



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

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

**Les figures masculines dans les familles touchées par l'anorexie :
des représentations des grand-mères et des mères à celles des
patientes.**

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 avril 2018 à 18h
Au Pôle Recherche
Par Alix MIGDAL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur O. COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur P. THOMAS

Monsieur le Professeur G. VAIVA

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur V. DODIN

Avertissements

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

RESUME	15
INTRODUCTION	17
I. GENERALITES.....	17
II. OBJECTIFS.....	21
MATERIELS ET METHODES	22
I. PROCEDURE	22
II. PARTICIPANTS	23
A. LA FAMILLE A.....	24
B. LA FAMILLE B.....	27
RESULTATS	30
I. LES DIFFERENTES CARACTERISTIQUES DE CES HOMMES.....	31
A. L'HOMME ABSENT.....	31
B. L'HOMME FRAGILE, FAIBLE : l'homme disqualifié	35
C. L'HOMME RIGIDE	40
II. QUELLES CONSEQUENCES SUR LES AUTRES GENERATIONS ?	44
A. DISQUALIFIER LE PERE POUR AVOIR UNE RELATION EXCLUSIVE AVEC LA FILLE.....	44
B. UN SENTIMENT AMBIVALENT POUR LE PÈRE : entre une quête de reconnaissance et le rejet.....	46
C. LE CHOIX DU FUTUR MARI.....	50
DISCUSSION	52
I. LA RELATION PERE-FILLE : COMPARAISON A LA LITTERATURE	53
II. L'INTERET DU TRANSGENERATIONNEL.....	55
A. INFLUENCE DE LEUR PROPRE HISTOIRE FAMILIALE.....	55
B. UNE FILLE EN QUETE DE RECONNAISSANCE	56

C. DES MESSAGES CONSCIENTS OU INCONSCIENTS.....	57
III. ROLE DU PERE	58
A. ACQUISITION ET APPRENTISSAGE.....	58
B. PROCESSUS DE SEPARATION / INDIVIDUATION.....	58
C. ACCEPTATION DE LA FEMINITE.....	60
IV. REPERCUSSION SUR LA PATIENTE ET SA PATHOLOGIE.....	61
V. NUANCES.....	63
CONCLUSION.....	65
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXES.....	71
GRILLE DE L'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURE	71

ABREVIATIONS

DSM V: Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie V.

HDJ : Hôpital De Jour

HTC : Hôpital à Temps Complet

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis

PBI : Parental Bonding Instrument

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

RESUME

L'anorexie est une pathologie complexe avec de nombreux facteurs déclenchants en lien avec la puberté, l'environnement socioculturel ou encore le système familial. Des études ont mis en évidence une corrélation entre des dysfonctionnements familiaux avec parfois une indifférenciation des générations et l'apparition de troubles du comportement alimentaire. Les recherches se concentrent majoritairement sur l'interaction mère-fille excluant le père. Au sein de notre étude il était question d'identifier les différentes perceptions des figures masculines par les grand-mères et mères et les répercussions sur celles de la patiente.

Nous avons réalisé une étude systémique, psychodynamique et transgénérationnelle pour laquelle ont été réalisés des entretiens semi-structurés individuels au sein de deux familles soit six sujets : grand-mères, mères et patientes. L'analyse des données a été réalisée par la méthode Interpretative Phenomenological Analysis.

Les principales figures masculines qui ressortent des entretiens sont les pères et les maris. Les grand-mères et les mères ont tendance à les disqualifier et à leur laisser peu de place dans leur vie, leur permettant de garder une relation exclusive avec leur fille. Par leurs expériences personnelles et leurs comportements, les grand-mères et les mères semblent avoir une influence, volontaire ou non, sur les patientes et la perception qu'elles ont de leur propre père. Les trois générations ont globalement une vision similaire de ces hommes perçus comme absents, fragiles et rigides. Au sein de cette étude nous avons constaté que les mécanismes connus de la littérature, entre le père et la patiente, sont également présents dans les

générations supérieures sans pour autant générer des troubles alimentaires chez la mère ou la grand-mère.

S'il est difficile de prouver significativement l'influence des générations supérieures sur les perceptions des hommes chez la patiente, on peut constater que celle-ci désire un futur mari au caractère opposé à celui de son père. Dans ce contexte, une prise en charge systémique semble pertinente chez les patientes souffrant d'anorexie.

INTRODUCTION

I. GENERALITES

Les patientes souffrant d'anorexie mentale ont probablement des personnalités fragilisées expliquant l'apparition de cette pathologie mais ceci ne serait pas l'unique explication. Des facteurs déclenchants en lien avec la puberté, le système familial ou encore l'environnement socioculturel pourraient déclencher le trouble du comportement alimentaire. Celui-ci est ensuite entretenu par des facteurs psychologiques, biologiques et interactionnels. Ce comportement que les patientes ont mis en place pour lutter contre un épisode de stress ou une situation complexe peut s'installer et se transformer petit à petit en une réelle maladie avec de graves conséquences (1).

L'anorexie mentale est une pathologie appartenant à la catégorie des troubles du comportement alimentaire (TCA). Elle est définie d'après le DSM-V par un refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour le sexe, l'âge et la taille ; une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros et une altération de la perception du poids et de la forme de son corps avec une influence excessive sur l'estime de soi ou le déni de la gravité de la maigreur actuelle (2).

L'anorexie mentale est en augmentation dans les populations occidentalisées, elle concerne environ 0,3 à 0,9% des jeunes filles dans une tranche d'âge entre 12 et 17 ans (3,4). La phase d'anorexie dure en moyenne un an et demi à trois ans mais

elle peut durer bien plus longtemps chez certaines. Généralement deux tiers des patientes sont guéries après cinq ans d'évolution, si ce n'est pas le cas, le terme d'anorexie mentale chronique est alors employé. Des rémissions ou guérisons plus tardives sont toujours possibles. Il faut savoir qu'environ 50% des patientes atteintes d'anorexie mentale à l'adolescence guérissent à terme, un tiers s'améliore, 21% présentent une forme chronique et 5% décèdent fréquemment des complications somatiques (arrêt cardiaque en majorité) ou par suicide (27% des cas) (5). C'est la maladie psychiatrique associée au plus haut taux de mortalité.

Très longtemps, les troubles du comportement alimentaire ont été considérés comme des « problèmes féminins », se concentrant sur les interactions mère-fille, mettant en évidence par exemple, des réponses inadaptées de la mère aux besoins de la fille (6). Les pères ont alors été mis de côté dans les prises en charge des patientes. Or, certains se sont intéressés à la relation père-fille et se sont aperçus que celle-ci avait un impact majeur sur le comportement de la patiente (7,8). Des études ont mis en évidence que les pères de patientes atteintes de TCA étaient perçus par leur filles comme moins attentionnés et avec moins d'empathie que les groupes témoins (9,10). D'après une autre étude, il semblerait qu'ils soient plus contrôlants que les mères de patientes souffrant d'anorexie mentale (11) ou présenteraient une alexithymie commune avec leur fille (12). Les pères semblent donc avoir une place plus importante que ce que les patientes pourraient nous laisser croire durant les entretiens. Pour les patientes, ce sont les hommes de manière générale qui sont très souvent exclus de leurs discours et même de leur vie.

Des études se sont intéressées à l'approche transgénérationnelle dans les TCA, principalement dans la lignée féminine cherchant à savoir si les interactions entre la grand-mère et la mère pouvaient avoir une influence sur le développement d'un TCA chez l'enfant. A l'aide d'un outil, le Parental Bonding Instrument (PBI), ils ont mis en évidence que les interactions entre la grand-mère et la mère pouvaient être un facteur influençant l'apparition de TCA chez la jeune (11). Une autre étude s'est intéressée au comportement alimentaire de la grand-mère et de la mère des patientes, cherchant à repérer s'il existait une transmission directe ou indirecte des TCA dans la triade grand-mère, mère et fille. Un certain nombre d'effets directs et indirects ont été observés à travers le comportement de la mère en tant que modèle mais également à travers ses commentaires sur l'alimentation. Le comportement de la grand-mère a également eu des effets indirects sur la petite fille (13).

Dans le cadre de mon mémoire de DES de psychiatrie, j'ai réalisé des entretiens avec la grand-mère, la mère et la patiente atteinte d'anorexie mentale sur le thème de la féminité. Nous avons évoqué leur histoire personnelle de leur enfance jusqu'à ce jour. Alors qu'il s'agissait d'entretiens centrés sur les femmes et la féminité, j'ai été surprise de voir la place qu'elles accordaient aux hommes dans leur vie ainsi que leurs rapports : dépendance ou indépendance, soumission ou affrontement. Dans cette dernière étude, nous avons conclu à une influence de la grand-mère et de la mère dans le comportement féminin de la patiente.

Nous pouvons alors nous poser la question : le transgénérationnel a-t-il également un intérêt dans la perception des figures masculines chez les patientes souffrant d'anorexie mentale ?

II. OBJECTIFS

Dans cette nouvelle étude, nous nous sommes questionnés sur la perception qu'ont les grand-mères et les mères des patientes des figures masculines qui les entourent. Puis nous nous sommes intéressés à l'influence que cela pouvait avoir sur celle de la patiente, de ses attentes envers les hommes et de sa maladie.

Nous avons fait l'hypothèse que chacune a été influencée par les générations supérieures pour la perception qu'elles ont des hommes qui les entourent et pour choisir leur mari. Nous avons également fait l'hypothèse que les grand-mère et les mères influencent la perception qu'ont leurs descendantes des hommes de leur famille (père, frère, oncle) à travers leurs discours ou comportements.

En aucun cas il ne s'agit de prouver un lien de causalité entre le comportement des grand-mères, des mères et l'apparition de trouble du comportement alimentaire chez la fille. Mais il est question de repérer si leurs propres perceptions des hommes et leurs comportements peuvent avoir une influence sur la perception de celle de la patiente et une influence sur les différents symptômes en lien avec la maladie.

Dans un premier temps nous décrivons les différentes caractéristiques perçues par les grand-mères, mères et patientes, concernant les figures masculines qui les entourent. Puis nous étudierons les conséquences sur les générations suivantes. Enfin nous comparerons nos résultats à ceux de la littérature.

MATERIELS ET METHODES

I. PROCEDURE

Il s'agit d'une étude systémique, psychodynamique et transgénérationnelle pour laquelle j'ai réalisé des entretiens semi-structurés en individuel (annexe 1) d'environ une heure à une heure et demi avec la grand-mère, puis la mère et enfin la patiente de chaque famille. Ces entretiens ont eu lieu pour la plupart à l'hôpital dans les bureaux médicaux du service de TCA à Saint Vincent de Paul ou au domicile des sujets entre janvier et juin 2017. La trame de chaque entretien est similaire mais en fonction des réponses des sujets, je me suis adaptée. Par exemple, j'ai pu modifier l'ordre de mes questions afin que l'entretien reste fluide et que le sujet se sente libre d'ajouter ce qu'il souhaitait, cela pouvant faire émerger de nouveaux thèmes non prévus au départ. Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone avec l'accord des patientes puis retranscrits intégralement sur ordinateur.

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Il est question d'une méthode qualitative reconnue permettant d'explorer la façon dont les sujets perçoivent des situations. Ceci requiert la subjectivité du sujet ainsi que celle du thérapeute (14). Cette analyse porte à la fois sur le sujet rapportant l'expérience mais également sur l'expérience elle-même. La méthode consiste à lire plusieurs fois chaque entretien et de les annoter pour identifier différents thèmes autour du thème principal. (15)

Une analyse transversale des entretiens a permis d'identifier les thèmes récurrents que j'ai ensuite réorganisés. J'ai sélectionné plusieurs extraits des entretiens qui me semblaient pertinents en lien avec ces différents thèmes. L'analyse a été faite seule, à l'aide de schémas permettant de mettre en avant les différents processus. L'analyse des données a été inductive, c'est à dire que je suis partie d'une observation pour faire une hypothèse. J'ai généralisé à l'ensemble des TCA ce que j'ai pu observer pour ces cas particuliers. Il était donc nécessaire par la suite de réaliser une revue de la littérature.

II. PARTICIPANTS

Deux familles, soit six sujets, ont été incluses dans cette étude. Le choix de deux familles a été fait afin de pouvoir comparer les résultats obtenus. Il s'agissait de patientes suivies dans le service de TCA de psychiatrie adulte de l'hôpital Saint Vincent de Paul en hospitalisation à temps complet ou en hôpital de jour. Ces patientes n'ont pas de vécu traumatique afin d'éviter tout biais. Nous n'avons pas notion de drames familiaux, ni personnels.

Les critères d'inclusions étaient : des patientes de sexe féminin dont le diagnostic d'anorexie mentale restrictive pure selon le DSM-V a été fait et ayant encore en vie leur mère et leur grand-mère maternelle. Les critères d'exclusions étaient : des patients de sexe masculin, présentant des épisodes de boulimie, bénéficiant d'une thérapie familiale actuellement ou dans le passé et ayant leur mère et/ou grand-mère maternelle décédées.

A. LA FAMILLE A

La patiente est âgée de 18 ans, elle était suivie en HDJ TCA depuis plusieurs mois à la fréquence d'une fois par semaine puis deux fois par semaine pour une anorexie mentale restrictive depuis environ un an avec un IMC à 14,2 kg/m². Après plusieurs semaines en HDJ, son IMC a évolué à 14,5 Kg/m² mais celui-ci a ensuite stagné pendant plusieurs semaines. On note une hyperactivité physique, elle court 10 km tous les week-ends avec son père et fait des exercices de musculation par centaines en chambre tous les jours. Après un seul cycle de menstruations, elle a présenté une aménorrhée secondaire. On remarque également une dysmorphophobie : une préoccupation exagérée de certaines parties de son corps, les cuisses et le ventre avec une vision erronée de celles-ci.

Devant un état clinique inquiétant et une stagnation de la prise pondérale une hospitalisation lui avait été fortement recommandée. D'abord opposante, elle a ensuite pris la décision de se faire hospitaliser en hospitalisation à temps complet dans le service de psychiatrie adulte, le jour de sa majorité.

Elle est la cadette d'une fratrie de trois filles, ses sœurs ont 24 et 21 ans. Elle entretient des relations très conflictuelles avec sa sœur de 21 ans. Elle est la seule à encore vivre chez ses parents et se décrit comme très fusionnelle avec sa mère. Elle est en terminale S et a d'excellents résultats scolaires. Elle souhaite faire des études dans le domaine du sport ou kinésithérapeute ou encore sage-femme.

Sa mère est l'aînée d'une fratrie de deux, elle a un frère de deux ans de moins avec qui elle a peu de contacts mais avec qui elle est en bons termes. Elle a quitté le domicile familial à 20 ans pour rentrer dans une école d'infirmières sur Lille. Elle

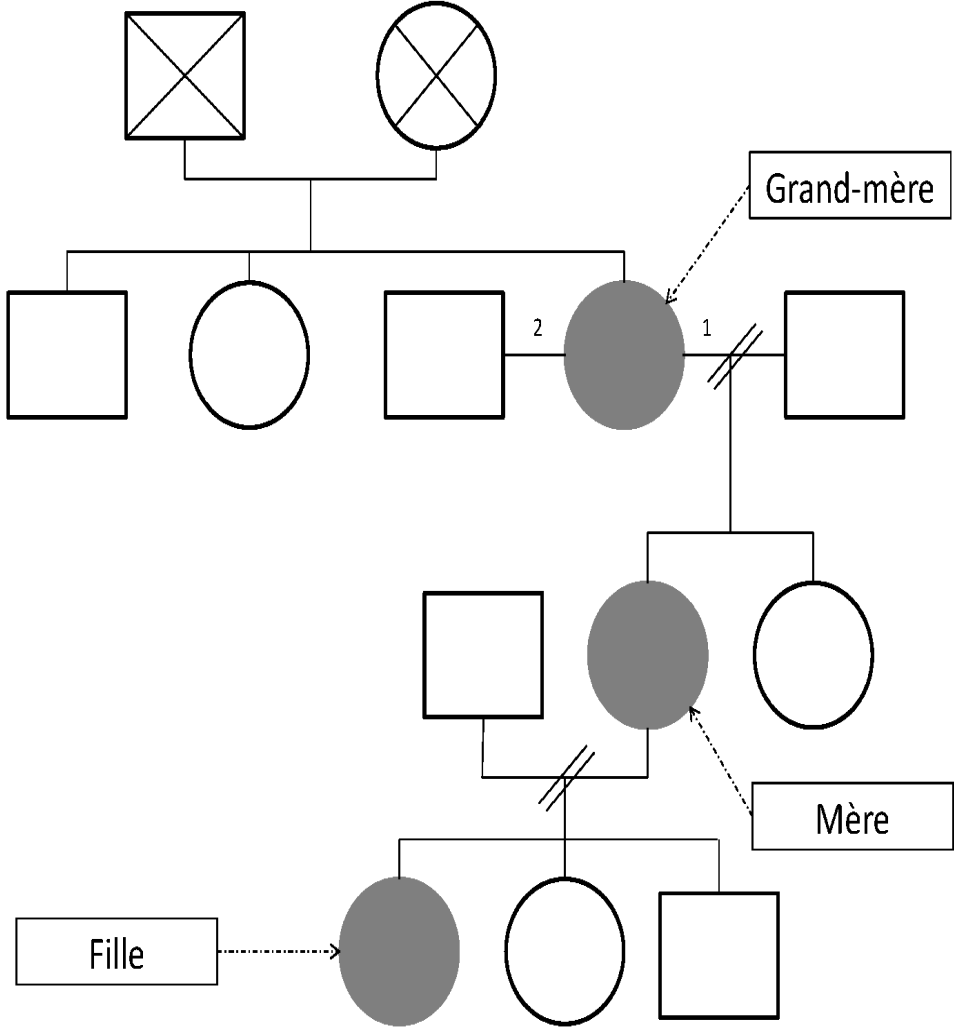
aurait aimé être sage-femme. Elle a rencontré son mari à l'âge de 18 ans, elle est tombée enceinte de sa première fille à 23 ans et s'est mariée à 28 ans, après la naissance de leur deuxième fille. Elle a été en congé parental pendant 3 ans après la naissance de la patiente.

Au début de leur relation, les parents de la patiente ont vécu très souvent à distance l'un de l'autre du fait des nombreux déplacements professionnels du père. Il y a quelques années, il a créé sa propre entreprise dans le Nord mais suite à des difficultés financières il a dû la vendre. Depuis un an, il vit en région parisienne la semaine pour son travail et rentre dans le Nord le week-end. Tous les samedis il court 10 km avec sa fille. Son histoire familiale semble complexe mais il ne désire pas en parler avec son épouse. Son père est décédé jeune, le père de la patiente avait une vingtaine d'années. Sa mère est décédée quelques années plus tard. Il a décidé de prendre ses distances avec ses frères et sœurs, la raison reste inconnue.

La grand-mère maternelle est âgée de 76 ans. Elle est la seconde d'une fratrie de trois, elle a un frère aîné et un frère cadet. Elle est secrétaire retraitée et veuve depuis 8 ans, son mari s'est suicidé par arme à feu. Dans le passé, elle a énormément déménagé pour suivre son mari qui était régulièrement muté dans toute la France. Il était dans un premier temps directeur de patinoire puis après de nombreux licenciements et une période de chômage, il a travaillé à l'ANPE. Elle vit seule à son domicile avec ses chats. Je l'ai rencontrée chez elle afin de réaliser l'entretien, cette dernière n'osant pas trop conduire.

La patiente était motivée pour participer à cette étude, elle semblait plus investie et plus loquace durant l'entretien que dans son suivi habituel. La mère semblait gênée de participer à cette étude mais a accepté à la demande de sa fille. La grand-mère était ravie de participer espérant pouvoir m'aider dans mes travaux.

Arbre généalogique de la famille A :



B. LA FAMILLE B

La patiente est âgée de 24 ans, elle est hospitalisée au moment de l'entretien en hôpital de jour TCA de l'hôpital Saint Vincent de Paul à la fréquence de deux fois par semaine. Elle présente une anorexie mentale restrictive depuis l'âge de 19 ans et a été adressée dans le service par une clinique privée de l'agglomération lilloise dans laquelle elle était hospitalisée.

Sur le plan clinique la patiente a un IMC qui se stabilise aux alentours de 15 kg/m², on retrouve une hyperactivité physique, un surinvestissement dans les études et une aménorrhée secondaire. On note également une dysmorphophobie au niveau des bras, des cuisses et du ventre. Avant chaque repas, la patiente mesure le périmètre de ses bras afin de se rassurer et d'évaluer la quantité de nourriture qu'elle peut absorber.

Elle est l'aînée d'une fratrie de trois. Sa sœur a deux ans de moins, elle est en études de vétérinaire, elles ont eu un conflit dans le passé et ne se sont pas parlé pendant deux ans. Elle a un petit frère avec qui elle a peu de liens du fait de la différence d'âge, ils ont huit ans d'écart. Elle est actuellement en cinquième année de médecine et passe son concours l'année prochaine. Elle ne sait pas encore quelle spécialité choisir, ce qui l'angoisse terriblement.

Ses parents ont divorcé quand elle avait 17 ans. Elle a vécu en garde alternée pendant un temps puis principalement chez sa mère. A sa sortie d'hospitalisation de la clinique privée, la patiente est allée vivre quelques semaines chez sa tante maternelle puis est retournée vivre chez sa mère. Aujourd'hui la patiente a son propre appartement que sa grand-mère lui finance.

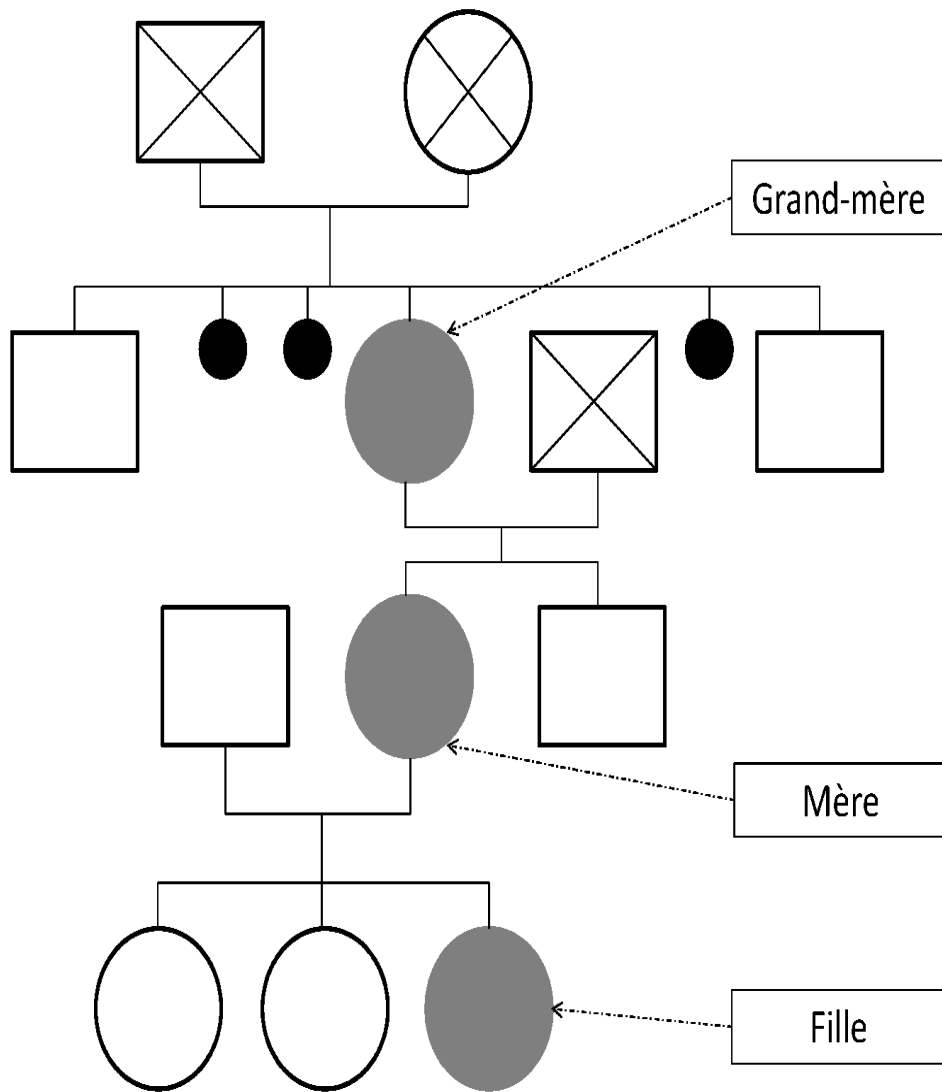
Sa mère, âgée d'une quarantaine d'années est en arrêt maladie depuis un an pour burn-out professionnel. Elle travaillait comme commerciale pour une grande enseigne. Elle reprend des formations pour être masseuse. Elle est restée en bons termes d'après elle avec son ex-mari, notamment pour ce qui concerne les enfants. Elle est actuellement en couple mais ils vivent séparément. Elle est l'aînée d'une fratrie de deux filles et est en très bons termes avec sa sœur. Ses parents ont divorcé quand elle avait 4 ans, elle a vécu avec sa mère et sa sœur et voyait seule son père les week-ends.

La grand-mère maternelle est âgée de 78 ans, elle a divorcé à l'âge de 29 ans alors qu'elle était enceinte de sa deuxième fille. Elle n'a plus de contact avec son premier mari. Elle est de nouveau en couple depuis ses 40 ans avec un médecin qui est devenu le parrain de la patiente. Elle a un frère aîné avec qui elle est en bons termes et une sœur cadette avec qui elle n'a plus de contact. Elle a étudié à l'EDHEC et a fait partie des sept premières filles à pouvoir y rentrer. Elle a travaillé toute sa vie dans une grande enseigne.

Le grand-père maternel est toujours en vie, il vit en institut et est atteint de la maladie d'Alzheimer.

La patiente semblait enthousiaste de participer à cette étude du fait d'être étudiante en médecine, sa mère était également ravie de participer, montrant beaucoup d'entrain avant et pendant l'entretien. La grand-mère était enchantée de participer à cette étude et de pouvoir être entendue.

Arbre généalogique de la famille B



RESULTATS

Dans ces six entretiens, j'ai pu constater que les grand-mères et mères ont majoritairement parlé de deux hommes : leur père et leur mari. Quant aux patientes elles ont principalement parlé de leur père puis de leur futur mari.

Les frères, lorsqu'il y en a, ne sont quasiment jamais cités ou alors pour évoquer une anecdote négative ou un désintérêt. Ils ne sont en aucun cas des références ou des modèles pour ces femmes.

Par exemple, la grand-mère de la famille A décrit son frère comme quelqu'un d'égoïste, un opportuniste et explique qu'elle aurait préféré avoir des sœurs. La mère a également un frère dont elle n'a quasiment pas parlé, expliquant qu'il habitait loin et qu'ils se voyaient peu. La patiente, elle, n'a que des sœurs.

Quant à la famille B, la grand-mère a très peu parlé de son frère aîné mais elle a expliqué qu'il avait mis sa fiancée enceinte à 22 ans et que cela avait entraîné des répercussions dans la famille comme la colère du père et un traumatisme pour elle. La mère n'a pas de frère. La patiente, elle, évoque également une seule fois son frère (alors qu'elle mentionne plusieurs fois sa sœur). Elle explique avoir ressenti un agacement pour lui plus jeune puis peu d'intérêt. Elle reconnaît même ne pas avoir été toujours très sympathique avec lui. Elle dit avoir peu de lien et peu de souvenirs avec lui.

Le grand-père maternel n'est cité qu'une seule fois par la patiente de la famille A et n'est jamais mentionné par la patiente de la famille B.

Les dernières figures masculines qui sont évoquées sont les petits-amis ou les compagnons. Encore une fois, les discours les concernant sont peu élogieux surtout dans la famille B. Ils sont décrits comme des hommes de passage, peu stables, à qui on ne peut pas faire confiance. Ils sont peu appréciés par les autres générations.

I. LES DIFFERENTES CARACTERISTIQUES DE CES HOMMES

Nous avons donc principalement organisé notre analyse et nos recherches autour des pères et des maris de chaque femme. Il en est ressorti trois caractéristiques principales : absence, fragilité et rigidité. Pour chacune, nous détaillerons pour les deux familles et depuis le point de vue de chaque génération.

A. L'HOMME ABSENT

Les pères et maris sont majoritairement décrits comme absents par les femmes des deux familles. Soit physiquement du fait d'un décès, de déplacements professionnels ou d'un divorce, soit psychiquement et parfois même les deux.

Cas de la famille A:

La grand-mère décrit son propre père comme un homme absent. Dès la grossesse de sa mère, celle-ci avait décidé de retourner vivre chez sa propre mère pour des raisons pratiques. Le père de la grand-mère n'était donc pas présent durant la grossesse ni lors de l'accouchement. Puis, après la naissance, travaillant à la SNCF

pendant la guerre, il était régulièrement en déplacement pendant de longues périodes. Son absence était compensée par les victuailles qu'il rapportait à chacun de ses retours (lait, œufs, beurre). Cette période a duré de sa naissance à ses trois ans. Toute la famille est ensuite partie en Afrique, pendant trois ans, pour des raisons professionnelles. Mais souffrant d'une anémie sévère, la grand-mère a dû rentrer plus tôt accompagnée de sa mère et de son frère. Ce n'est que six mois plus tard que son père les a rejoints en France. Elle n'a donc que peu de souvenirs de son père car celui-ci a été très souvent absent.

« Je n'ai pas beaucoup de souvenirs de mon père, c'est vrai, c'est une époque qui était certainement calme, non je ne me souviens pas spécialement de mon père, voilà c'est tout, mais oui je ne me souviens pas trop ».

La grand-mère qualifie ensuite son mari également d'absent. Dans un premier temps physiquement. Du fait de son travail il était rarement là et quand il était là, il ne l'aidait pas pour s'occuper des enfants. Il s'est suicidé depuis, créant une absence physique définitive.

« à cette époque avec son travail, mon mari n'était jamais là » ; « mon mari ne s'est jamais occupé d'un bébé, il ne fallait pas lui demander de changer une couche, le biberon au pire mais il ne fallait pas que ce soit trop souvent non plus », « il s'est suicidé avec une arme qui était dans l'escalier, maintenant je suis toute seule ».

Psychiquement, il était également absent. Ce qu'elle explique par une dépression qui a débuté peu de temps après leur rencontre jusqu'à sa mort. C'est la mère de la patiente qui décrit le mieux cette impression d'absence. Alors qu'elle était enfant, elle

se souvient d'un père peu présent, distant, avec qui elle a peu de souvenirs, peu d'interactions.

« Mon père avait des soucis de santé, il était dépressif donc il fallait le laisser tranquille, il ne fallait pas faire de bruit, le laisser tranquille », « je n'ai jamais eu de relation fusionnelle, toujours une distance, une pudeur ».

Le père de la patiente est également décrit comme quelqu'un d'absent par sa femme et par sa fille. Sa femme explique que dès leur rencontre, ils ont vécu à distance du fait de son travail. Elle faisait ses études à Lille et lui était à Rouen la semaine et rentrait parfois les week-end. Après plusieurs années de vie commune dans la même ville, il vit actuellement à Paris la semaine et rentre le week-end. Il ne participe donc pas à la vie de famille et ne peut être acteur quotidiennement dans l'éducation des enfants.

« Mon mari n'étant pas là sur place il a du mal à se rendre compte de la situation » ; « mon mari ne peut pas être là travaillant sur Paris »

Mais lorsqu'il est présent physiquement, il semble absent psychologiquement, peu d'interactions avec le reste de la famille. Sa femme le met sur le compte de sa pudeur, de sa timidité. Elle explique qu'il communique peu.

Quant à la patiente, elle pense que ses symptômes ont débuté à la période du départ à Paris de son père. Expliquant ne réussir à manger qu'en sa présence. Elle explique que la maladie lui a permis par la suite de se rapprocher de son père, le trouvant auparavant distant. Les seuls moments de partage qu'elle a actuellement avec lui sont les footings le week-end.

« Mon père était distant » ; « On est devenus plus proches, on s'est vraiment rapprochés car il avait peur » ; « j'attendais mon père, je l'attendais tout le temps ».

Cas de la famille B :

La grand-mère explique que son père est mort jeune et qu'elle a dû rapidement prendre sa place pour s'occuper de sa mère. Elle a peu de souvenirs de son enfance avec lui mais se rappelle d'un homme peu démonstratif, distant, « *pas très aimant* ». Avec son premier mari, la grand-mère explique avoir vécu la pire période de sa vie, elle a dû se débrouiller toute seule pour élever sa première fille, car il n'aidait pas financièrement, ni matériellement ni physiquement. Pendant les 9 ans de vie commune elle s'est sentie seule et a fini par divorcer.

« Il était radin, j'assumais les tâches matérielles, financières seule »

Ce qui fait que la mère de la patiente a peu vu son père, elle décrit une présence par intermittence, elle passait du temps avec lui les week-ends et pendant les vacances. Elle dit avoir eu un manque de repère adulte. Mais la nuance qu'on peut voir, c'est que dans ses souvenirs ce n'est pas son père qui est parti mais c'est sa mère qui est à l'origine de cette séparation. Aux yeux de la petite fille de l'époque son père ne l'a pas abandonnée mais a été forcé de partir.

« J'ai un souvenir vague de voir maman foutre mon père dehors »

La mère de la patiente revient également sur des épisodes de sa vie où son mari a été absent. Suite à des infidélités, il a quitté plusieurs mois le domicile familial mais

pour ensuite revenir. Ils ont eu leur troisième enfant dans un but « *de reconstruction de couple* » mais ceci n'a pas fonctionné. Même lorsqu'il était là il ne lui apportait ni l'amour ni l'attention dont elle avait besoin. Ils ont ensuite divorcé.

« Mon couple m'échappait, mon mari m'échappait »

La patiente revient également sur l'absence de son père, physique : les quelques mois où il a quitté la maison. Mais elle évoque le ressenti d'un père absent même lorsqu'ils vivaient encore ensemble, ce qui a créé une distance entre les deux, un manque d'interaction père-fille. Le divorce de ses parents n'a fait que renforcer cet éloignement, étant principalement chez sa mère.

« J'ai quand même relativement un souvenir d'un père quand même absent même s'il était là physiquement, je ne le sentais pas là »

L'absence du père, de repère adulte, semble avoir incité la fille à grandir plus vite, à se responsabiliser plus tôt que prévu. Elle a eu l'impression qu'elle devait assumer un rôle qui n'était pas le sien ce qui a été anxiogène pour ces femmes.

La mère de la patiente explique « *j'ai dû porter mes parents* ». La patiente, elle, dit « *j'étais un peu comme la deuxième maman de ma mère* ».

B. L'HOMME FRAGILE, FAIBLE : l'homme disqualifié

Les hommes de ces deux familles sont décrits par ces femmes comme des êtres fragiles, faibles. Consciemment ou non, elles les disqualifient en tant que père et en

tant que mari. Elles les associent à la maladie : dépression, addiction, Alzheimer ; à des échecs professionnels : licenciement, chômage ou remettent en question leur autorité. Nous pouvons donc supposer qu'elles parlent d'eux de la même façon à leur entourage et à leurs enfants, leur renvoyant une image négative de leur père ou grand-père.

Cas de la famille A :

Commençons par la grand-mère, elle parle de son mari comme d'un homme faible dans un premier temps physiquement du fait de la maladie. Au début de l'entretien elle nuance ses propos et évoque un « *caractère compliqué* ». Elle le décrit ensuite comme « *anxieux* » puis « *dépressif* » depuis leur rencontre. Au cours de l'entretien, elle nous explique qu'il présentait une addiction aux médicaments et à l'alcool. En fin d'entretien elle ne pèse plus ses mots et décrit « *une descente aux enfers* » avec un homme qui n'a pas voulu se soigner et qui a fini par se suicider.

- *en début d'entretien : « un tempérament un peu dépressif » « il était très anxieux »*

- *en fin d'entretien : « il avait un comportement qui n'était pas bon, carrément déprimé, un gros fumeur, il s'est mis à la boisson, mais il était déjà plus ou moins addict, il a fait des tentatives pour arrêter mais il n'avait aucune volonté ».*

Sur le plan professionnel, elle ne fait pas non plus son éloge. Elle cite ses nombreuses mutations du fait de son « *mauvais caractère* », les licenciements, la période de chômage, un arrêt maladie pendant dix ans, puis son dernier emploi à l'ANPE par faute de mieux.

« Avec ses échecs au niveau des patinoires il a été carrément déprimé, il ne pouvait pas continuer, il fallait bien qu'il fasse quelque chose. Il avait un bac, ça pouvait être l'enseignement mais ça ne lui disait rien, il avait fait un an ou deux dans le primaire mais bon il n'était pas plus branché que ça, il s'est dit je ne vais pas retenter, donc il est rentré à l'ANPE ».

Les propos de la grand-mère influencent-ils la perception de sa fille à propos de cet homme ?

La mère tient le même discours que la grand-mère, tout en modérant ses propos, cherchant parfois à lui trouver des excuses. Son discours est plus nuancé, on perçoit le désir d'une petite fille qui veut protéger son père, elle a de la pitié pour lui mais évoque tout de même ses faiblesses.

« Il était malheureux, triste » ; « je pense que quand on est enfant c'est difficile de voir son père comme ça, on se dit c'est tout faut faire avec, on s'habitue aussi. J'ai toujours connu mon père sous traitement, à travailler et se mettre en arrêt maladie, mais c'était comme ça » ; « il buvait de l'alcool, consommait, dépensait énormément, conduisait dans un état, c'était des soucis au quotidien ».

Elle va évoquer avec plus de tact les faiblesses de son mari. Elle mentionne l'échec de son entreprise, ses difficultés à supporter la distance alors qu'elle le vit bien. En revanche, elle ne nous a jamais évoqué les violences de son mari.

La patiente, elle, va reprocher à son père son manque de communication, son incapacité à résoudre un conflit. Elle pointe la fierté ou amour-propre de son père comme une faiblesse.

« C'est toujours ma mère qui fait le premier pas, sinon plus personne ne se parlait, mais mon père lui il a jamais fait ça, aucune communication, de toute façon il ne sait pas communiquer ».

Elle remet également en question l'autorité de son père, expliquant qu'il était l'opposé de sa mère et que ses deux parents se contredisaient en permanence. Ce qui d'après elle lui fait perdre en crédibilité.

« Mes parents sont totalement différents, les opposés, quand on leur pose une question c'est complètement différent entre les deux » ; « un couple ridicule »

Cas de la famille B :

Au sein de cette famille, la grand-mère ne va pas ménager les hommes, elle les disqualifie ouvertement, à plusieurs reprises, à l'exception de son second mari.

Tout d'abord son premier mari, à qui elle ne trouve aucune qualité. Un homme qui, d'après elle, était radin et n'a pas su remplir son rôle de mari, à la fois matériellement et émotionnellement, et n'a pas assumé son rôle de père avec sa deuxième fille.

Puis vient le tour de son gendre qu'elle dénigre. Elle le décrit comme un homme qui n'est pas à la hauteur de sa fille avec un « *décalage intellectuel* ». Elle lui reproche le manque d'études, son métier de coiffeur. Elle explique qu'après une reconversion professionnelle, il a été plusieurs fois licencié et est actuellement au chômage. Elle le pense dépressif. Elle dit ne pas vouloir le critiquer car il reste le père de ses petits-enfants mais la réalité est toute autre.

« Je pense que ce n'est pas quelqu'un pour elle mais bon je ne vous en dirai pas plus mais il a quasiment jamais travaillé, il s'est encore fait

licencier, c'est la cinquième fois » ; « je ne pouvais rien dire à ma fille elle était entichée, comment vous dire et maintenant elle dit à toutes ses copines : « et dire que maman m'avait prévenue » ».

La mère de la patiente perçoit également son père comme quelqu'un de fragile, mais son discours est plus nuancé que celui de la grand-mère. Elle reconnaît les faiblesses de son père, « *son manque de dynamisme, sa tristesse, sa sensibilité* ». Elle le pense si fragile qu'elle croit que l'annonce de son divorce a déclenché sa maladie d'Alzheimer. Elle a de la pitié pour son père.

« Quand je quittais la voiture le dimanche soir il avait des larmes, on rentrait à deux à l'heure, c'était toujours un gros déchirement pour lui » ; « c'était compliqué d'imaginer mon père seul, de l'imaginer dans sa petit chambre de bonne, malheureux ».

Pitié qu'elle a également pour son ex-mari. Les raisons pour lesquelles elle s'est mise en couple avec lui restent floues. Elle évoque des sentiments amoureux, une envie de prendre un homme opposé à celui que sa mère aurait souhaité, un homme similaire à son père ou encore le besoin d'un homme fragile qu'elle devrait porter ne sachant être que dans ce rapport avec les autres. Elle précise que jamais elle ne dévaloriserait son ex-mari devant leurs enfants or elle explique avoir de l'inquiétude à son sujet, la même inquiétude que sa fille aurait. Nous comprenons qu'elles échangent sur les problèmes du père.

« Il a touché en moi, c'est peut-être horrible ce que je vais dire mais il me faisait mal au cœur, il me touchait, c'est horrible de dire ça, ce n'est pas péjoratif, il y avait quelque chose d'une fragilité chez lui qui me touchait comme cette fragilité chez mon père qui me touchait ».

D'ailleurs la patiente a la même vision de son père que la mère a de son ex-mari. Elle le voit comme un homme fragile, peu stable sur qui il est difficile de se reposer. Une figure parentale qui n'est pas un modèle, qui n'a pas su résister à la tentation et a été infidèle. Les propos de son entourage ont également dû renforcer l'image fragile qu'elle a de son père.

« Il est malheureux, il y a un moment où il était hyper déprimé, il picolait, enfin ce n'est plus comme ça » ; « j'ai su que pour mon père c'était très anxiogène, mon père ça l'a complètement paniqué d'avoir un troisième enfant »

Devant la fragilité de son père, la patiente adopte l'attitude d'une mère avec son père ou encore d'une épouse, avec l'envie de le porter et de l'aider, tout comme sa mère l'avait fait autrefois.

C. L'HOMME RIGIDE

Paradoxalement aux deux résultats précédents, ces femmes perçoivent leur père et mari comme des hommes autoritaires, qu'elles peuvent craindre. Elles ont parfois l'impression d'être soumise à eux. La seule exception est le père de la patiente de la famille B, qui n'est en aucun cas perçu comme un homme avec une quelconque autorité.

Cette rigidité se manifeste de manière différente chez chacun de ces hommes mais tous montrent peu d'affect et les moments de tendresses sont quasi-inexistants.

Cas de la famille A :

La grand-mère perçoit la femme, de manière générale, comme inférieure à l'homme, précisant qu'à son époque les filles devaient être sages et obéissantes. Elle décrit son propre père comme un homme rigide, sévère et qui avait pour mission de rétablir l'ordre à la maison.

« mon père était comme les pères de l'époque, un peu sévère, pas beaucoup de tendresse, mais je pense que c'était l'époque qui voulait ça, il fallait rester vraiment discrets, un peu sur sa réserve, je l'ai ressenti comme ça »

En ce qui concerne son mari, elle explique qu'à leur rencontre, c'est lui qui l'a choisie et que comme pour le reste de leur vie, elle lui a toujours obéi sans jamais s'opposer à ses décisions.

« Il n'aimait pas beaucoup qu'on lui donne des ordres, il fallait faire à son idée » ; « il était le chef de famille ».

En fin d'entretien, elle parle de la violence de son mari, violence physique et verbale. Elle évoque les menaces de son mari, les chantages aux suicides, les coups. Dans son discours, nous ne percevons ni agressivité ni rancœur, elle fait un constat, elle répond aux questions. Elle a passé sa vie à être dans l'évitement du conflit. Mais elle nous transmet une image négative de cet homme. Nous pouvons donc nous questionner sur ce que sa fille et petite fille ont perçu de cet homme.

La mère de la patiente explique qu'enfant, elle devait laisser son père tranquille sinon il pouvait s'énerver.

« Il ne fallait pas faire de bruit, le laisser tranquille, sinon ça l'agaçait, donc non pas trop de contact » ; « à table il ne fallait pas parler car on mangeait avec la télévision »

Elle craint son père comme elle craint son mari. Elle qualifie ce dernier de renfermé, avec qui il est difficile de communiquer. Elle n'ose pas se confronter à lui. Elle donne l'exemple de l'entreprise de son mari et de son interdiction d'ouvrir le courrier et les factures alors qu'elle était sa comptable.

« Il ne fallait pas trop parler de son entreprise, ça a toujours été son entreprise, ses affaires, ses problèmes, c'est lui qui devait gérer, du coup ça été compliqué pour moi, je n'avais pas le droit d'ouvrir le courrier, mais bon c'était comme ça »

La patiente, alors qu'elle n'a jamais vécu avec le grand-père, que la grand-mère et la mère disent peu communiquer, perçoit très bien le caractère et comportement de son grand-père. Elle le décrit comme un « *dominant* » dont elle avait « *peur* ». Les propos, attitudes des générations supérieures ont forcément dû l'influencer à penser ceci. Elle va d'ailleurs le comparer à son propre père, lorsqu'elle évoque les violences de celui-ci. Son père est décrit comme un homme violent physiquement envers elle et ses sœurs et verbalement avec sa mère. Elle évoque une perte de contrôle de la part de son père. Elle cherche à le changer pour qu'il devienne celui qu'elle aimerait qu'il soit et c'est à travers l'anorexie qu'elle tente de le contrôler.

« Il la traite de connasse » ; « Il pétait les plombs, il en venait aux mains, mais il a arrêté il a peur maintenant de me casser » ; « maintenant il ne le fait plus, sur ça je lui ai fait reconnaître qu'il avait changé ».

Alors qu'il est l'auteur des violences qu'elle reçoit, elle le perçoit comme le seul qui peut la protéger, le chef de famille.

« Quand ma sœur et moi on se disputait, mon père il était là pour intervenir » ; « je ne sais pas pourquoi mais je me sentais rassurée quand mon père était là » ; « mon père il me protégeait ».

Cas de la famille B :

Dans cette famille, la grand-mère décrit également qu'à son époque elle avait l'impression que la femme devait respecter l'homme et lui être obéissante. Son père est qualifié de rigide, stricte et n'évoque aucun souvenir de tendresse.

Avec son premier mari, alors qu'il est considéré comme un être faible, elle parle de soumission et le craint.

« La place de la femme à mon époque c'était un peu la soumission surtout avec mon premier mari »

La mère de la patiente décrit son père comme un homme avec une certaine distance et pour qui l'éducation et les règles tenaient une place importante. Elle le décrit également comme peu démonstratif.

« C'était toujours : tiens bien tes couverts ! Tiens toi droite ! Finis ton assiette » ; « euh pas dans le toucher, pas dans le je t'aime, pas très démonstratif mais aucun doute sur l'amour qu'il avait pour moi ».

Quant au père de la patiente, ni la grand-mère, ni la mère, ni la patiente ne le décrivent comme quelqu'un avec une certaine autorité. Bien au contraire, il est décrit

par la patiente comme l'opposé de sa mère. Si celle-ci est perçue comme « *super stricte* », le père est perçu comme « *plus cool* ».

« oui il y avait des câlins, le soir il fallait que j'aie mon bisou du soir, mon père me racontait des histoires » ; « je voulais que mon père s'élève un peu contre ma mère mais il disait rien ».

II. QUELLES CONSEQUENCES SUR LES AUTRES GENERATIONS ?

A. DISQUALIFIER LE PERE POUR AVOIR UNE RELATION EXCLUSIVE AVEC LA FILLE.

Nous pouvons constater que les hommes de ces deux familles sont perçus par les trois générations de femmes de manière majoritairement similaire : Absents, fragiles et rigides. Ils suscitent chez ces femmes de l'admiration ou du rejet, parfois les deux.

Cependant, nous pouvons noter des nuances dans les discours de chacune. Les grand-mères sont beaucoup plus dures dans leurs propos vis à vis de leur père mais surtout de leur mari. Consciemment ou non, verbalement ou par leur comportement, elles disqualifient totalement leur mari auprès de leur fille. Dans la famille A, la grand-mère, par son comportement passif devant les violences de son mari, passe pour une victime et ce dernier est mal perçu par la mère et la patiente. Elle véhicule inconsciemment une image négative du

grand-père à travers son discours et son comportement. La mère va donc percevoir son père comme la grand-mère perçoit son mari et transmet à sa fille la même perception même si elle le connaît très peu.

Dans la famille B, la grand-mère, dépeint volontairement un tableau noir de son premier mari à sa fille. Elle revendique sa position de femme soumise et de mère célibataire qui a dû traverser de grosses épreuves. À travers cette attitude, nous comprenons avec le reste de l'entretien qu'elle tente de créer une alliance avec sa fille afin d'exclure le père de leur vie. Ce qui a plutôt fonctionné avec sa deuxième fille mais moins avec la mère de notre patiente. Celle-ci reste ambivalente vis-à-vis de son père même si nous retrouvons de nombreuses critiques pour son père, similaires à celles de sa mère. Nous pouvons donc supposer l'influence de la grand-mère sur la mère.

Les mères vont avoir les mêmes perceptions des hommes que les grand-mères mais vont l'exprimer avec plus d'affects et de nuances. Cependant le but semble le même, disqualifier le père et créer une relation privilégiée avec leur fille excluant le père.

Dans la famille A, lorsque le père part vivre à Paris, la mère trouve des excuses pour rester dans le Nord, lui permettant inconsciemment de maintenir le père à distance de sa fille. En laissant son mari être agressif avec les enfants, nous pouvons supposer, qu'inconsciemment, elle s'assure de l'image négative qu'ils auront de lui.

Dans la famille B, ce mécanisme est d'autant plus marqué par le fait que ce sont les femmes qui prennent la décision de divorcer et qui officiellement

excluent leur ex-mari en ayant la garde des enfants. Elles sont alors sûres de préserver leur relation mère-fille. A ceci s'ajoutent les échanges mère-fille sur les fragilités du père, renforçant le rejet du père.

Mécanisme qui semble dans l'ensemble efficace. Le père est perçu par les patientes comme quelqu'un d'absent et de faible, elles ont ressenti du dégoût ou du rejet pour celui-ci. Mais on perçoit dans leur discours une nostalgie des peu de moments qu'elles ont eu avec leur père, laissant apparaître une ambivalence vis à vis de l'image qu'elles ont de lui. Partagées entre leur loyauté vis-à-vis de leur mère et leur désir de petite fille de plaire à leur père, l'anorexie pourrait être une des solutions qu'elles ont trouvées.

B. UN SENTIMENT AMBIVALENT POUR LE PÈRE : entre une quête de reconnaissance et le rejet.

Nous pouvons constater que les patientes mais aussi leur mère et leur grand-mère sont nostalgiques des rares moments de complicité passés avec leur père. Un père qui, malgré ses fragilités et ses absences, semble pouvoir rassurer sa fille dans les moments de doutes et de faiblesses. Il l'encourage, prend soin d'elle petite. Elle cherche alors à créer un lien avec le premier homme de sa vie, son père, et à le rendre fier, notamment sur le plan scolaire. Les pères sont perçus comme les opposés des mères, ceux avec qui les loisirs et la légèreté semblent envisageables. Une relation père-fille qui avec le temps est devenue complexe du fait de la puberté et de l'emprise de la mère sur la fille. La patiente adopte alors un comportement ambivalent avec son père entre le rejet et la quête de complicité.

Cas de la famille A :

Pour la grand-mère, alors qu'elle décrit un père distant peu démonstratif et strict, c'est pourtant lui qui l'a soutenue à poursuivre sa passion pour la peinture, qui l'a encouragée. Elle s'est sentie valorisée.

« À l'époque mon père me poussait, il aimait bien, de ce côté il m'a plutôt soutenue, donc je suis rentrée dans une école annexe aux beaux arts ».

La patiente, quant à elle, explique que son père était présent uniquement dans les moments où elle était malade. Elle explique qu'il prenait soins d'elle et venait se mettre dans son lit. Nous pouvons supposer qu'en grandissant, avec l'apparition de la puberté, son père gêné a pris plus de la distance, comme vu dans le premier résultat. Elle cherche à revivre ces moments de complicité avec lui et y parvient à travers la maladie et le sport (footing du week-end en lien avec son hyperactivité physique).

« Mon père il me faisait des câlins quand j'étais malade, quand j'avais la grippe ou je sais quoi, il était dans mon lit, il prenait vraiment soin de moi » ; « au début mon père était distant mais cette année on s'est vraiment rapprochés ».

On retrouve une ambivalence chez la patiente lorsqu'elle explique avoir ressenti un réel désir de rejet envers son père peu de temps avant son départ à Paris. Elle semble partagée entre sa relation fusionnelle et exclusive avec sa mère et le désir de retrouver son père, celui avec qui elle se souvient avoir passé des moments de complicité.

« Je me souviens mon père avant qu'il ait son travail sur Paris je ne le supportais plus, quand il était dans la même pièce que moi je ne pouvais plus le supporter, enfin, le moindre bruit qu'il faisait je parlais de la pièce » ; « Mon père m'a déjà dit que quand j'étais petite il se sentait à part car ma mère elle était trop avec moi, il se sentait de trop »

Cas de la famille B :

Dans le cas de la grand-mère, elle désirait que son père soit fier d'elle. C'est dans le domaine des études qu'elle a tenté de trouver cette reconnaissance. D'abord avec son bac mais elle a été déçue de voir qu'elle n'arrivait pas à satisfaire son père.

« Quand j'ai eu mon bac, mon père était en train de bricoler et je lui ai dit « tiens tu sais j'ai eu mon bac » il a dit « ah c'est bien », c'était normal. Vous savez c'était ... oui c'est vrai (rires). »

Elle a alors ensuite intégré l'EDHEC faisant partie des sept premières femmes à y rentrer. Son père l'a encouragée et l'a soutenue tout au long de ses études et l'a même encouragée à reprendre des études après son diplôme car elle désirait finalement être pharmacienne.

Dans le discours de la mère de la patiente, on perçoit une réelle admiration pour son père. Sur le plan scolaire, elle aurait aimé faire les mêmes études que son père, sûrement pour créer un lien entre eux et qu'il soit fier d'elle. Mais sa mère l'a fortement incitée à faire une école de commerce, ce qu'elle regrette aujourd'hui. Un peu plus loin dans son discours, elle explique avoir très peu de souvenirs de son enfance à l'exception des moments privilégiés passés avec son père. Elle tente de préserver ces peu de moments de complicité qu'ils ont eu ensemble, uniquement à

deux. Des temps avec plus de légèreté qu'avec sa mère. Lorsqu'elle les décrit, on perçoit de la nostalgie avec un discours immature et l'utilisation du terme « *mon papa* ».

« J'ai peut-être plus de souvenirs d'avoir fait des choses avec mon papa, peut-être aussi parce que j'étais toute seule avec lui » ; « Beaucoup d'admiration pour mon papa » ; « j'étais fière d'être avec mon papa, c'était important, c'était chouette » ; « on dansait dans le salon avec papa sur Boney M » ; « aucun doute sur l'amour qu'il pouvait avoir pour moi ».

En ce qui concerne la patiente, on retrouve le même scénario que la mère. Elle explique qu'avec son père ils pouvaient partager des moments de jeu, de légèreté qui étaient impossibles en présence de la mère. Chaque déplacement professionnel de la mère était l'occasion de passer des temps privilégiés à deux. Tout comme la patiente de la famille A, elle explique que c'est son père qui s'occupait d'elle lorsqu'elle était malade et elle aurait aimé que ces moments durent.

« C'était la fête car je restais avec papa » ; « je me souviens des temps privilégiés que j'avais avec mon père c'était par exemple quand j'étais malade, on était ensemble c'était trop bien » ; « c'était top on jouait aux jeux vidéo, il s'occupait de moi, c'était cool » ; « on avait qu'une envie c'était que maman ne rentre pas le soir ou alors que je ne guérisse pas ».

Elle a envie de plaire à son père, qu'il soit fier d'elle. Ils font un couple en l'absence de la mère. Mais lorsque son père la compare à sa mère, ceci semble insupportable pour la patiente. Sa mère vient faire interface dans leur relation.

« Parfois il me disait « attention tu es comme ta mère », je le prenais pas très bien mais en même temps, ça voulait dire que j'étais chiante, râleuse, relou, trop horrible, un tyran. Elle était reconnu comme le tyran par mon père ».

Or comme la patiente de la famille A, elle, a un sentiment de rejet pour son père. Une relation père-fille complexe où il est difficile de trouver un juste équilibre.

« Je savais que je l'aimais et qu'il m'aimait mais pffff ... c'était un peu dur » ; « moins je le voyais, mieux je me portais ».

C. LE CHOIX DU FUTUR MARI

Les expériences et les perceptions des générations supérieures semblent influencer la perception et les choix des générations inférieures, même si nous ne pouvons pas significativement le prouver. On remarque cependant que les mères des patientes ont tendance à choisir des hommes semblables à leur propre père. Quant aux patientes, elles désirent construire leur vie avec des hommes qu'elles perçoivent opposés à leur grand-père ou père.

- Dans le cas de la famille A, la patiente désire un mari « *un peu distant* », « *pas trop envahissant* », comme son père l'a été. Mais elle précise également, qu'elle ne désire pas qu'il soit « *dominant comme mon père ou mon grand-père* ». Elle ajoute « *je veux qu'on soit égaux et pareils* » ; « *complices et qu'on rigole* », « *et qu'on pense pareil* » nous supposons qu'elle fait référence au couple de ses parents qu'elle décrit comme ridicules, opposés et en conflit

permanent. La perception qu'elle a de son père a donc une influence sur ses désirs et attentes envers les hommes, elle souhaite l'opposé de ce dernier.

- Dans le cas de la famille B, elle souhaite que son futur mari « *gagne bien sa vie* », « *soit stable* », « *soit épanoui dans son travail* », tout ce que son père n'est pas. Il a été licencié à plusieurs reprises, elle le pense malheureux et fragile. Elle explique aussi qu'elle aimerait que son futur mari lui apporte « *du soutien et de la sécurité* », ceci semble faire référence à son grand-père et à ce que sa grand-mère a pu dire de lui. Elle aussi, fantasme sur un homme qu'elle perçoit opposé à ceux de sa famille.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'analyser les différentes perceptions qu'ont les grand-mères, mères et patientes anorexiques, des figures masculines qui les entourent. Il était également question de repérer l'intérêt du transgénérationnel dans la perception de l'homme et l'influence potentielle sur la patiente.

Nous avons constaté que les deux principales figures masculines dont ces six femmes parlent sont leur père et leur mari. Elles ont des discours très similaires en ce qui concerne ces hommes. Les trois générations ont dans l'ensemble la même vision des hommes : absents, fragiles et rigides. Elles leur laissent peu de place dans leur vie mais ils ont pourtant une place importante dans leur histoire et leur discours. Elles ont tendance à admirer leur père et disqualifier leur mari. Les patientes sont plus ambivalentes vis-à-vis de leur propre père, partagées entre le rejet et la recherche de reconnaissance.

Les expériences et les perceptions des générations supérieures semblent influencer la perception et les choix des générations inférieures, même si nous ne pouvons pas significativement le démontrer. Cependant on remarque que les mères des patientes ont tendance à choisir des hommes semblables à leur propre père. Quant aux patientes, elles désirent construire leur vie avec des hommes qu'elles perçoivent opposés à leur grand-père ou père.

Après la lecture des plusieurs articles, nous pouvons constater que les résultats concernant les patientes et leur père sont dans l'ensemble en accord avec la littérature. Ce qui est le plus notable et intéressant dans notre étude c'est que ces résultats s'appliquent également aux générations précédentes (grand-mère et mère).

I. LA RELATION PERE-FILLE : COMPARAISON A LA LITTERATURE

Dans la littérature, les pères des patientes anorexiques sont décrits comme des narcissiques perfectionnistes, émotionnellement limités et déprimés (16). Au sein de notre étude, nous retrouvons le manque d'affect et la dépression pour le grand-père de la famille A et le grand-père et le père de la famille B.

Dans d'autres études, les patientes perçoivent leur père comme plus influent que leur mère et l'admirent plus (17). Les pères valorisent l'ambition, la réussite de leur fille ainsi que leur capacité de contrôle, leur apparence avec leur minceur ainsi que d'autres caractéristiques propres à leurs filles (18). Mais celles-ci perçoivent l'insatisfaction de leur père et craignent leur rejet, elle sont alors en quête d'une reconnaissance (19). Dans notre étude nous pouvons voir que ce sont les pères des mères des patientes (donc les grands-pères) qui semblent être plus exigeants sur le plan scolaire que les pères des

patientes. Et ce sont les mères des patientes et les grands-mères qui sont en admiration devant leur père et en quête de reconnaissance plus que les patientes avec leur propre père.

On peut également lire que les anorexiques perçoivent un rejet paternel avec un manque d'attention et une absence de soins (20). En ce qui concerne le manque de soins, dans notre étude, nous ne retrouvons pas le même résultat que dans la littérature. La patiente évoque un manque d'attention et une absence du père mais elle explique que son père est présent lorsqu'elle est malade et que c'est lui qui prend soin d'elle dans ces moments. En revanche la grand-mère décrit un manque de soins de la part de son mari envers leur fille.

Au sein d'une autre étude qui étudiait la relation père-fille chez les patientes anorexiques, il a été mis en évidence que les patientes étaient à la recherche de preuves d'amour de la part de leur père ne sachant pas si celui-ci les aimait. De plus, elles avaient l'impression d'avoir des tempéraments similaires à celui de leur père et de penser de la même façon que lui. Il a également été retrouvé que les patientes idéalisaient leur père et avaient une tendance à imiter leur comportement. Elles décrivent une proximité antérieure aux troubles avec beaucoup d'admiration (8). Ce comportement est principalement mis en évidence chez la mère des patientes dans notre étude.

On peut également lire que les pères des patientes anorexiques croyaient qu'ils faisaient preuve de beaucoup plus d'empathie à l'égard de leur fille que

ce que leurs filles pouvaient percevoir (21). Cependant ces dernières sont en demande de se rapprocher de leur père (22). Notre étude ne nous permet pas de réellement comparer ce résultat car nous n'avons pas reçu les pères en entretien. Cependant, les patientes ont eu à un moment le désir de se rapprocher de leur père comme leur mère avec leur grand-père.

Nous pouvons donc faire le constat que le fonctionnement habituel décrit dans la littérature entre le père et la patiente n'est pas forcément identique à celui de nos familles. En revanche, au sein de notre étude, plusieurs éléments probants sont retrouvés dans la génération supérieure, entre la mère et le grand-père.

Les mères de nos patientes ne présentent pas de troubles du comportement alimentaire à notre connaissance mais ont pourtant de nombreux facteurs qui auraient pu les influencer à en développer. Elles perçoivent leur père et adoptent une attitude similaire à celle des jeunes filles anorexiques. Elles semblent avoir été épargnées de la pathologie mais ont-elles influencé ou transmis quelque chose à leur fille ?

II. L'INTERET DU TRANSGENERATIONNEL

A. INFLUENCE DE LEUR PROPRE HISTOIRE FAMILIALE

Généralement, le père a tendance à imiter le comportement de son propre père. En ce qui concerne la mère, du fait de son expérience personnelle et d'une probable déception œdipienne avec son père, elle anticipe le fait que son mari ne sera pas

émotionnellement disponible pour elle et leurs enfants. La mère de l'anorexique endosse alors un rôle parental plus fort parce qu'elle pense que le père ne s'impliquera pas de manière significative, comme cela a été le cas dans sa propre enfance avec son père. Ceci peut expliquer pourquoi la mère a une place aussi forte et le père aussi faible (23). Dans nos deux familles, les grands-pères maternels ont en effet été peu présents pour leur fille, et nous retrouvons des relations très fortes entre la mère et la patiente, avec peu de place pour le père. La nuance dans notre étude est que les mères ont pris une place plus importante que le père mais qu'elles ont renforcé cette différence en éloignant le père, soit géographiquement, soit par une séparation (divorce). Et nous retrouvons ce mécanisme aussi bien pour la mère de la patiente que pour la grand-mère dans la famille B.

B. UNE FILLE EN QUETE DE RECONNAISSANCE

Au sein de notre étude nous avons pu constater que les mères percevaient leurs maris avec les mêmes caractéristiques que leur père. Nous pouvons donc supposer qu'elles ont, consciemment ou non, choisi des maris qui ressemblent à leur propre père.

Maine explique que les filles ont toujours eu « faim » pour une relation avec leur père (23). Elles sont en quête de reconnaissance de la part de leur père. Le corps mince représente la maîtrise de soi et le perfectionnisme qui sont deux qualités admirées de manière générale par les pères. En ayant ce corps mince, elles ont l'impression de gagner l'acceptation du père (24). Le père a également tendance à être plus exigeant que la mère dans les résultats

scolaires avec des attentes plus élevées, ce qui va influencer l'enfant à aller vers le perfectionnisme (25). Dans notre étude, c'est sur ce deuxième versant, celui de la scolarité que les mères des patientes recherchent la reconnaissance de leur père tandis que les patientes la recherchent à travers le contrôle et la minceur.

C. DES MESSAGES CONSCIENTS OU INCONSCIENTS

Dans nos résultats, nous avons mis en avant que les grands-mères, de manière involontaire (famille A) ou volontaire (famille B), pouvaient transmettre des messages aux générations inférieures sur les différentes figures masculines. Ce résultat est similaire à ce que nous pouvons lire dans la littérature. Maine explique, qu'inconsciemment la mère peut transmettre des messages à sa fille au sujet de son père, mais l'inverse est aussi possible. Ces messages sont cruciaux pour la fille car elle va les intérioriser et cela va influencer ses sentiments ou son comportement. Si la patiente voit que son père est irrespectueux envers sa mère, elle se sentira probablement non respectée par son père. L'attitude et les propos que le père a envers les femmes et tout particulièrement sa femme, vont avoir une lourde influence sur le point de vue de la fille sur ce que représente une femme désirable (26,27).

III. ROLE DU PERE

A. ACQUISITION ET APPRENTISSAGE

Le rôle du père dans le développement de l'enfant a été longtemps oublié ou minimisé impliquant la mise de côté du père. Puis, certains auteurs sont intéressés aux pères de jeunes filles anorexiques. De manière générale, le père a un rôle important avec une influence directe ou indirecte sur le bon déroulement de la phase orale chez l'enfant et donc de l'alimentation. À travers une revue de la littérature, il a également été mis en évidence qu'un père présent et impliqué dans l'éducation de sa fille durant la petite enfance avait une influence positive sur celle-ci. Notamment dans l'acquisition intellectuelle, les aptitudes sociales et linguistiques. À l'âge scolaire il a un impact sur une meilleure estime de soi et une personnalité plus adaptée, plus stable. Cette influence se poursuivrait tout au long de la vie de l'enfant (22). Le père est plus impliqué dans l'enseignement, explique et transmet davantage d'informations à leur fille que la mère (28).

B. PROCESSUS DE SEPARATION / INDIVIDUATION

De plus la présence du père et ses interactions avec son enfant favoriseraient le sentiment de sécurité. Son absence entraînerait donc un sentiment d'insécurité (29). Chez les patientes anorexiques, de nombreuses études se sont intéressées à la théorie de l'attachement et ont mis en

évidence un style d'attachement inséculaire. Il était question majoritairement du lien mère-fille (30–34). Quelques études se sont intéressées au lien père-fille et ont également mis en évidence un style d'attachement de type inséculaire (19,35). Cet attachement apparaît fort mais angoissant entre le père et la fille (32,36). Dans une autre étude, il a été mis en évidence que la relation père-fille chez les patientes anorexiques est souvent marquée par une incertitude du lien du fait d'un père indisponible physiquement, psychologiquement ou émotionnellement, par intermittence (8).

Dans notre étude, les grand-mères, mères et patientes décrivent des maris et des pères qui n'ont pas été présents pour leurs enfants. Leur absence est soit physique, soit psychique, en lien avec un divorce ou la maladie. Ceci pourrait donc avoir une influence, d'après la littérature, sur le bon développement de l'enfant, engendrant une perturbation de la phase orale et de l'alimentation, un sentiment d'insécurité et la mise en place de mécanismes de contrôle.

De plus, il semble important de rappeler le rôle majeur du père dans le processus sain de séparation et d'individuation de l'enfant (37). Après sa naissance, le nourrisson est dans un état d'unicité biologique avec sa mère, il ne peut faire de distinction entre l'objet (sa mère) et soi. On parle de fusion symbiotique. Mais plus tard, l'enfant prend conscience de la nécessité d'une séparation avec la mère, celle-ci est normalement facilitée par le rôle du père. Le père en faisant tiers, facilite le processus de séparation et d'individuation (38). L'enfant commence à se considérer comme un « moi séparé » et va

changer d'objet d'amour pour se diriger vers son père. La petite fille va désirer le père comme celui-ci désire la mère. On parle de complexe d'Œdipe.

Chez la fille anorexique, ce changement d'objet est impossible, le désir pour le père semble être absent. Cela s'explique soit par l'absence du père, soit par une mauvaise entente entre les deux parents ou encore par un père qui joue son rôle de père de manière trop faible. Lorsque le père est présent, il assure et sécurise la fille pendant le changement d'objet, la prise de conscience et l'acceptation du processus de séparation et d'individuation peuvent avoir lieu (39,40). Lorsque le père est absent, l'enfant reste enchevêtré dans le lien à la mère, on note un échec du processus de séparation. Ceci va induire chez la jeune fille une dépendance à la mère et de ce fait va se créer un lien fusionnel entre la mère et la fille (37,40,41). C'est ce que nous pouvons constater dans notre étude au sein des trois générations.

C. ACCEPTATION DE LA FEMINITE

Mais à l'adolescence, le conflit de séparation et d'individuation réapparaît. Le père va jouer un rôle primordial dans l'acceptation de la féminité de la patiente et de son corps. Son père est le premier homme important dans sa vie. Si celle-ci a l'impression que son père la rejette, elle peut alors elle aussi le rejeter et désirer maintenir son corps d'enfant (23). Du fait que le corps de la patiente évolue, que les formes apparaissent, le père peut mettre une distance entre lui et sa fille, craignant une attirance sexuelle pour cette dernière. La patiente perçoit alors moins d'attention et moins

d'affection de la part de son père (38). Dans notre étude, nous avons un exemple type de ce cas de figure, lorsqu'elle était plus jeune son père venait dans son lit lorsqu'elle était malade alors qu'actuellement il est plus distant. La patiente va alors interpréter cette distance émotionnelle comme un rejet alors que c'est à cette période qu'elle a le plus besoin de l'approbation de son père dans son évolution féminine. Elle va alors penser qu'il y a quelque chose de mal chez elle. L'anxiété du père associée à celle de la fille va perturber leur relation et la patiente va internaliser le conflit (27,42).

Le père pense en général que son rôle est uniquement matériel et que c'est la mère qui joue le rôle nourricier avec empathie. Or, celle-ci ne peut pas donner le même niveau de confiance à la patiente concernant sa sexualité et son image corporelle que le père peut le faire. La patiente a besoin de savoir qu'elle peut plaire aux hommes à travers les yeux masculins de son père.

IV. REPERCUSSION SUR LA PATIENTE ET SA PATHOLOGIE

D'après une étude, un père contrôlant et intrusif majore le risque pour la fille de développer des TCA (43). La personnalité du père semble jouer un rôle dans l'aggravation des symptômes de la patiente (44). Les filles auraient tendance à rester physiquement au stade prépubère lorsque leur père aurait des difficultés à accepter la puberté de leur fille (45).

Nous avons vu que l'absence du père est un des facteurs empêchant le bon déroulement du processus de séparation chez la jeune fille, ce qui entraîne une dépendance à la mère. La patiente développe alors une rigidité et un

contrôle afin de compenser cette dépendance (6). De plus lorsque le père est absent, l'enfant a tendance, psychiquement, à grandir plus vite (46). Les patientes de notre étude ainsi que leur mère et grand-mère ont eu l'impression de devoir se responsabiliser plus vite que prévu. Les deux patientes, en l'absence de leur père (divorce ou déplacement professionnel) se sentent missionnées du devoir de porter leur mère.

Les observations de Humphrey ont mis en évidence que le rejet du père et le manque d'intérêt pour sa fille pouvaient engendrer une privation émotionnelle chez la patiente anorexique. Il explique également que les parents de patientes anorexiques ont pour habitude d'envoyer des messages contradictoires à leur fille, comme nous l'avons vu dans le cas des parents de la patiente de la famille A. La jeune fille sage et obéissante se sent obligée de répondre à ces messages mixtes. Pour faire face à ce dilemme, la patiente limite la nourriture, ce qui lui permet de maintenir sa dépendance aux parents tout en contrôlant une partie de son identité (47).

Les patientes ont vu leur mère choisir des maris similaires à leur propre père. Mais elles sont aussi conscientes que leurs mères perçoivent ces hommes comme des êtres faibles, rigides et absents et qu'elles sont malheureuses. Elles désirent alors des maris opposés à leur père ou grand-père. Ceci peut faire allusion à la théorie sociale cognitive de Bandura (48) expliquant que l'apprentissage se fait par modelage. En observant un modèle et les conséquences qui en découlent, la personne adopte un nouveau comportement. La patiente tire des leçons de sa mère et de sa grand-mère en cherchant à adopter une attitude différente d'elles.

V. NUANCES

Nous rappelons que cette étude a pour but de mettre en évidence des facteurs influençant la perception des hommes chez les patientes anorexiques ainsi que le développement de leur trouble. En aucun cas il ne s'agit d'établir des liens de causalité entre le comportement des grand-mères, des mères ou des pères et celui de la patiente.

De plus il est nécessaire de garder à l'esprit que les résultats de cette étude sont à interpréter dans les limites de l'étude, c'est-à-dire un nombre restreint de sujets inclus, une analyse IPA seule et non en binôme et de la capacité de chaque sujet à se confier à une personne inconnue en un unique entretien.

Cependant, les résultats mettent en évidence que le rôle du père et la relation père-fille ont une influence dans le développement et le maintien de l'anorexie de la fille. Les grand-mères et mères participent également à ce qui se joue entre le père et la fille à travers leurs remarques, attitudes, choix ou encore histoires personnelles. Ceci conforte l'idée que la thérapie familiale est un outil majeur dans la prise en charge de l'anorexie mentale et que la présence du père y est primordiale.

Pour la famille A, après une forte réticence de la part du père à participer aux entretiens, prétextant son éloignement géographique, il a assisté à tous les rendez-vous avec les médecins. Nous supposons qu'il voulait garder le contrôle, empêchant sa femme et sa fille de révéler les violences, jusqu'alors non dites. Une thérapie familiale a été débutée peu de temps après notre étude. Mais celle-ci s'est

interrompue par manque d'investissement de la part de la famille. La patiente a été hospitalisée de nouveau en HTC. Actuellement elle est suivie en HDJ.

Pour la famille B, des entretiens familiaux ont eu lieu à tour de rôle avec les deux parents de la patiente après la réalisation de notre étude. Les entretiens avec le père ont permis de pointer la relation de couple que la patiente avait construite entre son père et elle. Ils ont également permis à la patiente d'exprimer à son père ses inquiétudes vis-à-vis de son état de santé. La patiente a suspendu son suivi en HDJ avec l'accord des médecins afin de pouvoir se concentrer sur ses révisions pour son concours de fin d'année.

Conclusion

L'anorexie mentale est la pathologie psychiatrique la plus mortelle et touche principalement les jeunes filles d'un milieu socioculturel élevé. De nombreuses études se sont intéressées à cette pathologie et à l'influence que la mère a sur sa fille. On reconnaît aux patientes anorexiques une forte capacité de dépendance affective, principalement avec leur mère. Le père, qui est souvent mis de côté par la patiente, sa mère ou encore les thérapeutes, semble pourtant être un élément important à prendre en compte dans la prise en charge des TCA. Il a une influence majeure sur le développement de la jeune fille et l'apparition des symptômes. Mais dans l'anorexie mentale, il n'est pas question de trouver un facteur déclenchant mais il s'agit de repérer les différents facteurs, évènements pouvant influencer le développement et le comportement de la jeune fille, qui elle-même présente une personnalité plus fragile. Les études familiales apportent de plus en plus de preuves que les troubles du comportement alimentaire coexistent avec des systèmes familiaux dysfonctionnels : une dynamique familiale ou encore des relations familiales pathologiques. La faute ne vient pas de la mère ou du père mais de l'ensemble du système familial et de la capacité d'adaptation de la patiente. Une prise en charge systémique paraît indispensable dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

Bibliographie

1. Jeammet P. Chapitre 19 - Troubles des conduites alimentaires. In: Guelfi J-D, Rouillon F, éditeurs. Manuel de psychiatrie (2e édition). Paris: Elsevier Masson; 2012. p. 477-97.
2. American Psychiatric Publishing. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2013.
3. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents | Adolescent Medicine | JAMA Psychiatry | The JAMA Network [Internet]. [cité 9 févr 2018].
4. Smink FRE, Hoeken D van, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep*. 1 août 2012;14(4):406-14.
5. inserm. anorexie mentale.
6. Bruch, H. Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within. Basic Books; 1973.
7. Horesh N, Sommerfeld E, Wolf M, Zubery E, Zalsman G. Father–daughter relationship and the severity of eating disorders. *Eur Psychiatry*. 1 janv 2015;30(1):114-20.
8. Elliott. Fathers, Daughters, and Anorexia Nervosa. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2009;
9. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *Int J Eat Disord*. sept 2000;28(2):139-47.

10. Steiger, H., Van de Feen, J., Goldstein, C., & Leichner, P. Defense styles and parental bonding in eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*. mars 1989;
11. Canetti L, Kanyas K, Lerer B, Latzer Y, Bachar E. Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *J Clin Psychol*. juin 2008;64(6):703–16.
12. Dethieux JB, Hazane F, Dounet C, Gentil V, Raynaud JP. À la recherche des émotions perdues: l'adolescente anorexique et son père. Étude préliminaire à propos de l'hypothèse alexithymique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 mars 2001;49(2):131–40.
13. Arroyo A, Segrin C, Andersen KK. Intergenerational transmission of disordered eating: Direct and indirect maternal communication among grandmothers, mothers, and daughters. *Body Image*. 1 mars 2017;20:107–15.
14. M. Santiago- Delefosse et M. del Rio Carral,. *Manuel pratique de méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines*. Dunod. 2017.
15. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychol Fr*. 1 déc 2017;62(4):373–85.
16. Fassino S, Svrakic D, Abbate-Daga G, Leombruni P, Amianto F, Stanic S, et al. Anorectic family dynamics: temperament and character data. *Compr Psychiatry*. avr 2002;43(2):114–20.
17. Gurevitch, R. *Eating disordered women's relationship with their fathers*. Unpubl Diss Calif Sch - Fessional Psychol BerkeleyAlameda CA. 1993

18. Dixon, R. S., Gill, J. M., & Adair, V. A. Exploring Paternal Influences on the Dieting Behaviors of Adolescent Girls. *Eat Disord.* 1 janv 2003;11(1):39-50.
19. Gutzwiller J, Oliver JM, Katz BM. Eating dysfunctions in college women: the roles of depression and attachment to fathers. *J Am Coll Health J ACH.* août 2003;52(1):27-32.
20. Parente, L. Fathers, daughters and eating disorders: A father's personality profile. (p. 218, Doctoral dissertation, New York University, 1998). *Dissertation Abstracts International*, 59, 2189.; 1998.
21. Weir, L. The father-daughter relationship and eating disorders in college women. (Pp 166 Dr Diss University Cincinnati 1995) *Diss Abstr Int* 56 4596. 1994.
22. Bronstein, P. The Family Environment: Where Gender Role Socialization Begins. In J. Worell & C. D. Goodheart (Eds.), *Oxford series in clinical psychology. Handbook of girls' and women's psychological health: Gender and well-being across the lifespan.* New York, NY, US: Oxford University Press.; 2006. 262-271 p.
23. Maine, M. *Father Hunger.* Carlsbad, CA: Gurze Books.; 1991.
24. Joni F. Fitzgerald, M.S. and Robert C. Lane, Ph.D. The Role of the Father in Anorexia. *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 2000;30(1).
25. Biller, H. B. Paternal and sex-role factors in cognitive and academic functioning. *Nebr Symp Motiv.* 1973;(21):83-123.
26. Westley, W. A., & Epstein, N. G. Parental interaction as related to the emotional health of children. *Social Problems.* 1960;87-92.
27. Costin, C. *Your dieting daughter. Is she dying for attention?* New York: Brunner/Mazel.; 1997.

28. Bronstein, P. Father-child interaction: Implications for gender-role socialization. *Fatherhood today. Men's changing role in the family.* New York: John Wiley. In P. Bronstein & C. P. Cowan (Eds.); 1988.
29. Kiernan, K. Review of fathering and child outcomes. *Infant & child development.* Vol. 15(4). 2006. 451-453 p.
30. O'Kearney R. Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of theory and empirical research. *Int J Eat Disord.* sept 1996;20(2):115-27.
31. Ringer F, Crittenden PM. Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mars 2007;15(2):119-30.
32. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *Int J Eat Disord.* déc 2000;28(4):370-6.
33. Zachrisson HD, Skårderud F. Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mars 2010;18(2):97-106.
34. Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Walters, E., & Wally, S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Erlbaum; 1978.
35. Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorder and depression. *J Consult Clin Psychol.* avr 1996;64(2):282-90.
36. Sours, J.A. *Starving to death in a sea of objects: The anorexia nervosa syndrome.* Jason Aronson.; 1980.
37. Mahler MS. Rapprochement Subphase of the Separation-Individuation Process. *Psychoanal Q.* 1 oct 1972;41(4):487-506.

38. Lamb ME. *The Role of the Father in Child Development*. John Wiley & Sons; 1981.
39. Freud S. *La vie sexuelle*. Presses universitaires de France; 2002. 159 p.
40. Orbach, S. *Hunger strike*. New York: W. W. Norton & Company; 1986.
41. Selvini-Palazzoli. *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. (A. Pomerans, Trans.). New Jersey: J. Aronson. (Original work published 1985). 1996.
42. Levant, R. F. Toward the reconstruction of masculinity. *Journal of Family Psychology*. 1992;379–402.
43. Latzer Y, Lavee Y, Gal S. Marital and Parent—Child Relationships in Families With Daughters Who Have Eating Disorders. *J Fam Issues*. 1 sept 2009;30(9):1201–20.
44. Wallin H. Anorexia nervosa in teenagers: Patterns of family function. *Nord J Psychiatry*. 1 janv 1999;53(1):29–35.
45. Phares, V. “Poppa” psychology: The role of fathers in children’s mental well-being. Westport CT Praeger Publ Publ Group. 1999;
46. Schwartz, K. D. The contributions of mother, father, and friend attachment and social provisions to adolescent psychosocial development. In 2003.
47. Humphrey, L. Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57(2):206–14.
48. Bandura A. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.; 1986.

Annexes

Grille de l'entretien semi-structuré

1) Nous savons que l'anorexie est une pathologie qui a des répercussions sur l'entourage de la patiente, pourriez-vous m'expliquer comment vous vivez cette situation.

- lien grand-mère / petite fille, modification du lien
- relation grand-mère/mère
 - répercussion sur autres membres de la famille, interactions
 - place/rôle de chaque membre de la famille

2) L'anorexie se déclare principalement à l'adolescence, période de transition complexe pour toute jeune fille. Pourriez-vous me décrire la vôtre?

- ambiance familiale
- relation aux parents, frères/sœurs
- caractère, tempérament
- scolarité
- loisirs
- relations amoureuses /rapport aux hommes

3) Si vous êtes d'accord, je vais vous poser une question un peu plus personnelle. Pourriez-vous me dire comment le sujet de la sexualité, des règles, a été abordé avec vous ? Comment auriez-vous souhaité qu'on vous en parle?

4) Si vous le permettez, je souhaiterais remonter encore un peu plus dans le passé avec vous, et arriver à votre propre naissance et petite enfance. Que savez-vous de cette période, quels souvenirs en gardez-vous?

- contexte (guerre, ...), privation, décès dans la famille
- milieu familial, niveau social
- relation avec autres membres de la famille
- frères / sœurs

(Question pour grand-mère et mère)

5) Puis vous avez grandi, rencontré votre mari, vous êtes devenue épouse puis mère. Est-il possible de me raconter cette période de votre vie?

- rencontre avec son mari
- découverte de la vie à 2, sentiments amoureux, plaisir, projets
- place dans le couple
- grossesse / accouchement/ allaitement
- interactions précoces / les nuits

(Question pour la fille)

6) Comment imaginez-vous votre avenir ? Sur le plan professionnel, familial, ...

- place du travail, aspect financier
- place de la famille, mariage, enfants?
- quel genre de mère vous souhaitez/ imaginez être?

7) Pour finir, quelle représentation de la femme avez-vous de votre grand-mère/mère/fille/petite-fille ? Quelles valeurs, « messages », pensez-vous qu'elles vous ont transmis ?

AUTEUR : Nom : MIGDAL

Prénom : ALIX

Date de Soutenance : 18 Avril 2018

Titre de la Thèse : Les figures masculines dans les familles touchées par l'anorexie : des représentations des grand-mères et des mères à celles des patientes.

Thèse - Médecine - Lille : 2018

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Médecine. Psychiatrie

Mots-clés : Anorexie - trouble du comportement alimentaire - figures masculines - transgénérationnel - père - mari - grand-mère - mère - influence.

Résumé : Contexte : L'anorexie est une pathologie complexe avec de nombreux facteurs déclenchants en lien avec la puberté, l'environnement socioculturel ou encore le système familial. Des études ont mis en évidence une corrélation entre des dysfonctionnements familiaux avec parfois une indifférenciation des générations et l'apparition de troubles du comportement alimentaire. Les recherches se concentrent majoritairement sur l'interaction mère-fille excluant le père. Au sein de notre étude il était question d'identifier les différentes perceptions des figures masculines par les grand-mères et mères et les répercussions sur celles de la patiente. Méthodes : Nous avons réalisé une étude systémique, psychodynamique et transgénérationnelle pour laquelle ont été réalisés des entretiens semi-structurés individuels au sein de deux familles soit six sujets : grand-mères, mères et patientes. L'analyse des données a été réalisée par la méthode Interpretative Phenomenological Analysis. Résultats : Les principales figures masculines qui ressortent des entretiens sont les pères et les maris. Les grand-mères et les mères ont tendance à les disqualifier et à leur laisser peu de place dans leur vie, leur permettant de garder une relation exclusive avec leur fille. Par leurs expériences personnelles et leurs comportements, les grand-mères et les mères semblent avoir une influence, volontaire ou non, sur les patientes et la perception qu'elles ont de leur propre père. Les trois générations ont globalement une vision similaire de ces hommes perçus comme absents, fragiles et rigides. Au sein de cette étude nous avons constaté que les mécanismes connus de la littérature, entre le père et la patiente, sont également présents dans les générations supérieures sans pour autant générer des troubles alimentaires chez la mère ou la grand-mère. Conclusion : S'il est difficile de prouver significativement l'influence des générations supérieures sur les perceptions des hommes chez la patiente, on peut constater que celle-ci désire un futur mari au caractère opposé à celui de son père. Dans ce contexte, une prise en charge systémique semble pertinente chez les patientes souffrant d'anorexie.

Composition du Jury :

Président : Professeur O. Cottencin.

Assesseurs : Professeur P. Thomas, Professeur G. Vaiva, Professeur V. Dodin.