile de le rassurer et de remplir cet espace chez lui. Plusieurs manières sont possibles pour trouver réassurance auprès de son partenaire créant des modèles de fonctionnement de couple: « *par addition* » : l'autre représentant l'Idéal du Moi ou « *par soustraction* », le choix inconscient de son partenaire se fait selon « *un défaut ou une insuffisance spécifique.* »¹⁵⁰

La peur de l'intrusion par l'amour excessif de l'autre peut amener l'individu à se construire un système de pare-excitation constitué d'activité sociale ou autre permettant « *avec des tiers très investis d'écarter toute fusion et de limiter la relation en y introduisant une distance.* »¹⁵¹ C'est ce que nous pouvons retrouver dans les couples dont la femme souffre de TCA, lorsque la famille d'origine reste très investie, lui permettant de ne pas investir l'espace du couple comme entité représentante de son indépendance et de son autonomie. Elle peut continuer à être fille au sein de sa famille, contrastant avec la position d'épouse puis de mère qui lui est difficile de se représenter et donc d'assumer. « *Le conflit et le combat se situent là où chacun des partenaires refuse de reconnaître en l'autre sa spécificité propre.* »¹⁵² « *Chaque partenaire aurait envie d'imposer à l'autre le style, les principes de vie de son milieu et le modèle objectal inconscient qui lui sont propres. La confrontation est douloureuse car le narcissisme*

¹⁴⁹Lemaire, *Le Couple*.

¹⁵⁰Ibid.

¹⁵¹Ibid.

¹⁵²Collectif, *Dialogue*, numéro 155.

*apparaît lié à une dette envers les propres parents et leur relation sentimentale. La conséquence est parfois la surdité et l'aveuglement de l'autre. C'est une tentative d'éviter le partage psychologique de fantasmes et de composantes du moi des deux partenaires. »*¹⁵³

Comme nous l'avons déjà évoqué et traité, les angoisses de séparation et de perte représentent un élément central de la problématique de ces patientes et donc probablement de ces couples. J. Haley souligne à quel point il peut être difficile d'admettre que le lien est volontaire (en particulier pour le sujet en conflit) et de reconnaître son angoisse face à l'inconnu de « l'après séparation ». Les désirs d'éloignement l'un de l'autre voire de séparation sont niés et donnent place à un lien paradoxal entre les conjoints.

Ainsi dans cette partie, nous nous sommes intéressés successivement aux caractéristiques des conjoints de patients souffrant d'une pathologie psychiatrique, et plus spécifiquement à celles des conjoints des patientes souffrant de TCA, puis nous avons étudié la souffrance dans ces couples, son lien avec la maladie mentale et le rôle que peuvent jouer les traits de personnalités des deux partenaires.

Nous avons donc vu que les conjoints des patientes souffrant de TCA témoignent d'un degré de souffrance similaire aux conjoints des patients souffrant de troubles dépressifs et/ou anxieux et que cette souffrance est plus importante que dans le groupe témoin. Ils présentent également un taux de maladie psychiatrique ou du moins de troubles de personnalité supérieur au groupe témoin (conjointes de patientes TCA et conjoints de patients souffrant d'autres troubles psychiatriques ne diffèrent pas). Cependant les conjoints des patients souffrant de TCA semblent souffrir moins que les conjoints d'un couple qui dysfonctionne mais dont les conjoints ne présentent pas de maladie mentale.

Les couples dont la femme souffre de TCA souffrent d'un manque d'intimité et d'un manque de communication. Leurs schèmes de communication sont dysfonctionnels plus en ce qui concerne la façon de communiquer que concernant le contenu des conflits. Ils sont insatisfaits de leurs relations sexuelles de la même façon que les couples dont un membre souffre d'un autre trouble psychiatrique.

¹⁵³Eiguer, *Clinique psychanalytique du couple*.

La souffrance peut être vue comme un processus dynamique né de l'interaction dysfonctionnelle entre deux psychismes à priori en souffrance sur le plan individuel. Les fonctionnements de l'un et l'autre rentrent en coalition et suscitent des angoisses massives en lien avec des failles narcissique à l'origine de mécanismes de défense pouvant mettre en péril l'individu dans un premier temps et le couple dans un deuxième temps. Le manque de communication efficace (au sens de servant à résoudre des conflits) et le manque d'intimité entretenu par ce manque de communication amènent le couple à s'affronter au cours de conflits de plus en plus importants ou bien à s'éloigner l'un de l'autre dans une indifférence douloureuse.

Nous examinerons ci-dessous la prise en charge de ces couples à savoir : comment accueillir la souffrance des proches et en particulier celle des conjoints? De nombreuses études se sont intéressées à la souffrance des proches des patientes souffrant de troubles psychiatriques et en particulier de ceux vivant aux côtés des patientes souffrant de trouble alimentaire et concluent à une souffrance importante empreinte de culpabilité, de honte et d'un sentiment d'impuissance¹⁵⁴¹⁵⁵¹⁵⁶¹⁵⁷ Les proches témoignent également d'un manque d'information par rapport à la maladie.

La question d'impliquer ces proches, comme co-thérapeutes ou encore comme accompagnants dans la prise en charge de ces patientes s'est donc posée aux thérapeutes devant le témoignage de cette souffrance. Comment les impliquer ? A visée psycho-éducative ? En leur proposant une prise en charge individuelle en leur qualité de proches de personne malade ? Ou bien encore en impliquant que leurs propres caractéristiques individuelles pourraient avoir un lien avec l'émergence, le maintien ou même la résistance à la guérison de leurs conjoints, enfants ou autres proches concernés ?

¹⁵⁴J Treasure et al., « The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36, n°. 7 (juillet 2001): 343-347.

¹⁵⁵Jenna Whitney et al., « Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study », *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 187 (novembre 2005): 444-449.

¹⁵⁶C. Delbaere-Blervacque, « Trouble du comportement alimentaire et addiction : les besoins des proches », *Psychotropes* Vol. 16, n°. 3 (2010): 139-160.

¹⁵⁷Delbaere-Blervacque, « L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches ».

7 PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :

De façon générale, la prise en charge d'une patiente souffrant de trouble du comportement alimentaire, débutera comme toute autre évaluation diagnostique par un entretien médical. Les antécédentes familiaux et personnels en particulier psychiatriques seront recueillis ainsi que l'histoire de la maladie et les symptômes actuels.

Concernant la prise en charge plus spécifique des patientes mariées, nous avons vu précédemment que le trouble du comportement alimentaire se complexifie de souffrance conjugale en lien avec un défaut d'intimité, un trouble de la communication, un évitement du conflit et des difficultés sur le plan sexuel.

Comme nous l'avons déjà décrit précédemment la souffrance psychologique des conjoints vivant avec une patiente souffrant d'un TCA joue un rôle dans l'évolution, le maintien ou la guérison du trouble du comportement alimentaire. Les mécanismes de fonctionnement du couple sont importants à évaluer afin de mieux comprendre la dimension relationnelle du trouble alimentaire et les enjeux qu'il révèle au sein du couple.

La question se pose de ce qui constitue le lien entre les deux conjoints. Nous pouvons faire l'hypothèse que le lien est basé sur la permanence du conflit. Si celui-ci disparaît, il emporte avec lui l'unique terrain d'alliance et de partage du couple. Face à de tels conflits, sur quel terrain intervenir ? Que devons-nous préserver ou au contraire bousculer ? A quel prix faut-il laisser entrevoir les dysfonctionnements et le mode relationnel sur lesquels fonctionne le couple ? Au prix parfois de la séparation en vue d'une plus grande liberté de chacun ? Encore faut-il que chacun des partenaires se sente prêt à vivre et à supporter cette aventure qui les emmène vers leurs limites et conflits psychiques propres et les oblige à se repositionner par rapport à eux-mêmes et à ne plus prendre l'autre comme surface de projection de ce qu'ils ne veulent pas voir en eux. Ce travail psychothérapeutique de couple peut permettre de faire prendre conscience à chacun de l'interdépendance mutuelle dans laquelle ils évoluent.

Une façon de définir notre travail peut être illustrée par la définition qu'en donne Annie de Butler ¹⁵⁸ : « *On dit souvent que le travail thérapeutique consiste à aider les deux personnes*

¹⁵⁸Collectif, *Souffrances à deux*, numéro 145 (Erès, 1999).

du couple à reprendre les parts psychiques de soi-même déposées dans l'autre pour que puisse progresser le processus d'individuation, de différenciation et d'autonomie au sein de l'amour. »

M. Cassen nous dit également que : *« Si la famille fait partie du problème, elle fait aussi partie de la solution. »*¹⁵⁹

C. Delbaere-Blervacque parle du travail de deuil nécessaire pour le proche du patient, deuil de leur vie commune qui ne sera plus jamais la même. L'idée d'accompagner le proche serait alors de soulager sa propre souffrance (en améliorant par exemple ses stratégies d'adaptation) par rapport à cet événement traumatique que représente accompagner quelqu'un en souffrance psychique.

Le score à l'échelle de santé générale est plus élevé pour les accompagnants de patientes souffrant de TCA que pour les proches de patients psychotiques signifiant une souffrance plus importante. Les thématiques de culpabilité et honte sont plus importantes dans le groupe TCA pointant donc des spécificités dans la souffrance des proches de patientes souffrant de TCA et nécessitant une prise en charge adaptée.¹⁶⁰

Ainsi il semble ressortir nettement des différentes études qu'il existe une souffrance importante des proches accompagnants les patientes souffrant de TCA. La place du conjoint, sa souffrance ainsi que sa « participation » au trouble ont été peu étudiés de façon spécifique. Que pouvons-nous leur proposer?

Après avoir exposé les différentes raisons d'impliquer le conjoint, nous détaillerons l'exemple des prises en charge de couple au sein desquels un des conjoints souffre de dépression, de toxicomanie ou de TCA, à la lumière du courant cognitivo-comportemental. Enfin nous verrons ce que les différents courants de psychothérapie de couple proposent comme prise en charge et en particulier dans le champ psychodynamique.

¹⁵⁹Myriam Cassen, « Dynamiques familiales et conduites addictives : l'exemple des toxicomanies », *Le Journal des psychologues* 254 (2008): 57.

¹⁶⁰Treasure et al., « The experience of caregiving for severe mental illness ».

7.1 Les différentes raisons d'impliquer le conjoint :

Depuis de nombreuses années, le symptôme trouble alimentaire a été compris, par certains auteurs ou thérapeutes, comme exprimant un dysfonctionnement au sein de la famille et/ou du couple. Il s'agirait donc de modifier les interactions dans ces systèmes afin que la maladie puisse guérir.

Cependant, si nous pouvons conclure à une souffrance dans les couples dont un des conjoints souffre de TCA, nous ne pouvons conclure qu'une thérapie de couple soit indiquée, de façon systématique, dans la prise en charge de ces patientes. Cette indication dépend de l'évaluation faite au cours des entretiens de couple et surtout de la demande de ce dernier par rapport aux difficultés rencontrées. Nous pensons cependant que l'implication du conjoint, quelle que soit la modalité utilisée, est indispensable afin de lui permettre d'accompagner de façon ajustée sa compagne ainsi que de lui donner un espace personnel d'expression de sa souffrance.

- Apporter du soutien :

Il s'agit d'apporter du soutien au conjoint qui souvent traverse des émotions diverses et angoissantes telles que la culpabilité, la honte, l'isolement ou la frustration. Il n'a souvent pas beaucoup d'occasion ou d'espace pour exprimer ses émotions et l'entretien de couple peut permettre cela. Il sert à rassurer et à informer sur la maladie afin de lui permettre de rester présent de façon constructive auprès de sa conjointe. D'autre part, certains proches se verront soulagés de pouvoir compter sur une prise en charge médicale pour se décharger du poids qu'ils portent souvent seuls et ce depuis plusieurs mois voire plusieurs années. Les proches peuvent devenir co-thérapeutes au sens où ils ont eux aussi des tâches (dans le cadre d'une prise en charge de type cognitivo-comportementale) à faire à la maison en essayant de réorganiser les temps d'intimité partagés dans la sphère conjugale ou familiale.

Il s'agit donc de décentrer le trouble alimentaire des sujets de conversations et de conflits et de pouvoir vivre les choses différemment. D'autres difficultés en lien avec la dimension relationnelle du trouble pourront peut-être s'exprimer, être échangées et ainsi permettre une avancée dans la prise en charge.

- Aider le conjoint à comprendre le trouble du comportement alimentaire :

Une étude qualitative du ressenti des personnes proches des patientes souffrant de TCA décrit que: les accompagnants, bien que comprenant le caractère chronique et handicapant de la maladie, se sentent coupables et impuissants.¹⁶¹ La souffrance rencontrée par les personnes accompagnant au quotidien les personnes souffrant de TCA peut être expliquée en partie par le manque d'information et d'éducation à la maladie entraînant parfois des attitudes inadaptées.

De ce fait, des programmes d'éducation à la maladie peuvent aider les accompagnants à mieux appréhender et comprendre la maladie. Comme nous l'avons vu, les stratégies d'adaptation développées par les proches sont souvent dysfonctionnelles en ce sens qu'elles entretiennent voir aggravent (de façon inconsciente) le trouble alimentaire. Une meilleure information sur le trouble alimentaire est une première étape dans le réajustement du conjoint par rapport au trouble de sa conjointe.

- Établir une alliance thérapeutique avec le conjoint :

Nous ne pouvons pas travailler avec la patiente sans l'aval de ses proches et dans notre cas du conjoint. En effet, si la patiente sent que son conjoint est réticent à la prise en charge, il sera difficile pour elle de se positionner différemment par rapport aux soins, prise dans un conflit de loyauté.

Afin de pouvoir s'investir dans la prise en charge le conjoint doit pouvoir se sentir accueilli et écouté dans sa propre souffrance. La peur du jugement de l'autre est souvent importante et il peut être encourageant et rassurant pour le conjoint de se l'entendre nommer. Nous pourrions donc soutenir, rassurer et valider la difficulté que représente vivre avec une personne en souffrance psychique et/ou présentant une maladie mentale.

- Préparation aux changements engendrés par la guérison :

A la guérison de la maladie, l'équilibre précaire du couple doit se réajuster. Andersen décrit les

¹⁶¹Whitney et al., « Experience of caring for someone with anorexia nervosa ».

différentes difficultés que peut rencontrer le couple à l'issu de la guérison : ¹⁶²

- ❖ Augmentation de la confiance en soi de la part de la patiente menaçant l'équilibre du couple.
- ❖ Expression brutale de sentiments de colère voir de haine de la part de la patiente, réprimés depuis longtemps, renvoyant au conjoint le sentiment d'être inutile et de ne pas être aimé.
- ❖ Expression de colère de la part du conjoint.
- ❖ Demande de séparation ou de divorce de la part d'un des deux conjoints.

Il est très difficile pour les patientes d'abandonner leur restriction alimentaire ou leurs comportements de purge. Elles ne connaissent pas la vie sans ça et ne savent pas comment faire autrement. Nous leur demandons d'abandonner ce qui les sécurise et ce qui leur permet, selon elles, de rester vivantes. Aussi mortifère que cela puisse paraître, le vide qu'elles rencontrent lors du sevrage de ces conduites alimentaires est pour elles tout aussi effrayant. Le conjoint, prévenu de ces angoisses rencontrées par la patiente au cours de sa guérison, devra donc s'adapter et tenter d'y répondre avec ses ressources propres. Les attentes de la patiente en seront modifiées nécessitant chez son conjoint une volonté et des capacités d'adaptation.

7.2 Exemple de prise en charge de couple pour les troubles psychiatriques tels que la dépression et les conduites addictives :

Seize études ont examiné, de façon empirique, l'efficacité de la thérapie conjugale pour traiter la maladie mentale d'un conjoint, co-morbide à la détresse conjugale : 6 études pour la dépression, 7 pour la toxicomanie et 2 pour les dysfonctions sexuelles.¹⁶³ Nous ne traiterons ici que des exemples de prise en charge dans la dépression et dans la consommation de substances psychoactives.

¹⁶² Andersen, *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*.

¹⁶³ Lussier et al., *Manuel clinique des psychothérapies de couple*.

7.2.1 L'exemple de la dépression et de sa prise en charge au sein d'un couple en souffrance :

Concernant la dépression, toutes les études indiquent que la thérapie conjugale est aussi efficace que la thérapie individuelle dans la réduction des symptômes de la dépression mais plus efficace que celle-ci dans la diminution de la détresse conjugale.

Une étude rapporte que la thérapie conjugale apporte un plus dans le cas des couples dont un des conjoints souffre de dépression mais sans détresse conjugale. Elle serait plus efficace, seule, dans le cas des couples dont un des conjoints souffre de dépression et qui est en détresse. Ainsi le traitement privilégié dépendrait du niveau de détresse du couple et plus précisément du lien fait par le couple entre le dysfonctionnement de couple et la dépression.¹⁶⁴ Une autre étude nous dit que « *presque 50% des femmes déprimées sont maritalement insatisfaites et qu'environ 50% des femmes insatisfaites maritalement sont déprimées.* »¹⁶⁵

Deux types de thérapies différentes sont proposés et indiquées pour les couples en fonction de la prédominance relative des symptômes dépressifs et de l'intensité de la souffrance conjugale.

*« La thérapie maritale comportementale (TMC) a pour objectif l'augmentation des comportements positifs et des récompenses entre les partenaires, la réduction de la fréquence des interactions aversives et l'amélioration de la communication et des habiletés de résolution de problèmes. Ce type de thérapie serait efficace et spécifique dans les cas assez graves au plan de la détresse maritale. »*¹⁶⁶ Le changement au niveau de la satisfaction conjugale s'expliquerait par l'amélioration des symptômes dépressifs.¹⁶⁷ Pourtant, la TMC serait plus efficace sur le degré de satisfaction maritale qu'une prise en charge par thérapie

¹⁶⁴Neil S. Jacobson et al., « Marital Therapy as a Treatment for Depression », *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, n°. 4 (août 1991): 547-557.

¹⁶⁵Steven R.H. Beach et al., *Depression in Marriage: A Model for Etiology and Treatment* (Guilford Publications, 1990).

¹⁶⁶Donald H. Baucom et al., « Empirically Supported Couple and Family Interventions for Marital Distress and Adult Mental Health Problems », *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, n°. 1 (février 1998): 53-88.

¹⁶⁷Jacobson et al., « Marital Therapy as a Treatment for Depression ».

cognitive individuelle.¹⁶⁸ Ces mêmes auteurs précisent que « *la thérapie maritale vise en premier lieu à améliorer la qualité de la relation et, comme on a pu le voir, c'est par un effet médiateur de celle-ci que la dépression est soulagée.* »

Lorsque la souffrance conjugale n'est pas au premier plan, un autre type de thérapie, la thérapie de couple pour dépression (TCD), peut être proposée, combinant deux approches: la thérapie comportementale individuelle pour la dépression et la thérapie behaviorale intégrative pour couples (TBIC).¹⁶⁹ Ce type de thérapie cible avant tout la symptomatologie dépressive. Le conjoint sain sert de co-thérapeute ou aidant dans la prise en charge individuelle de la dépression du conjoint déprimé. Les auteurs précisent donc que cette thérapie pourrait être « *favorisée chez les couples chez qui la dépression précède les problèmes maritaux et dans les cas où ces derniers ne sont pas perçus comme les moteurs centraux de la dépression.* »

Les deux types de thérapie se basent sur la théorie cognitivo-comportementale suivant donc un modèle de ce type à savoir : « *définition des règles de bases comme la non-violence, l'entente préétablie sur la disponibilité ou non du thérapeute, l'évaluation de la souffrance conjugale et de la symptomatologie dépressive, aider le partenaire sain à attribuer certaines difficultés à la dépression elle-même plutôt qu'à l'hostilité ou à un manque de collaboration de la part du partenaire déprimé, décrire les symptômes de la dépression et de montrer spécifiquement leur impact sur le fonctionnement marital et enfin le thérapeute propose des attentes d'amélioration positives et réalistes.* »¹⁷⁰

La première phase de la TMC vise à rétablir les échanges positifs dans le couple en renforçant la cohésion maritale, l'estime de soi et en réduisant ou éliminant les stressors maritaux récurrents et aigus. La deuxième phase vise à restructurer la relation maritale en encourageant l'expression et l'acceptation des émotions, en augmentant les échanges intimes et la confiance, en améliorant les habiletés de résolution de problème dans le couple ainsi que la confiance en la relation et l'engagement perçu. La troisième et dernière phase, vise à se préparer à la fin de la prise en charge.

¹⁶⁸S.R. Beach et K. O'Leary, « Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy », *Behavior Therapy* 23, n°. 4 (1992): 507-528.

¹⁶⁹Neil S. Jacobson et Andrew Christensen, *Integrative couple therapy: promoting acceptance and change* (Norton, 1996).

¹⁷⁰Wright et al., « The clinical representativeness of couple therapy outcome research ».

La TCD s'organise autour de quatre objectifs: unir le couple dans une même perspective par rapport à la dépression, augmenter la flexibilité comportementale des partenaires ainsi que l'efficacité pour gérer les situations aversives et enfin promouvoir l'exploration active de la relation et de l'environnement.

En conclusion, la thérapie maritale est efficace pour réduire la symptomatologie dépressive ainsi que la souffrance conjugale. En fonction de l'intensité des symptômes présentés et du champ dans lequel ils se manifestent le thérapeute proposera soit la TMC, soit la TCD. La TMC sera proposée aux couples dont un des conjoints souffre de dépression et pour lesquels, soit la détresse maritale précède la dépression, soit parce que l'intensité de cette détresse est relativement importante par rapport aux autres facteurs de dépression. La TCD sera proposée dans les autres situations.

7.2.2 L'exemple de la toxicomanie et de sa prise en charge au sein d'un couple en souffrance :

Concernant les couples dont un des conjoints est aux prises avec une consommation inadaptée de substances psychoactives (SPA) et plus spécifiquement d'alcool, la thérapie conjugale s'est avérée très efficace, voire plus efficace que la thérapie individuelle pour le conjoint toxicomane.¹⁷¹¹⁷² Elle permet d'augmenter la satisfaction conjugale des deux partenaires ainsi que de diminuer les risques de séparation et de divorce.

Est-ce la consommation qui cause la détresse psychologique et conjugale ou est-ce l'inverse? Les quantités à partir desquelles apparaissent les problèmes de santé mentale associés à la prise de substance varient selon les personnes. En général les personnes souffrant de troubles liés aux SPA présentent également des comorbidités psychiatriques et en particulier des troubles de l'humeur, des troubles anxieux ainsi que des troubles de la personnalité de type antisociale. Les problèmes de consommation entraînent une augmentation des difficultés conjugales qui, à leur tour, viennent exacerber la consommation inadaptée. Il existe donc une

¹⁷¹M.E. Edwards et P. Steinglass, « Family therapy treatment outcomes for alcoholism », *Journal of Marital and Family Therapy*, 1995.

¹⁷²T.J. O'Farrell et W. Fals-Stewart, « Alcohol abuse », *Journal of Marital and Family Therapy* 29 (2003): 121-146.

circularité entre la satisfaction conjugale et la consommation même si à ce jour aucune étude ne peut conclure à une relation de causalité entre la détresse conjugale et la consommation.

Les études sur l'efficacité des thérapies auprès des couples alcooliques indiquent que les thérapies qui intègrent les conjoints sont plus efficaces que celles n'incluant pas le conjoint non alcoolique, particulièrement en ce qui a trait à la réduction de la consommation.¹⁷³ Plusieurs hypothèses permettent d'expliquer l'efficacité supérieure de la thérapie conjugale à la thérapie individuelle dans la prise en charge de ces problématiques. Tout d'abord, le cadre de la thérapie conjugale permet de mettre à jour certaines interactions entre les partenaires qui agissent, soit comme déclencheurs de la consommation, soit comme conséquences de celle-ci. Elle permet également au couple de faire face ensemble à la problématique de consommation leur donnant un objectif commun de cohésion plutôt qu'un objet de confrontation. Enfin, la thérapie permet de réajuster les questions de pouvoir et de contrôle au sein du couple en déplaçant la problématique de la symptomatologie addictive d'un conjoint au dysfonctionnement de couple concernant donc les deux conjoints.

Les différentes problématiques rencontrées au sein de ces couples tournent autour de la satisfaction ou plutôt autour de l'insatisfaction conjugale, leurs problèmes de communication et de résolutions de problèmes, leur sexualité et le risque de violence conjugale. La consommation peut par exemple être un principe organisateur de la vie du couple et de la famille, ce que nous pouvons retrouver dans les familles dont un membre souffre de TCA.

*« Cette adaptation à l'inadaptation n'est pas sans impacts négatifs sur la qualité de vie du couple et de sa famille. »*¹⁷⁴

Plusieurs interventions au sein de ces couples sont possibles. Nous distinguerons la thérapie d'intervention brève d'une part et la thérapie au moyen ou au long cours d'autre part. Notons que 50% des grands buveurs problématiques changent sans traitement, après une prise de conscience des conséquences négatives de leur consommation sur leur vie et sur celle de leur couple.¹⁷⁵ W.R. Miller et S. Rollnick propose un exemple d'interventions brèves basées sur

¹⁷³Ibid.

¹⁷⁴Edwards et Steinglass, « Family therapy treatment outcomes for alcoholism ».

¹⁷⁵D. Acier et L. Nadeau, « La rémission sans traitement: état de la question pour une consommation problématique d'alcool », *Annales médico-psychologiques*, 2006.

l'entrevue motivationnelle.¹⁷⁶ Si l'intervention brève reste inefficace ou que le couple désire poursuivre la prise en charge, il peut lui être proposé la thérapie conjugale centrée sur la consommation. Ce modèle de thérapie appartient au modèle de thérapie cognitivo-comportementale comprenant donc les aspects psycho-éducatifs, les travaux à la maison ainsi que les autres techniques caractéristiques de cette approche. Les interventions peuvent viser : la diminution et la stabilisation de la consommation, l'amélioration de la relation de couple et enfin le maintien à long terme des changements. Les différents types d'intervention ne se suivent pas nécessairement de façon chronologique et des allers retours sont fréquents entre les différentes interventions en fonction de l'avancée des conjoints ainsi que des diverses résistances éventuelles.

En conclusion, la prise en charge du couple dans la prise en charge des patients consommateurs semble efficace tant sur le plan individuel que sur le plan de la dyade. En général la confiance, l'engagement et l'intimité s'en trouvent renforcés.

7.3 Objectifs des entretiens de couple: exemple de la prise en charge selon la TCC dans les TCA :¹⁷⁷

Le premier objectif est de recueillir le vécu du conjoint par rapport à la maladie. Seront évalués les stratégies d'adaptation développées par le conjoint ainsi que le niveau de souffrance psychique, de ce dernier, engendré par la maladie. Cet entretien ouvre un espace au conjoint afin qu'il puisse exprimer ses émotions à un tiers sans peur de jugement.

Les études réalisées nous montrent que les conjoints des patientes souffrant de TCA présentent une souffrance psychologique importante. D'autre part, ils présentent dans un certain nombre de cas non négligeable, des traits de personnalité voire des troubles psychiatriques. Le deuxième objectif de ces entretiens est donc d'évaluer l'existence, chez le conjoint, d'un trouble psychiatrique primaire ou secondaire à la confrontation chronique avec la maladie de sa conjointe.

En troisième objectif, le thérapeute peut évaluer directement (questions) ou indirectement

¹⁷⁶W.R. Miller et S. Rollnick, *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*, Guilford. (New York, 1991).

¹⁷⁷Van den Broucke, S. et Vandereycken, W., *Eating Disorders and Marital Relationships*.

(gestion du conflit, schémas de communication, témoignage d'affection) la qualité de la relation de couple.

Le thérapeute essaiera grâce à ces trois objectifs d'identifier quel rôle tient le symptôme dans le couple. L'interaction entre la maladie mentale et la souffrance conjugale est une notion dynamique se renvoyant perpétuellement l'une à l'autre créant un cercle vicieux. Comme nous l'avons déjà dit il est très difficile voire impossible de pouvoir définir une relation de cause à effet entre la maladie et la souffrance au moment où nous rencontrons ces couples. Le couple, s'il ne s'est pas construit sur des bases fondatrices dysfonctionnelles, a du moins bâti un édifice fragile et instable à partir des ressources et failles de chacun des conjoints. Au thérapeute d'en comprendre son architecture ainsi que ce qui peut être remis en question et quand. L'acceptation ou non par la patiente et son conjoint de ces entretiens de couple renseigne (de façon indirecte) sur leur investissement possible dans la prise en charge. Le refus du conjoint (constituant une résistance) à venir en entretien peut être une façon de nous dire qu'il ne souhaite pas que nous fassions mieux que lui. Nous pouvons alors faire l'hypothèse qu'il tient un rôle de « sauveur » ou du moins soignant dans le couple et qu'il est difficile pour lui de prendre conscience et d'accepter son impuissance, quoique normale.

Lors des entretiens de couple, le thérapeute va cibler un certain nombre d'éléments plus spécifiques à la prise en charge des couples dont un des conjoints souffre de TCA : ¹⁷⁸¹⁷⁹

- L'importante de la nourriture, de l'apparence et de l'exercice physique :

En général, nous observons que la question de la nourriture et du poids occupent la quasi-totalité des conversations et sont souvent sources de conflits.

Prenons l'exemple de Mlle R., c'est elle qui fait toutes les courses et qui prépare les repas. Son conjoint est à côté d'elle et la regarde. Ils ne mangent pas la même chose, voire souvent Mlle R. ne mange pas et le regarde manger. Son conjoint nous dira lors des entretiens que ça ne le dérange pas, qu'il a progressivement compris ce que lui expliquait Mlle R. à savoir qu'elle avait déjà mangé, ou bien ne se sentait pas bien, ou bien encore qu'elle ne pouvait pas manger

¹⁷⁸D. Blake Woodside, *Eating disorders and marriage: the couple in focus* (Psychology Press, 1993).

¹⁷⁹Van den Broucke, S. et Vandereycken, W., *Eating Disorders and Marital Relationships*.

certaines aliments (illustrant par là le rationalisme morbide auquel elle se raccroche). Ils font parfois du sport ensemble bien que celui-ci a progressivement abandonné toutes ses activités sportives. Elle dira plus tard, dans la prise en charge, avoir eu pourtant l'impression de ne lui avoir rien demandé.

- Conséquences du trouble du comportement alimentaire sur la relation :

Il est fréquent de constater que les conjoints ne voient pas le trouble de leur partenaire. De par sa chronicité, le trouble fait partie intégrante de la vie du couple. Lorsque le trouble est présent au moment de la constitution du couple, nous pouvons faire l'hypothèse que le conjoint ne peut ou ne veut pas voir.

Dans le cas de Mlle R., son ami semble s'être habitué et accommodé au trouble si bien qu'il ne se rend plus compte de ce qui est la normalité. Celle-ci continuant ses activités professionnelles correctement, il ne s'en inquiète pas. Juste avant la demande de soins, elle est cependant beaucoup plus fatiguée et ne peut plus aller travailler ni sortir. Elle a par ailleurs des douleurs musculaires importantes obligeant son ami à la masser des heures avant qu'elle puisse s'endormir. Ce sont ces changements de comportement qui l'inquiètent et non sa maigreur effrayante! Les patientes poursuivent souvent pendant très longtemps leurs activités habituelles. Elles justifient leur état de santé en rationalisant si bien que les proches finissent par ne plus oser rien dire ou à se convaincre qu'effectivement « tout va bien » comme elles le disent très souvent. Les parents remarquent éventuellement un repli sur soi, une tristesse, un ascétisme nouveau mais la vie au quotidien se réorganise progressivement autour des exigences de la patiente en se disant que ce n'est qu'un passage (en particulier au moment de l'adolescence où les liens sont conflictuels et les attentes et désirs changeants). De la même façon, le couple se réorganise autour du trouble alimentaire et le conjoint ne peut pas imaginer une telle maladie. Les prétextes sont nombreux pour justifier une restriction ou une sélection alimentaire, le conjoint validant parfois inconsciemment les choix de la patiente. Il faut plusieurs mois voire plusieurs années pour que le retentissement du trouble alimentaire, son caractère tyrannique et aliénant, se fasse sentir sur la relation. En effet, la perte de poids, le manque de sommeil, l'anxiété permanente vécus par la patiente engendrent à terme une intolérance à la frustration, une instabilité émotionnelle, des troubles de la concentration un sentiment à la fois de rejet par l'autre mais aussi de dépendance accrue et insupportable renforçant les troubles.

- L'histoire de la relation amoureuse :

La question qui semble importante est quand et comment les deux partenaires se sont choisis? Lorsque le trouble alimentaire (et en particulier pour l'anorexie) est parlant symptomatiquement, préalablement à la rencontre et à l'union des deux partenaires, le choix amoureux questionne, de façon encore plus forte du côté masculin, les enjeux narcissiques et libidinaux d'une telle union. En effet, la traduction du trouble par la maigreur questionne les représentations et identifications féminines et masculines chez l'homme. Nous pouvons supposer, dans une perspective psycho dynamique, que les deux conjoints ont fait des choix inconscients répondant à des conflits irrésolus remontant à leur enfance et/ou à l'adolescence et en particulier dans les domaines de l'autonomie. Comme nous l'avons déjà évoqué, le conjoint a pu choisir une partenaire malade afin de répondre à ses fantasmes de sauveur et la patiente choisir un conjoint protecteur et compréhensif. La complémentarité de ces choix peut expliquer le maintien du symptôme voire son aggravation dans des moments de crise afin de maintenir l'homéostasie du couple. Dans ce cas, l'amélioration du trouble alimentaire met en danger l'équilibre sur lequel fonctionne le couple. La partie de la prise en charge concernant la préparation à la guérison paraît alors fondamentale. Les capacités de changement du conjoint sont à ce stade particulièrement importantes.

Quel a été le facteur d'attraction initial ? Comment ont-ils décidé de faire de cette relation une relation amoureuse exclusive ? Et comment ont-ils décidé de se marier ?

Dans l'histoire de Mlle R. et son conjoint, le choix de la patiente s'est tourné vers un homme qui devait l'éloigner de sa famille car très différent du milieu socio-culturel de sa famille. Bien que la revue de la littérature nous apprend qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives concernant les caractéristiques psychologiques entre les maris des patientes chez qui le trouble était présent au moment de l'union et les autres, la question reste entière de « qu'est-ce qui pousse un homme à choisir comme épouse une femme souffrant d'un trouble mental et en particulier d'un trouble alimentaire » ? Quelle représentation de la femme ont ces conjoints qui choisissent une femme affichant une maigreur importante et chez qui tous signes de féminité sont niés ? Cela questionne le rapport qu'ont ces conjoints à leur propre représentation corporelle, à celle de leurs imagos parentaux et bien sûr à leur sexualité.

L'amélioration clinique de Mlle R s'accompagne d'un questionnaire concernant son couple,

ses attentes et ses désirs. Au même moment, son ami ne semble pas vouloir de changement particulier et il continue de dire qu'il ne veut rien faire sans elle. Elle questionne progressivement son amour pour lui en tentant d'en trouver une définition. Elle devient en capacité de désirer autre chose que ce que lui propose son conjoint et leur couple ne répond plus aux représentations qu'elle pouvait en avoir.

- La relation avec les familles d'origine :

Ici se pose la question des frontières posées entre le couple et leurs familles d'origine respectives. Il s'agit d'évaluer la dynamique familiale dans les familles respectives des conjoints et de définir la relation actuelle entre le couple et ces familles. Nous évaluerons le degré d'autonomisation des deux conjoints par rapport à leurs familles d'origine. Parfois, bien que le couple soit loin géographiquement, les deux partenaires n'ont pas acquis un degré d'autonomisation suffisant à la construction d'un couple.

Dans le cas de Mlle R., nous avons dit précédemment qu'elle avait peut-être fait le choix amoureux de son ami car il était très différent des caractéristiques de famille d'origine et pensait donc s'en éloigner en créant un conflit. Cependant, cet ami a été très vite et très bien intégré dans la famille de Mlle R. Ils passent beaucoup de temps tous ensemble et la famille de Mlle R. témoigne de beaucoup d'affection envers son conjoint. Il est plus compliqué d'aller dans la famille de celui-ci. La patiente rapporte ne pas être acceptée par celle-ci et dit ne pas souhaiter s'y rendre ne s'y sentant pas bien. A noter l'ambivalence probable de la patiente concernant la famille de son conjoint donnant lieu à des ressentis et propos divergents concernant les visites dans ces familles. La famille du conjoint est éloignée géographiquement, contrairement à celle de Mlle R., il est donc « plus facile » de se rendre dans sa propre famille. Au cours de la prise en charge, elle dira que sa famille et son conjoint tenaient à maintenir les rendez-vous dominicaux alors qu'elle n'y tenait pas trop. D'ailleurs certaines permissions (lors de l'hospitalisation) permettront à la patiente de ne pas se rendre dans sa famille mais d'investir d'autres activités pouvant lui procurer du plaisir. Ils en profiteront pour aller passer un week-end à Paris.

Dans le cas de Mme G., c'est le mari de la patiente qui viendra mettre au jour l'intrusion permanente de la famille de la patiente dans leur vie quotidienne, interférant avec des décisions ne devant concerner que Mme, son couple et éventuellement leurs enfants. Mme G

n'a pas pu se séparer de ses parents et en particulier de son père envers lequel elle maintenait une grande ambivalence. Les enfants tiennent une place importante dans ce conflit puisqu'elle refuse de les donner à garder à ses parents (donc à leurs grands-parents). Paradoxalement, beaucoup des décisions les concernant étaient prises par les parents de Mme G.

Toujours concernant les familles d'origine, nous nous intéresserons aux événements de vie traumatiques rencontrés par ces familles. A la fois afin de comprendre comment la question du deuil, de la perte et de l'adaptation aux cycles de vie est gérée et vécue par ces familles. Mais également pour donner la possibilité aux « fantômes du passé » de s'exprimer. A cet effet, les génogrammes sont intéressants pour établir une cartographie de la famille et des liens qui les unissent les uns aux autres. C'est un outil dynamique qui peut être réutilisé et modifier au cours des entretiens en fonction des différents événements de vie émaillant la prise en charge ainsi que de l'émergence de « souvenirs oubliés ». Ils permettent de replacer le couple dans son contexte social, familial et historique avec les événements de vie et de mort qui ont ponctué la vie de tous les intervenants. Les dynamiques de fonctionnement et les répétitions éventuelles au cours des générations peuvent s'inscrire dans une matérialité représentant une constance dans le temps et dans l'espace, psychique en particulier.

- La communication et les résolutions de conflits :

En général, les couples dont un membre souffre de trouble du comportement alimentaire, communiquent mal entre eux et ont tendance à éviter le conflit. Une des étapes de la thérapie de couple est alors d'établir les émotions et pensées de chacun concernant le trouble alimentaire et de pouvoir les partager dans un endroit neutre et bienveillant en vue de faciliter les échanges et la libre expression.

C'est ce qui sera proposé à Mlle R. et à son conjoint. Cependant, aucun réel échange authentique ne peut se faire autour du trouble, les deux conjoints ayant des difficultés voire une impossibilité à mettre en commun leur espace psychique personnel, soulignant d'autant plus le manque d'intimité au sein de leur relation.

Dans le cas de Mme G., les entretiens de couple ont permis au mari d'exprimer sa souffrance et de souligner le lien pathologique unissant sa femme à ses propres parents.

- La relation sexuelle :

Sujet difficile à aborder en entretiens de couple et en particulier dans le cas particulier du trouble alimentaire.

Les patientes boulimiques semblent avoir une activité sexuelle plus développée que les patientes anorexiques. Ces dernières, du fait de leur perte de poids (déséquilibres hormonaux), de la mauvaise image qu'elles ont d'elles même ainsi que de leur peur de relation intime (sexuelle en particulier), ne ressentent, en général, plus de désir sexuel. A noter que la présentation androgyne des patientes anorexiques (étant donné leur difficulté voire l'impossibilité dans laquelle elles se trouvent de s'identifier à une image féminine) peut satisfaire le conjoint peu sûr de lui et se sentant effrayé par une féminité trop affirmée.

Dans l'exemple du cas de Mlle R., le couple a cessé toute activité sexuelle rapidement après leur union. La patiente n'y voit pas de problème mais de façon plus inquiétante encore son conjoint ne s'en plaint jamais et ne demande aucun changement ce qui questionne beaucoup sur les éléments concernant sa propre sexualité, sa représentation du couple, de lui-même et de sa conjointe.

- Fertilité, grossesse et parentalité :

L'infertilité en lien avec le trouble alimentaire permet au couple de ne pas se confronter à la question du désir d'enfant. Le symptôme peut constituer par là un refuge permettant aux conjoints de ne pas se confronter à la question de la parentalité et en particulier à faire face aux responsabilités et au degré d'autonomie nécessaire à ce projet. Si le couple a des enfants, nous nous intéresserons à l'influence du trouble alimentaire sur leur prise en charge et en particulier en ce qui concerne leur alimentation.

Afin d'évaluer les différents éléments spécifiques précédemment détaillés, le thérapeute au cours de son entretien clinique peut s'aider de questionnaires. Nous avons vu que l'évaluation faite par les deux partenaires de leur relation de couple est souvent différente. Cette divergence peut être prise en compte dans les résultats en donnant une valeur statistique aux contradictions retrouvées entre les réponses données par l'un et par l'autre des conjoints. Ceci implique cependant une perte d'information, nous rappelant donc l'axiome de thérapie

systémique : « un système n'est pas la somme de ses éléments ».

Foster, en accord avec d'autres auteurs précédemment cités, dit que « *la thérapie de couple est utile uniquement si le thérapeute arrive à faire voir le symptôme alimentaire par le couple comme un élément de leur dynamique de couple.* »¹⁸⁰ Le but étant de détourner l'attention du couple du symptôme alimentaire et de leur donner la possibilité d'explorer d'autres domaines de leur relation qui étaient à ce jour masqués par le symptôme alimentaire.

Il propose les situations suivantes comme indications de la thérapie de couple et deux types de prise en charge :

- ❖ La maladie débute en même temps que la relation conjugale ou à un moment de crise dans le couple.
- ❖ La thérapie individuelle semble en échec.
- ❖ Les conflits dans le couple sont reconnus par les deux conjoints comme étant un problème.
- ❖ Le mari semble suffisamment stable pour tolérer les changements dans le couple.

Le traitement bref, constitué de 8 à 10 séances espacées d'une semaine, a pour objectif une amélioration de la qualité de la relation de couple plus qu'une amélioration de la symptomatologie alimentaire. Il peut être divisé en trois grandes étapes : définir les limites/frontières du couple, interroger les questions de pouvoir et de contrôle au sein du couple et établir le degré d'intimité partagé par les conjoints.

Foster rappelle que le thérapeute peut être très vite mis à mal ou positionné comme celui qui va décider de ce qu'il advient du mariage. Il lui conseille de rappeler au couple que la thérapie n'a pas pour but la poursuite ou la dissolution de leur union mais qu'il s'agit de les aider à se développer et « grandir » ensemble face aux difficultés de la relation, précisant qu'il doit se montrer soutenant de façon équitable par rapport aux deux conjoints voire envers les autres membres de la famille afin de développer un cadre thérapeutique contenant et rassurant.

Dans le cadre d'une thérapie longue, les conjoints auront la possibilité d'apprendre à

¹⁸⁰Jacobson, *Clinical handbook of marital therapy*.

reconnaître et à nommer les différentes émotions ressenties telles que la honte, la gêne, la colère, la peur et la tristesse. Il s'agit de les contextualiser en fonction des histoires de vie de chacun des conjoints. Les troubles de la personnalité peuvent venir déformer les ressentis et rendre plus difficile la reconnaissance et la dénomination de ces émotions et sa façon d'accueillir les émotions de l'autre. Le thérapeute aborde également la question de la fin de la prise en charge réinterrogeant les angoisses d'abandon, de perte et de deuil mais également la stabilité des changements observés lors de la prise en charge.

Enfin, Foster aborde les trois grands mouvements contre transférentiels possibles du thérapeute : sentiment de honte, de contrôle et de « maternage ». La reconnaissance et la prise en compte de ces mouvements contre transférentiels sont importantes dans la prise en charge puisqu'ils renseignent sur les mouvements ressentis par le couple et sur l'héritage relationnel transmis par leurs familles d'origine.

7.4 La thérapie de couple: différents courants de pensée et de psychothérapie :

Différentes études épidémiologiques, menées auprès des spécialistes de couple concluent à une cooccurrence importante entre troubles mentaux et troubles conjugaux. Les dilemmes les plus souvent rencontrés par les professionnels sont : l'équilibre délicat des rapports étiologiques entre les responsabilités individuelles et conjointes, la gestion de l'alliance en présence d'un patient identifié, l'examen des gains secondaires majeurs associés à certains troubles sur le plan de la dynamique conjugale et la coordination parfois difficile des prises en charge individuelles et conjugales.¹⁸¹¹⁸²

De nombreuses études depuis les années 1990 ont démontré l'efficacité de la thérapie conjugale par rapport à l'évolution naturelle de la souffrance conjugale.¹⁸³¹⁸⁴

Comparant deux thérapies de couple d'orientation différente, nous retiendrons la conclusion

¹⁸¹William F Northey Jr, « Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists: a national survey », *Journal of Marital and Family Therapy* 28, n°. 4 (octobre 2002): 487-494.

¹⁸²Wright et al., « The clinical representativeness of couple therapy outcome research ».

¹⁸³M W Lipsey et D B Wilson, « The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis », *The American Psychologist* 48, n°. 12 (décembre 1993): 1181-1209.

¹⁸⁴Ralph L Rosnow, « Effect sizes for experimenting psychologists », *Canadian Journal of Experimental Psychology = Revue Canadienne De Psychologie Expérimentale* 57, n°. 3 (septembre 2003): 221-237.

suivante selon laquelle « *très peu d'essais cliniques sérieux comparant deux formes de thérapie conjugale ont été menés, de sorte que les différences trouvées ne sont peut-être pas fiables et n'ont certainement pas été répliquées.* »¹⁸⁵ Les différentes théories telles que les courants, systémique, constructiviste et psycho dynamique se retrouvent parfois dans l'importance donnée à la place du thérapeute. En effet, il est admis dans ces théories qu'il co-construit avec le couple un nouvel espace dans lequel va interagir (dans ce que nous pouvons également appeler le transfert et le contre-transfert) son propre espace psychique, modulant en cela les éléments apportés par le couple et le sens qu'il peut leur être donné.

- ✓ Selon l'école de thérapie cognitive-comportementale, il y a donc plusieurs manières d'impliquer le conjoint dans la prise en charge de la patiente. Ces différentes modalités ne sont pas statiques et peuvent se suivre ou se compléter.

La thérapie cognitive est définie comme : « *basée sur l'analyse raisonnée théorique que la façon de penser et de percevoir chez un individu influence grandement ses sentiments et son comportement. Donc s'il interprète qu'une situation est dangereuse, il ressent de l'anxiété et le besoin d'y échapper. Ses pensées et ses images mentales dérivent de croyances, d'attitudes et de suppositions qui se sont développées dans l'enfance.* »¹⁸⁶ La méthode thérapeutique souvent utilisée par les thérapeutes cognitivistes est structurée, codée, active et limitée dans le temps.

Les distorsions cognitives les plus fréquemment retrouvées sont : la dimension d'autoréférence, de centralisation sur soi, les attributions à l'autre de pensées négatives, dévalorisantes ou auto-agressives. La thérapie ne commence qu'après une période d'évaluation où chacun est vu individuellement. Le thérapeute recense les pensées automatiques de chacun des conjoints puis les reprend au rendez-vous commun. En trois temps successifs, le thérapeute va pointer les pensées automatiques négatives, les relativiser puis il proposera des réponses plus rationnelles (recadrage) et enfin il prescrira des tâches à réaliser à la maison afin de consolider les progrès fait lors des séances.

¹⁸⁵ Alan S Gurman et Peter Fraenkel, « The history of couple therapy: a millennial review », *Family Process* 41, n° 2 (2002): 199-260.

¹⁸⁶ F.R. Dattilio, « Thérapie cognitive de couple », *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2, n° 2 (1992): 17-24.

Le cognitivisme met en lumière les dysfonctionnements dans le couple et tente de les recadrer.

La thérapie comportementale de couple part du constat que les couples les mieux assortis sont ceux dont les conjoints se renforcent réciproquement à travers un soutien, une réassurance, des récompenses et de la considération l'un envers l'autre. En général chez les couples en dysfonctionnement, nous constatons qu'ils ont perdu la capacité d'avoir confiance l'un en l'autre et de se renforcer positivement. Ils s'enlisent dans des conflits en perdant la capacité à voir à long terme et parfois même à reconnaître leurs conflits. Le thérapeute tentera, à travers un nombre de séances prédéterminées, de renforcer positivement le couple à travers l'entraînement à la communication et à la résolution des problèmes.

Nous chercherons à savoir quelle est la raison de la demande de thérapie de couple et qui est à l'origine de la demande dans le couple illustrant par-là les problématiques autour du pouvoir et du contrôle. Le thérapeute définira avec le couple les objectifs de la prise en charge ainsi que les limites éventuelles de celle-ci.

Certains thérapeutes souhaitent que le couple puisse définir des limites propres le concernant et en regard de leurs familles respectives. Ils souhaitent que le traitement puisse permettre aux membres du couple de fonctionner de façon plus indépendante, permettant un changement dans l'image qu'ont les partenaires d'eux-mêmes et ainsi de modifier les images et projections qu'ils se font de leur rôle dans le couple.¹⁸⁷¹⁸⁸

D'autres préféreront se concentrer sur les buts que le couple a défini pour lui-même, comprenant améliorer leur communication, leur activité sexuelle, leurs attentes du couple, leurs comportements alimentaires et leurs compétences parentales. La thérapie de couple serait à envisager uniquement lorsque le couple conçoit que le but principal du traitement porte sur la relation de couple et ses dysfonctionnements et non sur le trouble du comportement alimentaire.¹⁸⁹

¹⁸⁷P. Levine, « “Bulimic” couples: Dynamics and treatment », *Family Therapy Collection* 25 (1988): 89-104.

¹⁸⁸Barett et Schwartz, « Couple therapy for Bulimia ».

¹⁸⁹Andersen, *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*.

- ✓ La théorie systémique base son travail avec le couple autour des concepts de synchronie, d'interaction, de circularité et de préoccupation pour les phénomènes cybernétiques (homéostasie et changement).

Les travaux autour du couple sont moins nombreux que ceux autour du travail avec les familles. Cependant plusieurs auteurs se sont interrogés à la fois sur le fonctionnement de couple et sur les applications possibles dans le cadre de la thérapie de couple.¹⁹⁰¹⁹¹¹⁹²

Un des fondateurs de l'école de la communication de Palo Alto, chef de file du courant dit « stratégique », J. Haley nous dit que les deux partenaires peuvent décider de se marier sans être convaincus de la solidité du lien et de la durée éventuelle de la relation et que « *la thérapie cible la répétition des comportements* ». ¹⁹³

Concernant le pouvoir conjugal, J. Haley décrit « *trois manières de prescrire des règles* » garant de la convivialité:

- ❖ Celles que les conjoints décident d'un commun accord.
- ❖ Celles pour lesquelles les conjoints sont d'accord de façon implicite.
- ❖ Celles que seul l'observateur extérieur peut pointer, mais qui sont à priori niées par le couple.

Les conflits surviennent quand la question des métarègles survient c'est-à-dire tout ce qui a trait à qui définit les règles, qui va les faire appliquer et qui va les faire respecter. Ces métarègles (règles qui gèrent le fonctionnement des règles) ont plusieurs fonctions : celles de réguler les difficultés entre établissement et administration des règles et celles de renvoyer aux valeurs (morales) des deux partenaires. Elles renvoient également au fonctionnement du couple et à la relation soit symétrique, soit asymétrique (complémentaire). Tout couple devrait pouvoir fonctionner alternativement dans un mode relationnel ou l'autre.

¹⁹⁰Haley, « Marriage Therapy ».

¹⁹¹Dicks, « The proper study of mankind ».

¹⁹²M. Elkaïm, « Une approche systémique des thérapies de couple », *Formation et pratiques* (1985): 127-139.

¹⁹³Jay Haley, *Strategies of Psychotherapy*, 2^e éd. (Triangle Press, 1990).

Il définit donc en fonction des règles, des métarègles et du mode relationnel, trois types de conflits touchant soit aux règles de la vie commune, soit à la personne qui définit les règles ou soit à une discordance trop importante entre les règles et les métarègles. J. Haley parle donc d'une dyade et se préoccupe de ce qui est amené en thérapie en vue d'une application thérapeutique dans l'ici et maintenant.

M. Elkaïm parle de résonance et la définit ainsi : « *J'appelle résonance ces assemblages particuliers constitués par l'intersection d'éléments, communs à différents individus ou différents systèmes humains, qui suscitent des constructions mutuelles du réel des membres du système thérapeutique.* »¹⁹⁴

- ✓ Dans le champ psychodynamique, A. Eiguer nous dit : « *le traitement ne conduit pas à une mise à jour du vrai, mais il crée, par une alchimie dont nous ignorons le mécanisme, encore plus de mystères et de zones obscures. Le progrès réside peut-être en ce que l'on puisse vivre avec le mystérieux et qu'on l'aime éventuellement.* »¹⁹⁵

Les failles narcissiques et la recherche de complétude par l'autre sont les moteurs de constitution du couple mais aussi de sa dé-constitution. L'emprise souvent rencontrée en clinique et en particulier dans les couples dont un des conjoints souffre de TCA est défini par A. Eiguer comme « *une tentative d'assujettir l'autre aux fins de rendre le lien figé et de soulager à tout jamais l'angoisse d'incomplétude.* »¹⁹⁶

Il propose les différents objectifs et moyens suivants de la thérapie psychanalytique de couple (Th.A.C.) :

- ❖ Essayer de diminuer la part du narcissisme au service du sadisme et de l'empiétement chez chaque partenaire en conflit, pour créer un nouvel équilibre entre liens narcissiques et liens libidinaux d'objet. La thérapie cherche donc à diminuer le recours au mécanisme d'identifications projectives au profit d'identifications introjectives.

¹⁹⁴Elkaïm, « Une approche systémique des thérapies de couple ».

¹⁹⁵Eiguer, *Clinique psychanalytique du couple*.

¹⁹⁶Ibid.

- ❖ L'objectif n'est pas de faire disparaître les conflits mais de d'atténuer « *la souffrance, le désespoir et l'épuisement* » liés à ces conflits.
- ❖ Afin de travailler ces questions, le thérapeute s'interrogera au cours du travail sur les « *organismes inconscients* » du couple, qui prendront naissance à travers le transfert.
- ❖ Un autre et dernier but de la Th.A.C. est de s'intéresser à l'analyse des mythes et des légendes familiales et conjugales.

Ainsi « *L'autre ne sera plus un outil fétichisé ou un symptôme visible de la pathologie de chaque partenaire mais simplement un objet d'amour.* »¹⁹⁷

De la même façon que Foster, A. Eiguer propose deux types de prise en charge de couple : un processus court, limité dans le temps et dans ses objectifs (six à douze mois) et un processus long, sans définition de limite temporelle. Il propose également plusieurs indications en fonction des problématiques rencontrées par le couple dont nous ne détaillerons ici que la situation suivante :

- Difficultés psychopathologiques d'un membre d'un couple associées à une mésentente du couple: A. Eiguer donne dans son ouvrage l'exemple d'un couple dans lequel un des conjoints souffre de trouble bipolaire mais illustre bien le lien possible entre maladie mentale et trouble relationnel et l'interaction dynamique des deux. Le couple rencontre des difficultés lorsque le conjoint guérit de son trouble mental car les assises narcissiques de l'un comme de l'autre et donc leur mode de communication et relationnel ainsi que les enjeux de chacun dans le couple sont bousculés et doivent être remaniés afin d'atteindre un nouvel équilibre.

Les autres situations décrites par A. Eiguer, les conflits et difficultés de communication, la mésentente sexuelle, les situations de sadomasochisme ou encore une demande de divorce, peuvent toutes constituer des cas particuliers de demande de prise en charge dans le cadre d'un couple dont un des membres souffre de TCA.

¹⁹⁷Ibid.

En définissant les différentes techniques de la Th.A.C., il évoque la nécessité de l'énonciation du contrat dans un premier temps suivie de l'énonciation de la règle d'association libre, chère aux psychanalystes. Il propose également deux temps dans la prise en charge, le premier se constituant d'entretiens préliminaires donnant suite peut être à la thérapie psychanalytique proprement dite rejoignant la proposition de prise en charge du courant cognitivo-comportementale, définissant objectifs et règles du traitement. La règle d'association libre constitue un code en dehors et/ou au-dessus de la relation couple-thérapeute telle une loi symbolique visant à rassurer les protagonistes de la prise en charge et permettant un cadre thérapeutique sécurisé. Le rééquilibrage, autre technique proposée par A. Eiguer, permet de donner autant d'importance à l'un et l'autre des conjoints, d'éviter la validation de dires ou de comportement d'un des conjoints dans un rôle figé reproduisant ce qui se passe dans le couple au sein du cadre thérapeutique. Il permet de faire circuler les affects et de pouvoir saisir chez l'un et l'autre des partenaires les éléments pouvant les aider à avancer dans la thérapie. Il parle également de l'interprétation et de ses différentes modalités (par association, par humour) ainsi que les domaines d'interprétation (affects, transfert, défense et représentations ou fantasmes).

Il propose par ailleurs une définition du transfert du couple : *« Il serait le commun dénominateur des objets organisateurs du couple (liens objectaux) et des relations narcissiques ou syncrétiques englobant les conjoints (liens narcissiques), projetés et déplacés sur le thérapeute. »*¹⁹⁸

Enfin il traite du contre-transfert le définissant comme *« lieu où l'indicible trouve un moyen d'expression imagée et verbale. A travers ce que le thérapeute fantasme ou pense, le couple vivra le fantasme qu'il ne pourra fantasmer, se donner le mot qu'il ne pourra prononcer. (...) Il recueille un ensemble d'affects, de représentations et d'actes du thérapeute qui répondent en consonance ou en dissonance au transfert du couple. »*¹⁹⁹ Il en définit plusieurs « couches » :

- ❖ Le contre-transfert de base touche à l'illusion que peut avoir le thérapeute de partager des vécus et des ressentis avec les membres du couple (« échos de liens narcissiques ») lui donnant une capacité d'écoute et proposant au couple une matrice à pensées.

¹⁹⁸Ibid.

¹⁹⁹Ibid.

- ❖ Le contre-transfert objectal marqué par l'altérité à travers lequel le thérapeute est traversé de doutes et où les positions entre couple et thérapeute sont parfois interverties.

A. Eiguer situe le contre-transfert dans le contexte social. Le thérapeute se trouve positionné comme le garant d'une morale ou d'un mythe dont les membres du couple se défendent. L'évolution du couple dans notre société va de paire avec l'évolution du contre-transfert du thérapeute dans la prise en charge de ces mêmes couples.

Après avoir exposé les différentes modalités, en fonction des courants de pensée, de la thérapie de couple, nous nous sommes intéressés à ses limites. La résistance au changement est un processus psychopathologique intéressant et universellement reconnu par les intervenants en santé mentale. Il peut être compris et utilisé de façon variable (en fonction des écoles de pensées). La résistance peut se situer sur le plan individuel mais aussi de la part des proches impliqués dans la maladie mentale de leurs conjoints, parents ou enfants.

S. Freud nous dit : « *Nous sommes armés contre les résistances intérieures qui viennent du malade et que nous savons nécessaires. Mais comment nous défendre contre ces résistances extérieures? En ce qui concerne la famille du patient, il est impossible de lui faire entendre raison et de la décider à se tenir à l'écart de toute l'affaire...Celui qui sait quelles discordes déchirent souvent une famille ne sera pas étonné de constater en pratiquant la psychanalyse que les proches du malade sont souvent plus intéressés à le voir rester tel qu'il est qu'à le voir guérir...* »²⁰⁰

Roberto, définit le clivage ou la résistance comme « *le mouvement d'un ou plusieurs membre de la famille en traitement visant à empêcher la patiente de venir perturber l'équilibre rigide, renfermé de la dynamique de couple ou familiale.* » et précise que : « *indépendamment du traitement utilisé : comportemental, systémique ou psycho dynamique, le traitement de la boulimie engendre des résistances spécifiques et rend le processus de changement difficile et le taux de rechutes important.* »²⁰¹

²⁰⁰Sigmund Freud, *Introduction à la psychanalyse*, Payot. (PAYOT, 2004).

²⁰¹William M. Pinsof, *Integrative Problem-Centered Therapy: A Synthesis of Family, Individual, and Biological*

Concernant le pronostic et les rechutes, les interprétations sont variables en fonction des auteurs. Roberto définit la rechute comme un comportement et non une issue du traitement. Elle la définit en lien avec la thérapie de couple et comme une résistance à ce traitement. Elle pense également que les échecs thérapeutiques observés sont en lien avec la manière dont a été conduite la thérapie et avec quelle profondeur les sujets ont été abordés. S'il reste des choses inexplorées et cachées en particulier concernant les dynamiques familiales, le taux de rechute est très important. La qualité du lien unissant les conjoints avant le début des troubles ainsi que les traits de personnalité du conjoint tels que la maturité et la flexibilité seraient de bon pronostic dans l'évolution de ces couples.

Très récemment, une nouvelle façon de prendre en charge ces couples a été proposée et publiée comme article s'intitulant : « *UCAN: union des couples dans la prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale* »²⁰². En voici les principales propositions :

Les auteurs y décrivent une « *nouvelle psychothérapie à la frontière entre la psychothérapie cognitive-comportementaliste et la psychothérapie d'inspiration psychanalytique* » incluant le conjoint dans la thérapie. Elle se déroule en 22 sessions divisées en trois étapes au cours desquelles le thérapeute s'intéressera successivement aux :

- ❖ Eléments cliniques spécifiques aux troubles du comportement alimentaire. L'implication du conjoint permet alors d'être un soutien pour la patiente, de renforcer les comportements alimentaires adaptés ainsi que tout autre comportement sain et parallèlement à cela d'éviter les comportements punitifs.
- ❖ Eléments cliniques concernant les relations en général comme améliorer les compétences en communication.

Dans la première étape, le but est de comprendre le vécu du couple, assurer la psychoéducation concernant la maladie et sa rémission et enfin apprendre au couple des techniques de communication efficace.

Therapies (Basic Books, 1995).

²⁰²Cynthia M Bulik et al., « Uniting Couples (in the treatment of) Anorexia Nervosa (UCAN) », *The International Journal of Eating Disorders* 44, n° 1 (janvier 2011): 19-28.

Dans la deuxième étape le but est de repositionner la maladie dans le contexte du couple. Le principal sujet travaillé à cette étape est le modèle d'interaction du couple et son lien avec le TCA. L'idée est de prendre une à une les difficultés rencontrées au quotidien en lien avec le TCA et d'utiliser les schémas de communication adaptés afin de trouver des stratégies d'adaptation ensemble.

Enfin au cours de la troisième étape, la question de la rechute et de sa prévention sera abordée.

En conclusion de ce chapitre, plusieurs courants théoriques se sont donc penchés sur la question d'une thérapie spécifique du couple. Ces théories se modifient et se façonnent l'une l'autre en fonction des constatations cliniques. Nous voudrions pouvoir toujours comprendre mieux pour proposer ce qu'il y a de plus juste en matière de prise en charge de couple. Il semblerait que la thérapie conjugale diminue la détresse conjugale (aucune différence entre l'efficacité des différents courants thérapeutiques utilisés ne peut être mise en évidence statistiquement). Elle est également efficace dans le traitement d'une pathologie co-morbide à la détresse conjugale.

Nous avons vu que les conjoints des patientes souffrant de TCA témoignent d'un degré de souffrance similaire aux conjoints des patients souffrant de troubles dépressifs et/ou anxieux, souffrance plus importante que dans le groupe témoin. Ils présentent également un taux de maladie psychiatrique ou du moins de troubles de personnalité supérieurs au groupe témoin (conjoints de patientes TCA et conjoints de patients souffrant d'autres troubles psychiatriques ne diffèrent pas).

Les modèles thérapeutiques proposés dans la prise en charge des couples dont un membre souffre de dépression ou de toxicomanie (exemple donné en particulier pour l'alcoolodépendance) pourraient donc être adaptés à la prise en charge des couples TCA comportant leurs limites et leurs avantages.

L'exemple de la prise en charge en thérapie cognitivo-comportementale par Foster a été pensé et proposé pour les couples dont la femme souffre de TCA. A. Eiguer nous propose une thérapie psychanalytique des couples de façon générale. Cependant dans ses indications, il inclut la situation dans laquelle un des membres du couple souffre de

maladie mentale. Son modèle de thérapie de couple peut donc s'appliquer aux couples dont nous parlons ici. A noter que si la thérapie cognitivo-comportementale apporte donc des spécificités dans les objectifs et les éléments des entretiens qu'elle propose d'aborder et de travailler avec le couple, les autres courants thérapeutiques n'ont pas développé de clinique propre adressée aux couples dont un des membres souffre de TCA.

Faudrait-il reprendre les courants théoriques et en faire une clinique spécifique aux TCA ? Des services spécialisés dans cette pathologie ont vu le jour pensant les soins en fonction d'une psychopathologie propre aux TCA et nécessitant un aménagement des soins en particulier concernant l'investissement et l'inclusion de la famille dans la prise en charge, la dimension familiale et relationnelle du trouble étant très vite apparue aux yeux des cliniciens. Le contrat de séparation développé par P. Jeammet en est un exemple. Cependant la position de la patiente souffrant de TCA a évolué. De la patiente jeune, adolescente, vivant au domicile familial, isolée, nous rencontrons en clinique de plus en plus fréquemment, des patientes d'une vingtaine d'années en couple, parfois installées nous obligeant à nous questionner sur la psychopathologie du trouble, à leur capacité à être en couple et donc à la place à donner à leurs conjoints dans la prise en charge.

Ce qui définit la thérapie de couple, de façon générale et à travers les courants, est le fait de parler de la dimension relationnelle du trouble à l'échelle du couple et non à l'échelle individuelle. Le but étant de décentrer la problématique du trouble alimentaire et de questionner le sens de ce symptôme dans l'histoire du couple et donc dans l'histoire des familles respectives de chacun des conjoints.

8 DISCUSSION :

A travers les différentes parties de ce travail nous avons successivement exposé les problématiques posées et rencontrées par les couples dont un membre souffre d'un trouble mental et plus spécifiquement d'un trouble alimentaire.

A partir de deux cas cliniques, nous avons exposé deux situations différentes d'une part par leur présentation et leurs attentes en tant que couple et d'autre part par nos représentations différentes en tant que thérapeutes du sens à donner au couple en fonction de son histoire et donc de son lien avec le trouble alimentaire.

En effet, dans le cas de Mlle R. nous avons pensé le symptôme alimentaire comme au centre de la problématique de la patiente et donc de la prise en charge. Nous avons fait l'hypothèse confirmée par l'évolution, à la fois de la patiente et de son couple, que le couple ne survivrait pas à la guérison du trouble alimentaire. Nous avons postulé cela en raison de l'âge de la patiente, de l'histoire de son couple et du trouble alimentaire. De ce dont nous en avons compris, à travers ce qu'a pu nous confier la patiente, le choix amoureux s'est fait de façon à trouver un compromis à la séparation avec la famille d'origine mais aussi de lui permettre de continuer à fonctionner selon des traits anorectiques. Elle a fait le choix inconscient ou conscient (probablement un mélange des deux) d'un conjoint rassurant, peu demandeur et se pliant à ses exigences. Celui-ci, probablement également fragile sur le plan narcissique, a choisi une femme qu'il a investie plus comme une mère, déesse inaccessible à adorer de loin, que comme une amante, lui permettant de ne pas se remettre en question et de ne pas faire face à ses propres insuffisances. Mlle R. ne remettait pas en question le comportement de son conjoint le valorisant de façon indirecte dans ses assises narcissiques. De plus, il a pu occuper la place de celui qui s'occuperait d'elle, lui donnant un rôle et une identité là où peut-être un vide envahissant et angoissant l'occupait autrefois. Pourtant, devant sa perte de poids de plus en plus importante, ses plaintes somatiques et ses angoisses de mort, la patiente a progressivement mis son conjoint dans une situation d'impuissance difficilement tolérable. L'homéostasie de leur couple était alors menacée puisque l'économie psychique que représentait, pour chacun, le symptôme alimentaire touchait à ses limites. A ce moment de nécessité de remaniement dans leur vie de couple, le niveau d'intimité déjà établi et la capacité à communiquer jouent un rôle important dans la possibilité de sauvegarder le couple. Cependant, au moment où Mlle R. en vient aux soins, elle n'est pas en mesure psychiquement

de s'interroger sur cela. Le trouble alimentaire est trop présent et les préoccupations alimentaires et corporelles occupent tout le champ de réflexion. Il faudra d'abord à Mlle R. sortir de ses angoisses corporelles pour pouvoir investir d'autres champs de pensée et élargir ses domaines d'intérêt. Son ami se positionne toujours comme l'aidant, le soignant d'une personne malade. Il ne s'interroge pas sur son rôle éventuel dans la maladie ou sur ses motivations conscientes ou inconscientes à avoir initié et maintenant à poursuivre cette relation. Au nom du sentiment amoureux, il dit vouloir être auprès d'elle, mais que signifie pour lui le mot « amour » ? Nous pouvons faire l'hypothèse que la patiente ne constitue pas pour son conjoint une personne à part entière, douée de désirs et de besoins propres singuliers et différents de ceux de son conjoint. Celui-ci reste coller à la représentation de malade qu'il a d'elle, surface de projection de ses angoisses, n'intégrant pas le principe de réalité. Car si, comme nous l'avons vu dans les tentatives de définition du couple et de l'amour, le couple connaît en début de relation une véritable fusion pendant laquelle « un et un ne font qu'un » et où le partenaire n'est qu'une surface de projections des attentes de l'autre, nous avons également vu que l'amour durable ne peut se développer qu'au contact de la réalité (réalité psychique mais également réalité matérielle de ce qui se vit au quotidien). L'amour durable devient alors un réel espace de construction, la mise en commun de deux psychismes avec les idéaux et les déceptions que cela représente. Il faut pouvoir alors se heurter à la désillusion du début et en faire le deuil. Dans le cas de Mlle R., il semble que ce qu'ils appellent leur couple ne répond pas aux critères définis dans les parties précédentes. En effet, ils ne se connaissent peu ou pas et n'échangent que ponctuellement sur des choses de la vie quotidienne. Les désirs de chacun, si tant est qu'ils existent, ne sont certainement pas exprimés et encore moins échangés.

L'engagement défini nous le rappelons par « *un choix, une intention et une décision de s'investir et de persévérer au sein d'une relation* » ne semble pas caractériser les deux conjoints dans ce couple puisqu'ils ne savent pas ce qu'ils désirent pour eux-mêmes. Par manque de maturité, par une fragilité narcissique ou encore par un défaut d'identification possible à des images parentales stables et sécurisantes, les deux partenaires de ce couple ne sont pas en mesure de pouvoir garantir cet engagement.

Pour Mlle R., aux raisons que nous venons de citer, nous pouvons ajouter une incapacité à désirer pour elle-même compliquée d'une angoisse de séparation importante, lui rendant difficile la séparation avec son ami. A noter que lorsque la patiente annonce à son conjoint la

séparation, celui-ci ne réagit pas, n'y croyant pas et mettant cette décision sur le compte de la maladie et non du travail psychique parcouru par la patiente. Il était donc incapable de la voir autrement que malade lui permettant de se protéger de ses propres conflits et angoisses.

Les théoriciens de l'école cognitivo-comportementale expliquent l'interdépendance dans laquelle se retrouvent les conjoints au sein d'un couple par le haut degré de satisfaction ressenti de par le comblement des désirs et des attentes, par la croyance que ce comblement ne peut venir que de la part du conjoint et enfin par l'importance de l'investissement et des projets communs réalisés. Dans le cas du couple de Mlle R., nous voyons qu'aucun de ces critères n'est rempli, prédisant d'un faible degré d'interdépendance et donc de sentiment d'engagement au sein du couple.

En ce qui concerne l'intimité, autre pilier important, nous l'avons vu, dans la constitution d'une relation de couple de qualité, les ingrédients nécessaires à son bon établissement semblent faire défaut dans le couple de Mlle R. En effet, définie comme « *une expérience momentanée de proximité affective* » ou bien comme constituée par « *l'affection, l'expressivité, la cohésion, la sexualité, la résolution de conflits, l'autonomie et l'identité* » ou encore comme recouvrant le champ de l'interdépendance, nous comprenons d'après la description de Mlle R. et de son conjoint, que si cette intimité existe, elle soit du moins insatisfaisante à long terme.

Ainsi entre intimité défaillante, engagement incertain et sentiment amoureux probablement infantile, il semble y avoir peu d'éléments garantissant un couple solide et durable dans le cas de Mlle R. Cependant aurions-nous pu penser autrement le couple et donc projeter en eux une issue de secours et de survie aménageant les soins dans ce sens ? Nous nous sommes laissés guider par les éléments apportés par la patiente (et par son conjoint lors des quelques entretiens). Mais pouvons-nous penser que notre vision de ce couple comme voué à l'échec et signant par là même l'amélioration voire la guérison de la patiente a influencé notre prise en charge ? Aurions-nous pu par exemple introduire la question de leur relation de couple comme inhérente et indissociable de la prise en charge du trouble alimentaire ? Fallait-il confronter le conjoint avec la bizarrerie et le caractère paradoxal de son choix amoureux en le renvoyant ainsi à sa propre structure de personnalité et à ses démons familiaux ? La prise en charge du trouble alimentaire de Mlle R. aurait-elle du ou pu permettre une réflexion personnelle de la part de son conjoint ? Ainsi ce couple que nous considérons dès le début comme une erreur de parcours de la patiente, à corriger lorsqu'elle irait mieux, n'aurait-il pas

pu survivre à cette guérison et se restructurer différemment ?

Dans ce cas précis, l'absence totale de demande de prise en charge du couple ainsi que la volonté affichée de la patiente, en fin de prise en charge, de faire les choses par elle-même et de poursuivre ainsi son processus d'autonomisation, ne permettaient pas à priori et à postériori de prendre en charge la dyade. Se séparer de son ami représente pour la patiente une première étape dans le deuil de sa maladie et de la partie souffrante de son Moi. Ce couple ne semble plus avoir sa place dans la (nouvelle) vie de la patiente.

Concernant le couple de Mme G, les choses se sont présentées de façon différente. En effet, le couple est marié depuis plusieurs années et ils ont des enfants. En tant que thérapeutes, nous projetons dans cette situation le fait qu'il faut essayer de « sauver » le couple ou du moins que la prise en charge de la patiente nous paraît indissociable de la prise en charge du couple. En début de prise en charge, la patiente est très ambivalente par rapport aux soins et nous avons mis du temps à rencontrer le mari, soit par résistance de la patiente, de son mari ou probablement des deux. Nous avons d'abord pensé que le mari ne souhaite pas s'investir dans les soins, ne pouvant se rendre disponible à nos propositions de rendez-vous. Puis nous avons compris qu'il s'agit en fait de la patiente qui est réticente à l'investissement de son mari dans sa propre prise en charge. Le mari doit donc avoir des difficultés à se positionner. Finalement, nous rencontrons le couple et en particulier un mari en colère et en souffrance qui est heureux d'avoir un espace de parole pour pouvoir dire à quel point il est devenu intenable de vivre avec la patiente et son trouble alimentaire. Il nous décrit une vie quotidienne compliquée et angoissante, ne pouvant pas compter sur sa femme et devant assumer beaucoup plus de choses à la maison et en particulier concernant les enfants. Il peut dire être épuisé de se battre contre sa femme, ne trouvant plus d'issue à leurs querelles répétées qu'elles soient en lien avec le trouble alimentaire ou non. En effet, Mme G. présente, en lien ou en plus de son trouble alimentaire, une symptomatologie dépressive. La demande de soins émane de plusieurs partenaires différents (médecin traitant, supérieur hiérarchique au travail et son mari). La question de l'adhésion aux soins par la patiente est longtemps questionnée. D'autre part, nous considérons la patiente comme se chronicisant depuis quelques années dans son trouble alimentaire et que donc la dimension relationnelle de ce trouble est forcément à prendre en compte dans notre prise en charge.

C'est finalement le mari et non la patiente qui amène un élément majeur dans la poursuite de

la prise en charge, à savoir la problématique posée par le lien entre la patiente et ses parents. Les conflits, remontant à son enfance, réactivés pendant l'adolescence n'ont pu être travaillés et résolus. Ils continuent à œuvrer à travers le couple et leurs enfants. Ses parents sont en effet omniprésents dans la vie du couple contrecarrant les décisions prises par le couple parfois et en particulier si les propositions ou les décisions émanent du mari, niant ainsi sa position de mari et de père auprès de leur fille et leurs petits-enfants. Quant à la personnalité du mari, il se retrouve positionné par la patiente ainsi que par leur environnement comme « le méchant » ou du moins celui qui ne comprend pas sa femme. La patiente rejoue ainsi sa position de victime (c'est comme ça qu'elle dit avoir vécu une bonne partie de son enfance et de son adolescence) dans son couple.

Dans les soins, nous avons souvent entendu de sa part qu'elle ne peut rien y faire, qu'elle ne voit pas comment s'en sortir ou bien qu'elle fait déjà « tout ce qu'elle peut ». Bien que nous puissions y voir une dimension dépressive avec un sentiment d'incurabilité et de dépréciation constante, nous y avons également lu une dimension masochiste, étant dans l'impossibilité de se vivre autrement. Ainsi quelque chose l'empêche de pouvoir adhérer complètement aux soins la maintenant dans son statut de malade. Paradoxalement, elle dit vouloir en sortir, consciente de ce qu'elle fait vivre à sa famille. Le mari, bien qu'au début mis à l'écart de la prise en charge, est partie prenante dans celle-ci puisque les temps d'hospitalisation ainsi que le cadre au sens large (les visites, les permissions et autres) dépendent de lui.

En effet, l'hospitalisation est une occasion pour la patiente (et nous avons vu à quel point il est difficile pour elle de l'accepter) de laisser son mari responsable des choses à la maison et en particulier encore une fois en ce qui concerne les enfants. Celui-ci se rend le plus disponible possible mais a de son côté des contraintes de travail difficiles à ajuster avec la garde des enfants. D'autre part, celui-ci se sent probablement, depuis plusieurs années, désinvesti de ses missions de mari et de père étant à la fois rendu impuissant par le trouble alimentaire de sa femme et en même temps dévalorisé par les remarques et interventions perpétuelles de ses beaux-parents. Sa femme se positionnant « par obligation psychique » (en lien avec un conflit de loyauté trop important) auprès de ses parents.

Il est donc nouveau pour le mari de vivre ses responsabilités. La question de la garde des enfants par les beaux-parents s'est donc (re)-posée au couple de par les contraintes engendrées par la réalité. La patiente ne souhaite pas donner ses enfants à ses parents ne leur faisant pas

confiance. Ils représentent donc un moyen de contrôle de la patiente vis-à-vis de ses parents. Ainsi la question de l'hospitalisation, nécessitant des réaménagements dans la vie de cette famille, permet de soulever des questions importantes à l'origine de multiples souffrances. Elle constitue donc un enjeu à part entière dans la prise en charge de la patiente puisque son acceptation par celle-ci ainsi que la validation (rendue possible par un réaménagement des organisations de chacun) par les autres membres de la famille signifient déjà une avancée dans le processus psychique vers la guérison de la patiente d'une part et vers le questionnement et la réorganisation de certains fonctionnements de couple d'autre part.

Nous avons donc pensé pour ce couple qu'il serait intéressant de travailler la dimension relationnelle du trouble. Les deux conjoints et en particulier le mari en sont également demandeurs. Si nous reprenons maintenant le trépied intimité, amour et engagement, nous pouvons constater que, contrairement au couple précédent, nous avons plus d'éléments faisant penser qu'ils constituent un « réel couple » et qu'il est donc important de leur offrir un espace de travail, quelle qu'en soit l'issue, mais possiblement sous-tendu par le désir inconscient du thérapeute de les aider à se réorganiser à deux. Nous avons même, dans ce cas, impliqué les parents de la patiente dans une thérapie familiale. Habituellement la thérapie familiale se fait avec les membres de la famille nucléaire (lorsqu'elle existe) et non avec les membres de la famille d'origine. Ce cas illustre également à quel point chaque patiente est unique nous amenant à réaménager et à repenser les soins en fonction des éléments cliniques rencontrés.

Nous devons peut-être nous réinterroger sur le contre-transfert à l'œuvre dans la prise en charge de ce couple nous amenant à penser la thérapie de couple comme indispensable à la prise en charge de la patiente. Nous travaillons avec nos croyances et projections propres nous amenant à proposer des soins en fonction des données cliniques, psychopathologiques mais également en fonction de ce que nous fait vivre le couple. Par exemple, nous aurions pu également penser ce couple comme étant allé au bout de son histoire, ne survivant pas à ce trouble alimentaire qui s'introduit et détruit tout de l'intimité, de l'affection et de l'engagement que les deux conjoints pouvaient se porter au début de leur histoire. Peut-être est-ce la place donnée au mari d'emblée par la patiente ainsi que la mobilisation et la volonté de dire les choses de ce dernier qui a suscité une proposition de soins pour le couple. Peut-être est-ce également notre conviction que l'intrication entre dysfonctionnement de couple et trouble alimentaire était telle que nous ne pouvions pas travailler l'un sans l'autre. Nous pouvons également penser le symptôme alimentaire comme une « excuse » à la thérapie de couple et

non pas comme le symptôme à traiter.

Dans cette hypothèse, nous voyons le symptôme alimentaire comme un reflet du dysfonctionnement de couple et un appel à l'aide en lien avec la souffrance engendrée par celui-ci. Finalement la patiente viendrait dire par le corps ce qu'elle ne peut dire par les mots de la souffrance et des insatisfactions rencontrées au sein de son couple. Le recours au symptôme alimentaire, plutôt qu'à un autre symptôme, trouverait son explication dans les liens précoces mères-enfants (réactualisés dans le couple), les conflits psychiques se manifestant alors dans la sphère de l'oralité.

Concernant la prise en charge thérapeutique de ces couples, nous avons pu voir, à la lecture des revues de la littérature, que la prise en charge du conjoint améliorait significativement les symptômes propres d'un trouble psychiatrique, co-morbide de la souffrance conjugale, ainsi que les éléments propres à la constitution et à l'épanouissement du couple, à savoir l'intimité, l'engagement et le sentiment amoureux.

Nous pouvons également nous interroger sur les critères de réussite de la thérapie conjugale. La thérapie conjugale serait réussie si le couple présente moins de détresse conjugale et moins de comportements pathologiques à la fin du traitement qu'au début.²⁰³ D'autres auteurs ont enrichi cette définition par le recueil de l'intimité, de l'évaluation du changement désiré par le partenaire ainsi que du fonctionnement individuel.²⁰⁴ Ces critères de réussite de la thérapie conjugale ne s'appliquent qu'aux couples qui restent ensemble au terme de la thérapie, le divorce étant considéré comme un échec de la thérapie conjugale. Or, nous pourrions le penser comme une avancée et un témoignage d'une plus grande autonomisation et d'indépendance de la part de la patiente et/ou de son conjoint. D'ailleurs plusieurs études appuient déjà cette hypothèse de pensée en rappelant qu'une séparation constructive est favorable à une relation stable et destructrice.²⁰⁵ Précisons que les différentes études citées ci-dessus sont des études empiriques et non clinique. Leurs résultats demandent donc à être validés dans notre pratique clinique.

²⁰³Lussier et al., *Manuel clinique des psychothérapies de couple*.

²⁰⁴Ibid.

²⁰⁵Ibid.

Enfin, au vu de ces différentes propositions thérapeutiques et réflexions cliniques, existe-t-il une spécificité de certains couples pouvant bénéficier ou non de la thérapie de couple ? La souffrance conjugale ainsi que les sphères intimes dans lesquelles elle se manifeste semblent être communes quelle que soit la pathologie mentale étudiée. Cependant, certaines études font l'hypothèse que le style d'attachement ainsi que les traits de personnalité auraient une influence sur l'efficacité et l'issue de la thérapie conjugale²⁰⁶, ce qui pourrait être intéressant à étudier plus en détails concernant les couples dont la femme souffre de TCA.

²⁰⁶Ibid.

9 CONCLUSION :

Amour, intimité et engagement seraient donc les garants d'une relation de couple stable, heureuse et épanouissante. Vaste programme pour tout un chacun de réussir l'exploit de son épanouissement personnel et de celui de son couple. L'un peut-il aller sans l'autre ?

A la lumière de ce qui a été détaillé dans ce travail, il semblerait que les patientes souffrant de TCA soient plus en difficulté « que la moyenne » pour faire un choix amoureux, judicieux, permettant leur épanouissement au sein d'un couple. De ce fait, est-il possible pour une patiente souffrant de TCA de se sentir bien à deux ? Pour toutes les angoisses et les mécanismes de défense associés que peuvent présenter ces patientes, déjà amplement décrits précédemment à savoir : les angoisses de perte et d'abandon, la difficulté à désirer et à donc à se sentir désirer, l'emprise permanente nécessaire dans son rapport à l'autre, des enveloppes corporelles défaillantes et enfin des failles narcissiques parfois profondes, il paraît en effet difficile de s'unir à l'autre dans un lien de don, de partage en vue de co-construire un nouvel espace psychique. L'autre est un danger, dont il faut se défendre, tuer ou être tué sont parfois les représentations fantasmatiques que peuvent se faire ces patientes de leur lien à l'autre. Ceci est particulièrement vrai pour les patientes anorexiques. Dans mon travail, j'ai parlé de façon indifférenciée des patientes boulimiques et des patientes anorexiques même si elles ne présentent pas tout à fait les mêmes façons de fonctionner et d'établir un lien à l'autre. Cependant leurs angoisses archaïques se jouant en permanence dans leur façon d'être au monde sont probablement à l'origine très semblables en particulier en ce qui concerne les angoisses de dévoration ou de vampirisation.

Malgré ces difficultés, attendues, de la part des patientes à être en couple, la clinique nous apprend que nombre d'entre elles débutent ou réactivent des troubles alimentaires en tant que jeunes adultes alors qu'elles sont en couple. Nous nous sommes donc interrogés sur la qualité et les caractéristiques du lien établi entre les partenaires, ainsi qu'aux particularités de personnalité, éventuelles, du conjoint et enfin à l'implication thérapeutique que cela pouvait avoir.

En conclusion de tout ce qui a déjà été décrit et discuté, nous pouvons dire qu'il est indéniable que la prise en charge du conjoint dans la prise en charge globale des patientes souffrant de

TCA est indispensable afin de pouvoir offrir un lieu d'accueil, d'écoute et d'informations d'une part, ainsi que la possibilité d'apporter du tiers dans la relation d'autre part.

Que ce soit du fait de notre expérience clinique ou des résultats d'études cliniques ou empiriques, la prise en charge du conjoint dans les troubles psychiatriques d'un des membres du couple a été montrée comme efficace et réduisant significativement à la fois les symptômes en lien avec la maladie mentale ainsi que la souffrance conjugale. Cette prise en charge permet également de prévenir les rechutes en réorganisant la dynamique du couple à la lumière des psychopathologies de chacun des conjoints.

Faut-il proposer une thérapie de couple de façon systématique à tout couple ? La réponse est non puisque la démarche d'un travail psychothérapeutique ne peut émaner que d'une demande et d'un désir personnel. Toutefois, cette hypothèse de travail peut être discutée au vu de ce qui est travaillé dans les entretiens motivationnels et de thérapie cognitivo-comportementale dans lesquels la demande peut émerger au terme d'un travail engendrant un changement dans la position du patient par rapport à la thérapie. La façon dont ce conjoint peut être pris en charge et le degré d'investissement à attendre de lui doivent être discutés. En effet, comme nous avons pu le voir avec les deux cas cliniques différents, l'investissement du conjoint et sa capacité à se remettre en question et donc au travail n'étaient pas les mêmes.

Dans le cas de Melle R., le conjoint n'a pas su ou pu s'investir réellement, c'est-à-dire psychiquement, dans la prise en charge de sa conjointe. Tout a toujours été analysé selon le spectre de la maladie et bien qu'il ait semblé physiquement l'accompagner dans sa prise en charge, il n'a pas pu entendre le fait qu'elle voulait le quitter, mettant cette décision encore une fois sur le compte de la maladie. Le prix (psychique) de se questionner était probablement trop lourd à payer pour lui. Nous avons proposé des entretiens de couple un peu par curiosité c'est vrai et également afin de repositionner ce conjoint dans la vie de la patiente puisque finalement elle ne nous en a parlé que tard dans la prise en charge et nous avons peut être le sentiment qu'il fallait le remettre au centre de celle-ci.

Je précise que réintroduire le conjoint à un moment ou à un autre de la prise en charge permet de mettre du tiers cette fois entre la patiente et le corps soignant. Nous pouvons vite être pris dans la répétition de fonctionnements antérieurs (dans la famille d'origine ou dans le couple) au sein du service. Cette façon qu'ont les patientes de ne pas nous parler du conjoint ou bien de le positionner comme défaillant et inexistant est bien une façon d'exclure un être important

de leur vie et de renouer avec l'institution une relation symbiotique exclusive et préœdipienne.

Le cas de Mme G. illustre bien cette hypothèse clinique puisque la rencontre avec cet homme a été pour nous une réelle surprise tant il nous a paru investi dans la prise en charge, bienveillant et vivant, auprès de sa femme. Le décalage entre ce que nous avait laissé entrevoir la patiente et ce que nous avons rencontré dans la réalité est à l'image des représentations intrapsychiques de la patiente, partagée entre un mari bienveillant et un mari qui serait maltraitant et insuffisant. La rencontre et la confrontation avec ce mari (pour la patiente et pour le corps soignant) est un véritable levier thérapeutique puisque nous devenons témoin d'une réalité extérieure à celle du couple et pouvant ainsi le renvoyer de façon solide et constante à la patiente.

A travers les deux cas que j'ai proposés, je pense que l'élément qui s'est montré déterminant dans la différence de prise en charge de ces couples est l'implication du conjoint et son désir de faire partie ou non du processus thérapeutique. Ces exemples cliniques montrent également comment notre héritage culturel peut influencer notre position de thérapeute à travers nos croyances et nos projections. Nous devons donc être vigilants, dans toute prise en charge, à penser que nous travaillons également avec nos propres histoires et héritages familiaux et culturels. L'union ou la désunion d'un couple suscite beaucoup d'émotions, pour des raisons diverses, de façon différente chez chacun de nous. Les patientes qui souffrent de TCA nous renvoient également des affects parfois violents et de façon brute. En tant que thérapeute, nous devons métaboliser ces projections afin de pouvoir les renvoyer en quelque chose d'acceptable pour la patiente. Dans ce travail, je traite de la prise en charge de ces couples, compliquant et enrichissant notre travail de thérapeute. Il ne s'agit plus de s'occuper d'une dyade mais d'une triade puisque nous faisons partie du système que nous prenons en charge. A nous, l'équipe soignante, de continuer à penser ces couples afin de faire renaître ces conjoints auprès des patientes, de leur rendre leur rôle de tiers auprès des familles d'origine et auprès du corps soignant et enfin de créer l'espace psychique nécessaire à la possible renaissance d'un couple autrement que par l'intermédiaire du trouble alimentaire.

Toutes les études recensées sur le sujet, empiriques ou cliniques, tentent d'être au plus proche de ce qui serait une vérité absolue au sujet du fonctionnement de ces couples. Cette quête de perfection dans notre prise en charge n'est-elle pas à l'image de la perfection attendue dans le couple ? Perfection dont nous devons nous méfier à la fois dans notre toute-puissance

thérapeutique mais également si nous voulons transmettre au couple que l'expérience amoureuse durable relève d'un chemin long et complexe et représente une aventure commune dans laquelle la perfection ne peut être la règle. D'autre part, le couple est une dyade dynamique en perpétuel changement et nos considérations théoriques doivent donc évoluer avec l'évolution culturelle et sociale du couple. Enfin, une dernière justification possible de la prise en charge de ces couples serait de permettre à chacun des conjoints de faire un choix « libre et éclairé » de leur partenaire et en particulier pour la patiente, une fois le trouble alimentaire résolu.

Le but de la thérapie de couple pourrait être d'allier au mieux développement et épanouissement personnel d'une part et mise en commun de ces ressources au sein du couple afin de créer un troisième espace psychique (différent de l'addition des espaces psychiques individualisés de chacun), d'autre part. Si la thérapie se solde par une séparation du couple, je pense que nous pourrions aussi le comprendre comme une avancée sur le plan individuel. Chacun des partenaires aura réussi à prendre conscience, à assumer et à exprimer ses désirs et besoins propres. Si au terme de ce travail, la vie à deux ne semble plus être la voie royale de réussite et d'épanouissement personnel (à compter que le couple soit l'espace exclusif au sein duquel doivent se réaliser ces objectifs personnels), n'est-ce pas plus juste vis à vis de chacun des partenaires (à la fois envers eux-mêmes mais également envers l'autre) de se séparer plutôt que de se maintenir « à tout prix » dans une relation confortable au sens psychique (c'est à dire évitant les conflits inconscients) mais destructrice, à terme, lorsque les défenses de chacun rencontrent leurs limites ?

Mais devenons-nous un jour vraiment libre de nos choix, même au terme d'un travail psychothérapeutique ? Etre libre à deux, indépendant à deux, ne représente-il pas tout de même un paradoxe ?

10 BIBLIOGRAPHIE :

Les trois grands ouvrages sur lesquels je me suis appuyée pour faire ce travail sont :

Lussier, Yvan, Stéphane Sabourin, John Wright, et Collectif. *Manuel clinique des psychothérapies de couple*. Presses de l'Université du Québec, 2008.

Van den Broucke, S., et Vandereycken, W. *Eating Disorders and Marital Relationships*. Routledge, 1997.

Woodside, D. Blake. *Eating disorders and marriage: the couple in focus*. Psychology Press, 1993.

Abraham, Nicolas, et Maria Torok. *L'écorce et le noyau*. Flammarion, 2009.

Acier, D., et L. Nadeau. « La rémission sans traitement: état de la question pour une consommation problématique d'alcool ». *Annales médico-psychologiques*, 2006.

Altman, Irwin, et Dalmás Arnold Taylor. *Social penetration: the development of interpersonal relationships*. Holt, Rinehart and Winston, 1973.

Andersen, Arnold E. *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Hodder Arnold, 1985.

Anzieu, Didier. *Le Moi-peau*. 2^e éd. Dunod, 1995.

Arrindell, W A, et P M Emmelkamp. « Psychological profile of the spouse of the female agoraphobic patient. Personality and symptoms ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 146 (avril 1985): 405-414.

Association, American Psychiatric. *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé*. 2^e éd. Editions Masson, 2003.

Bader, Ellyn, et Peter T. Pearson. *In quest of the mythical mate: a developmental approach to diagnosis and treatment in couples therapy*. Psychology Press, 1988.

Barett, M.J., et R. Schwartz. « Couple therapy for Bulimia ». *Family Therapy Collection* 20 (1987): 25-39.

Basco, Monica Ramirez, Karen J. Prager, John M. Pita, Lois M. Tamir, et Jacqueline J. Stephens. « Communication and Intimacy in the Marriages of Depressed Patients ». *Journal of Family Psychology* 6, n° 2 (décembre 1992): 184-194.

Baucom, Donald H., Varda Shoham, Kim T. Mueser, Anthony D. Daiuto, et Timothy R. Stickel. « Empirically Supported Couple and Family Interventions for Marital Distress and Adult Mental Health Problems ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, n° 1 (février 1998): 53-88.

Beach, S.R., et K. O'Leary. « Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy ». *Behavior Therapy* 23, n° 4 (1992): 507-528.

Beach, Steven R.H., E. Sandeen, K. Daniel O'Leary, et David H Barlow. *Depression in Marriage: A Model for Etiology and Treatment*. Guilford Publications, 1990.

Bion, W.-R. « Attaques contre les liens ». *Nouvelle Revue de psychanalyse* 25 (s. d.): 285-298.

Birnbaum, G.E. « Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women ». *Journal of Social and Personal Relationships*, 2007.

Birnbaum, G.E., et H.T. Reis. « Women's sexual working models: An evolutionary-attachment perspective ». *Journal of Sex Research*, 2006.

Blos, P. « The second individuation process of adolescence ». *The Psychoanalytic Study of the Child* 22 (1967): 162-186.

Bongar, Bruce Michael. *Comprehensive textbook of psychotherapy: theory and practice*. Oxford University Press, 1995.

Bowen, M. « The use of family theory in clinical practice ». *Comprehensive Psychiatry*, 1966.

Bowlby, J. « The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth

Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976 ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 130 (mars 1977): 201-210.

———. « The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 130 (mai 1977): 421-431.

Brinch, M, T Isager, et K Tolstrup. « Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77, n° 5 (mai 1988): 611-617.

Bulik, Cynthia M, Donald H Baucom, Jennifer S Kirby, et Emily Pisetsky. « Uniting Couples (in the treatment of) Anorexia Nervosa (UCAN) ». *The International Journal of Eating Disorders* 44, n° 1 (janvier 2011): 19-28.

Buss, D.M. « Individual differences in mating strategies ». *Behavioral and Brain Sciences*, 1994.

Bussolotti, Debora, Fernando Fernández-Aranda, Raquel Solano, Susana Jiménez-Murcia, Vicente Turón, et Julio Vallejo. « Marital status and eating disorders: An analysis of its relevance ». *Journal of Psychosomatic Research* 53, n° 6 (décembre 2002): 1139-1145.

Cassen, Myriam. « Dynamiques familiales et conduites addictives : l'exemple des toxicomanies ». *Le Journal des psychologues* 254 (2008): 57.

Cermak, T L. « Diagnostic criteria for codependency ». *Journal of Psychoactive Drugs* 18, n° 1 (mars 1986): 15-20.

Collectif. *Dialogue, numéro 155 : Le Lien de couple et ses Paradoxes*. Erès, 2002.

———. *Nouveaux couples, nouvelles familles ?* Erès, 2000.

———. *Souffrances à deux, numéro 145*. Erès, 1999.

Coutanceau, Roland. *Amour et violence : Le défi de l'intimité*. Odile Jacob, 2011.

Coyne, J C. « Toward an interactional description of depression ». *Psychiatry* 39, n° 1 (février 1976): 28-40.

Crisp, A.H., R.S. Kalury, J.H. Lacey, et B. Harding. « The long-term prognosis in anorexia nervosa:some factors predictive of its outcome ». *Anorexia Nervosa* (s. d.): 5-65.

Dally, P. « Anorexia tardive--late onset marital anorexia nervosa ». *Journal of Psychosomatic Research* 28, n° 5 (1984): 423-428.

Dally, Peter, Joan Gomez, et A. J. Isaacs. *Anorexia nervosa*.Heinemann Medical Books, 1979.

Dattilio, F.R. « Thérapie cognitive de couple ». *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2, n° 2 (1992): 17-24.

Delbaere-Blervacque, C. « L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches : une revue de la littérature ». *Psychotropes* Vol. 15, n° 3 (2009): 93-111.

———. « Trouble du comportement alimentaire et addiction : les besoins des proches ». *Psychotropes* Vol. 16, n° 3 (2010): 139-160.

Deutsch, H. *Problèmes de l'adolescence*. Petite Bibliothèque Payot, 1970.

Dicks, H V. « The proper study of mankind ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 113, n° 505 (décembre 1967): 1333-1344.

Dodin, Vincent, et Marie-Lyse Testard. *Comprendre l'anorexie*. Seuil, 2004.

Donnellan, M. Brent, Dannelle Larsen-Rife, et Rand D. Conger. « Personality, Family History, and Competence in Early Adult Romantic Relationships ». *Journal of Personality and Social Psychology* 88, n° 3 (mars 2005): 562-576.

Dsm. *Dsm III r : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson, 1989.

Duck, S.W. « Relationships as unfinished business: out of the frying pan and into the 1990's ». *Journal of Social and Personal Relationships* 7 (1990): 5-28.

Duck, Steve. *Handbook of personal relationships: theory, research, and interventions*. John Wiley & Sons, 1997.

Edwards, M.E., et P. Steinglass. « Family therapy treatment outcomes for alcoholism ». *Journal of Marital and FamilyTherapy*, 1995.

Eiguer. *La parente fantasmatique / transfert et contre-transfert en thérapie familiale psychanalytique*. Dunod, 1993.

Eiguer, Alberto. *Clinique psychanalytique du couple*. Dunod, 1998.

Elkaïm, M. « Une approche systémique des thérapies de couple ». *Formation et pratiques* (1985): 127-139.

Elkaïm, Mony. *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*. Ed. augm. Seuil, 2001.

Framo, James L., Timothy T. Weber, et Felise B. Levine. *Coming home again: a family-of-origin consultation*. Psychology Press, 2003.

Freud, Sigmund. *Essais de psychanalyse: Au-delà du principe du plaisir. Psychologie collective et analyse du Moi. Le Moi et le Ça. Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort*. Payot, 1966.

———. *Introduction à la psychanalyse*. Payot. PAYOT, 2004.

———. *La vie sexuelle*. 9^e éd. Presses Universitaires de France - PUF, 1999.

———. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Gallimard, 1989.

Friedman, M A, A E Dixon, K D Brownell, M A Whisman, et D E Wilfley. « Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction ». *The International Journal of Eating Disorders* 26, n^o. 1 (juillet 1999): 81-85.

Garfinkel, Paul E., et David M. Garner. *Anorexia Nervosa : A Multidimensional Perspective*. 1^{er} éd. Bruner Meisel U, 1982.

Garner, David M., et Paul E. Garfinkel. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. Guilford Publications, 1985.

Gasman, Ivan, et Jean-François Allilaire. *Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*. 2^e éd. Masson, 2009.

Godart, N., F. Perdereau, et P. Jeammet. « Données épidémiologiques : anorexie chez l'adolescent ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 17, n^o. 6 (septembre 2004): 327-330.

Gurman, Alan S, et Peter Fraenkel. « The history of couple therapy: a millennial review ». *Family Process* 41, n^o. 2 (2002): 199-260.

Hahlweg, Kurt, et N.S. Jacobson. *Marital Interaction: Analysis and Modification*. Illustrated edition. Guilford Publications, 1984.

Haley, J. « Marriage Therapy ». *Archives of General Psychiatry*, 1963.

Haley, Jay. *Strategies of Psychotherapy*. 2^eéd. Triangle Press, 1990.

Haute Autorité de Santé. *Anorexie Mentale : Prise en charge*, 2010.

Heavey et al. « Anorexia Nervosa and marriage ». *International Journal of Eating Disorders* 8 (1989): 275-284.

Hoek, Hans Wijbrand, et Daphne van Hoeken. « Review of the prevalence and incidence of eating disorders ». *The International Journal of Eating Disorders* 34, n^o. 4 (décembre 2003): 383-396.

INSERM. *Psychothérapies, trois approches évaluées.*, 2004.

Jacobson, N.S., et Andrew Christensen. *Integrative Couple Therapy: Promoting Acceptance and Change*. WW Norton & Co, 1997.

Jacobson, Neil S. *Clinical handbook of marital therapy*. Guilford Press, 1986.

Jacobson, Neil S., Keith Dobson, Alan E. Fruzzetti, Karen B. Schmaling, et Sheppard Salusky. « Marital Therapy as a Treatment for Depression ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, n^o. 4 (août 1991): 547-557.

Jacobson, Neil S., et Andrew Christensen. *Integrative couple therapy: promoting acceptance and change*. Norton, 1996.

Jeammet, Philippe. *Anorexie Boulimie : Les paradoxes de l'adolescence*. Imprint unknown, 2009.

Kaës, R. *Souffrance & psychopathologie des liens institutionnels*. DUNOD, 1996.

Kaplan, Helen Singer. *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. Brunner/Mazel, 1979.

Kernberg, Otto F. *Love Relations: Normality and Pathology*. Yale University Press, 1995.

Lacey, J H. « Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome ». *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 286, n^o. 6378 (mai 21, 1983): 1609-1613.

———. « Homogamy: the relationships and sexual partners of normal-weight bulimic women ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 161 (novembre 1992): 638-642.

Lacey, J H, et G Smith. « Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 150 (juin 1987): 777-781.

Lasègue, Charles. « De l'anorexie hystérique ». *Journal français de psychiatrie* 32, n°. 1 (2009): 3.

Laurenceau, Jean-Philippe, Lisa FeldmanBarrett, et Michael J Rovine. « The interpersonal process model of intimacy in marriage: a daily-diary and multilevel modeling approach ». *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)* 19, n°. 2 (juin 2005): 314-323.

Lemaire, Jean-Georges. *Le Couple : sa vie, sa mort - La structuration du couple humain*. Payot, 1979.

Levine, P. « “Bulimic” couples: Dynamics and treatment ». *Family Therapy Collection* 25 (1988): 89-104.

Lewis, Helen Block. *The Role of shame in symptom formation*. Erlbaum Associates, 1987.

Linden, M, M Hautzinger, et N Hoffmann. « Discriminant analysis of depressive interactions ». *Behavior Modification* 7, n°. 3 (juillet 1983): 403-422.

Lipsey, M W, et D B Wilson. « The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis ». *The American Psychologist* 48, n°. 12 (décembre 1993): 1181-1209.

Lussier, Yvan, Stéphane Sabourin, John Wright, et Collectif. *Manuel clinique des psychothérapies de couple*. Presses de l'Université du Québec, 2008.

Mahler, Fred Pine, Anni Bergman Margaret S. *La naissance psychologique de l'être humain*. Payot, 1980.

Makino, Mariko, Koji Tsuboi, et Lorraine Dennerstein. « Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries ». *MedGenMed: Medscape General Medicine* 6, n°. 3 (2004): 49.

Marcelli, Daniel, et Alain Braconnier. *Adolescence et psychopathologie*. 7^e éd. Masson, 2008.

McDaniel, Susan H. *Casebook for integrating family therapy: an ecosystemic approach*. American Psychological Association, 2001.

Meston, C.M., et A. Bradford. « Sexual dysfunctions in women ». *Annual Review of Clinical Psychology*, 2007.

Miller, W.R., et S. Rollnick. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. Guilford. New York, 1991.

Minuchin, Salvador. *Families and Family Therapy*. 3rd Printing, 1974 éd. Harvard University Press, 1974.

NICE. « 2004/002 New guideline to standardise care for adults, adolescents and older children with eating disorders ». News/Press release. *NICE*, s. d. <http://www.nice.org.uk/>.

Northey, William F, Jr. « Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists: a national survey ». *Journal of Marital and Family Therapy* 28, n°. 4 (octobre 2002): 487-494.

O'Farrell, T.J., et W. Fals-Stewart. « Alcohol abuse ». *Journal of Marital and Family Therapy* 29 (2003): 121-146.

Person, Ethel Spector. *Dreams of Love And Fateful Encounters: The Power of Romantic Passion*. 1^{er} éd. American Psychiatric Press Inc., 2006.

Pinsof, William M. *Integrative Problem-Centered Therapy: A Synthesis of Family, Individual, and Biological Therapies*. Basic Books, 1995.

Root, Maria P. P., Patricia Fallon, et William N. Friedrich. *Bulimia: A Systems Approach to Treatment*. 1^{er} éd. W W Norton & Co Inc, 1986.

Rosnow, Ralph L. « Effect sizes for experimenting psychologists ». *Canadian Journal of Experimental Psychology = Revue Canadienne De Psychologie Expérimentale* 57, n°. 3 (septembre 2003): 221-237.

Russell, G. « Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa ». *Psychological Medicine* 9, n° 3 (août 1979): 429-448.

Sager, Clifford J. *Marriage Contracts and Couple Therapy: Hidden Forces in Intimate Relationships*. Diane Pub Co, 1994.

Satir, V., et Liendo, E. « A propos d'une thérapie de couple ». *Dialogue*, n° 79 (1980): 49-60.

Schmaling, Karen B., et Neil S. Jacobson. « Marital Interaction and Depression ». *Journal of Abnormal Psychology* 99, n° 3 (août 1990): 229-236.

Simpson, J.A. « Pair bonding as an organizational model for integrating research on close relationships ». *Psychological Inquiry*, 1994.

Singly, De. *Libres ensemble, l'individualisme dans la vie commune*. Nathan Université, 2000.

Stewart, D E, J Raskin, P E Garfinkel, O L MacDonald, et G E Robinson. « Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 157, n° 5 (novembre 1987): 1194-1198.

Sullivan, P.F. et al. « Outcome of Anorexia Nervosa: A Case-Control Study ». *American Journal of Psychiatry* 155 (1998): 939-946.

Tiller, Jane M, Gaynor Sloane, Ulrike Schmidt, Nicholas Troop, Michael Power, et Janet L Treasure. « Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa ». *International Journal of Eating Disorders* 21, n° 1 (janvier 1, 1997): 31-38.

Treasure, J, T Murphy, G Szmukler, G Todd, K Gavan, et J Joyce. « The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36, n° 7 (juillet 2001): 343-347.

Vandereycken, Walter, etc, E. Kog, et J. Vanderlinden. *The Family Approach to Eating Disorders: Assessment and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. PMA Publishing Corporation, U.S., 1993.

Van den Broucke, S., et Vandereycken, W. *Eating Disorders and Marital Relationships*. Routledge, 1997.

W.L., Marshall. « Intimacy, loneliness and sexual offenders ». *Behaviour Research and Therapy* 27, n° 5 (1989): 491-504.

Waring, E M. « Measurement of intimacy: conceptual and methodological issues of studying close relationships ». *Psychological Medicine* 15, n°. 1 (février 1985): 9-14.

Whitney, Jenna, Joanna Murray, Kay Gavan, Gill Todd, Wendy Whitaker, et Janet Treasure. « Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 187 (novembre 2005): 444-449.

Wiederman, M W, et T Pryor. « A comparison of ever-married and never-married women with anorexia nervosa or bulimia nervosa ». *The International Journal of Eating Disorders* 22, n°. 4 (décembre 1997): 395-401.

Winnicott, D. W. *Jeu et réalité*. Gallimard, 2002.

Woodman, Marion. *Addiction to Perfection: The Still Unravished Bride: A Psychological Study*. Inner City Books, 1983.

Woodside, D. Blake. *Eating disorders and marriage: the couple in focus*. Psychology Press, 1993.

Woodside, D.B., et L.F. Shekter-Wolfson. « Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa ». *International Journal of Eating Disorders* 9 (1990): 303-309.

Wright, John, Stéphane Sabourin, Josianne Mondor, Pierre McDuff, et Salima Mamodhoussen. « The clinical representativeness of couple therapy outcome research ». *Family Process* 46, n°. 3 (septembre 2007): 301-316.

11 ANNEXES :

ANNEXE I :

Voici la définition donnée dans le DSM IV (Association américaine de psychiatrie) en 1994 :

A/ refus de maintenir le poids au niveau ou au dessus d'un poids minimal normal pour l'âge et pour la taille (par exemple , perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).

B/ Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C/ Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.

D/ Chez les femmes postpubères, aménorrhée c'est à dire absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme étant aménorrhéique si ses règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

Spécifier le type :

Type restrictif: pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crise de boulimie ni recours aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est à dire laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs: pendant l'épisode actuel, le sujet a, de manière régulière présenté des crises de boulimie et /ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

ANNEXE II :

A/Survenue récurrente de crise de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes:

1-absorption en une période de temps limitée (par exemple moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.

2-sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de ce que l'on mange ou ce que l'on mange).

B/Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que: vomissements provoqués; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments; jeûne ; exercice physique excessif.

C/Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux en moyenne au moins deux fois par semaine pendant trois mois.

D/L'estime de soi est influencée de façon excessive par le poids et la forme corporelle.

E/Le trouble ne survient pas exclusivement pendant les périodes d'Anorexie mentale.

Spécifier le type:

Type avec vomissements ou prise de purgatifs: pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Type sans vomissements ni prise de purgatifs: pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

AUTEUR : de MERINGO

Julia

Date de soutenance : 17 Avril 2012

Titre de la Thèse : Les femmes souffrant de troubles du comportement alimentaire et leurs conjoints : Faut-il toujours soigner le couple ?

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de Classement : D.E.S. psychiatrie

Mots-clés : Troubles du comportement alimentaire, Amour, Anorexie, Boulimie, Couple, Sexualité, Thérapie de couple, Familles d'origine.

Résumé : Les Troubles du comportement alimentaire (TCA) s'observent de façon plus fréquente qu'auparavant chez les femmes en couple. Pourtant la compréhension des mécanismes psychopathologiques à l'œuvre dans ce type de trouble questionne la capacité de ces patientes à être au monde et en particulier la singularité du lien qui les lie à l'autre. La question du couple, dont les représentations et les définitions se transforment au cours des générations, nous interroge d'autant plus pour ces patientes. A travers les différents courants théoriques définissant le couple et ses composants fondamentaux, à savoir l'intimité, l'engagement et l'amour, nous tenterons de comprendre quel type de lien unit ces jeunes femmes à leurs conjoints. La dimension relationnelle du trouble alimentaire nous amène à la question de la prise en charge thérapeutique de ces patientes et à l'implication du conjoint dans celle-ci. A la lumière de deux cas cliniques, nous tenterons d'analyser et de conclure quant à la pertinence de l'implication du conjoint dans la prise en charge ainsi qu'à ses principaux facteurs déterminants et modalités thérapeutiques.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Michel GOUEMAND

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre DELION

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Vincent DODIN

Melle le Docteur Marion HENDRICKX

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]