

# Troubles alimentaires chez l'enfant et psychopathologies parentales : transmission ?

**RÉSUMÉ :** Les troubles alimentaires de l'enfant sont des motifs de consultation fréquents chez le pédiatre. Ils sont parfois liés à des problématiques organiques qu'il faut diagnostiquer, mais bien souvent, et ce quel que soit l'âge de l'enfant, ils sont à mettre en perspectives avec des troubles des interactions parents/enfants, parfois directement en lien avec une psychopathologie parentale. L'auteur fait le point sur les principaux caps de développement de l'enfant en ce qui concerne la place de la nourriture, puis évoque les différents types de problématiques psychopathologiques parentales pouvant introduire des interactions pathogènes.



→ C. JOUSSEME

Professeur de Psychiatrie de l'Adolescent et de l'Enfant, Fondation Vallée, INSERM U669, GENTILLY.

**L**es troubles alimentaires de l'enfant, très divers dans leur présentation, plongent généralement les parents dans des difficultés et des doutes importants.

Il est intéressant pour le pédiatre :

- de bien comprendre comment repérer un certain nombre de **caps développementaux habituels**, pour mieux diagnostiquer des troubles alimentaires naissants, ou la mise en place d'un mauvais lien à la nourriture ;
- d'être capable de repérer **certaines psychopathologies parentales**, afin de mieux comprendre le type d'interrelation pathogène parents/enfants autour du nourrissage.

## Principaux "caps de développement" de l'enfant

### 1. Tout petit...

Pour grandir, le bébé a besoin très tôt de mettre en place une relation d'étayage, car il est le mammifère le plus dépendant

de sa mère. Comme l'écrit Winnicott [1], la "sollicitude maternelle primaire" lui permet de trouver tous les points d'appui nécessaires pour acquérir une certaine sécurité dans son lien aux autres et au monde.

Aujourd'hui, le père participe activement à cette première période relationnelle avec des outils qui lui sont propres : par exemple, les liens corporels qu'il entretient avec l'enfant ne sont pas de la même nature que ceux que la mère tisse avec celui qu'elle a porté 9 mois, ce qui entraîne chez elle et le bébé un "présent" commun. Il met également en place avec lui une anticipation de ses besoins qui participe largement à la mise en place d'un attachement sécurisé chez le bébé.

Un certain nombre de problématiques parentales (dépression maternelle, pathologie de la personnalité des deux parents, etc.), ne permettent pas aux parents d'entrer dans cette période où ils sont aussi intensément dépendants de leur petit que celui-ci l'est d'eux-mêmes.

Cet attachement les insécurise eux-mêmes, et généralement, ils mettent en place une interrelation avec le bébé qui ne lui permet pas d'organiser un attachement autre qu'insécure (difficulté majeure de séparation), ou désorganisé (ambivalence aux retrouvailles).

>>> **La nourriture** est au centre de toutes ces premières interrelations : ainsi, le premier plaisir intégré par le bébé en se nourrissant (succion, satiété) reste celui sur lequel tous les autres s'appuieront pour se construire. Du coup, lorsque dans les premières interrelations les parents sont mal à l'aise, la nourriture risque fort de ne pas arriver à occuper une juste place.

On peut repérer un certain nombre de situations à risque :

- Quand le bébé du réel diffère grandement du bébé imaginaire (prématurité, sexe non désiré, grossesse non désirée, etc.) ;
- Quand la mère, notamment, se retrouve en grand isolement, par exemple en cas de syndrome du “Baby-Clash”, lorsque le père la quitte pendant la grossesse ;
- Toutes les situations de dépression maternelle mais aussi paternelle ;
- Les deuils pendant la grossesse, notamment le deuil d'un des grands-parents maternels ou paternels ;
- Les problématiques organiques propres au bébé mettant en place des difficultés alimentaires précoces (atrésie de l'œsophage, maladie entraînant un séjour en réanimation, maladies mettant en jeu le pronostic vital, etc.) qui, souvent, empêchent la mère de nourrir dans un premier temps normalement son bébé, et parfois l'obligent à tirer son lait alors même qu'elle ne voulait pas allaiter, pour tenter dans un deuxième temps de donner “toutes les chances à son bébé”. Par ailleurs, quand le jeune enfant vit des expériences corporelles difficiles, peu intégrées, peu sécurisantes, ses parents considèrent souvent la prise de poids du bébé comme un élément essentiel. Le nourrissage du bébé

devient difficile, quasi obsessionnel, ou non adapté aux vraies demandes du bébé.

**Dans tous ces cas, c'est un peu comme si la juste place de la nourriture ne pouvait se construire confortablement : l'enfant prend alors un mauvais départ dans son lien à toute la sphère alimentaire.**

Le cercle vertueux qui permet que la nourriture devienne, au fil du développement, une base de repli positif pour l'enfant, puisque, très tôt, dans l'interrelation avec ses parents, la satiété agréablement et facilement acquise lui a permis de construire des enveloppes psychiques confortables, ne peut s'enclencher. Le bébé ne peut alors facilement faire le lien entre différents plaisirs étayés sur celui du nourrissage, même parfois dans le domaine de la succion pure (sucette, pouce, etc.).

## 2. Plus tard...

Un peu plus tard, le jeune enfant a besoin que ses parents adaptent un système de “pare-excitation” qui lui permette de s'ouvrir au monde extérieur sans pour cela être trop excité par les multiples stimulations qui l'entourent. Ainsi, pour grandir, dans tous les domaines, on ne peut mettre la charrue avant les bœufs : à vouloir aller trop vite, en demandant à l'enfant de “tout” découvrir trop tôt, on perd un temps précieux, difficilement rattrapable ensuite sans une aide adaptée. Les enfants trop sollicités trop tôt, quels que soient les domaines en cause (motricité, nourrissage, etc.), gardent souvent des difficultés dans la gestion de la frustration mais aussi dans celle de la curiosité, car leurs capacités n'ont pas été reconnues et acceptées à leur juste niveau, ce qui crée une sorte de “dette” entre eux et leurs parents.

**Si les parents, en raison de leur psychopathologie propre, gardent le besoin vital d'avoir un enfant précoce et parfait, à l'image de leur “bébé imaginaire”**

**déjà coincé dans un moule extrêmement rigide, le bébé du réel ne peut devenir véritablement lui-même [2].**

Ainsi, ses projections agressives ne peuvent être accueillies confortablement par ses parents, incapables de les digérer et de les lui retransmettre de façon digérable par lui-même pour qu'il intègre peu à peu sa propre agressivité (défaillance de la “fonction alpha” décrite par Bion [3]).

La mise en place d'un objet transitionnel (ninnin, doudou) et l'investissement d'un espace transitionnel de jeu, deviennent secondairement plus problématiques, car la séparation reste douloureuse, autant pour l'enfant que pour ses parents. Les plaisirs situés hors alimentation sont ainsi moins investis, et la mère “suffisamment bonne”, comme le père “suffisamment bon”[1], ne parviennent souvent pas à doser de façon adaptée la frustration vécue comme dange-reuse. Si ce type d'interaction persiste, l'enfant a des difficultés pour intégrer le principe de réalité, n'étant sécurisé que par l'accès à un plaisir permanent, ce qui retentit sur tous les secteurs de son développement.

**Dans son lien à l'alimentation** par exemple, il a besoin de limites cohérentes, fiables et continues, pour pouvoir anticiper le fonctionnement de ses parents. Si les parents vont mal, l'enfant ne parvient pas à intérioriser ces limites puisque celles-ci lui sont présentées de façon incohérente, dans une géométrie variable totalement insécurisante, ou au contraire de façon trop rigide et inadap-tée à son âge.

Parfois, il a été amené à être trop rapidement “seul” sans avoir passé le cap “d'être seul en présence de ses parents”, ce qui maintient en lui une inquiétude persistante s'exprimant dans son lien à la nourriture. Trop vite jeté dans la fosse aux lions, il peut avoir un mouvement d'inhibition (phobies), ou au contraire

## REVUES GÉNÉRALES

### Pédopsychiatrie

mettre en place des stratégies de maîtrise qui tentent de maintenir sa toute-puissance infantile, seule base "sécure" pour lui (sélections).

**Finalement, pour appréhender peu à peu l'indépendance sans regret, en gardant une nostalgie bénéfique de sa "madeleine" personnelle, l'enfant doit avoir usé progressivement ses craintes d'abandon auprès de ses parents, pour peu à peu se sentir "lui", en se détachant de la psyché parentale.**

#### 3. Plus tard encore...

Dans la période œdipienne, vers 3 ans, l'enfant a véritablement besoin de s'identifier à ses parents. Pour cela, il doit pouvoir développer sa propre créativité, loin de "l'avoir" (posséder des objets de l'autre), et plus proche de "l'être" (partager des expériences à la fois concrètes et émotionnelles avec l'autre qui l'aident à se construire). Le développement de sa pulsion épistémophilique, c'est-à-dire de son désir d'apprendre et de découvrir, de sa curiosité de bon aloi, peut alors achopper. Dans ce cadre, des troubles alimentaires transitoires peuvent apparaître (néophobie, etc.), mais généralement les parents sont assez attentifs et présents pour aider l'enfant à les dépasser.

Dans ce cheminement, chacun, père, mère, grands-parents, occupent une place essentielle.

La disponibilité parentale est sans doute également une valeur essentielle, permettant aux parents d'être prêts à partager des émotions avec leurs enfants, sans forcément vouloir leur faire ressentir les leurs. Faire avec et partager les bonnes choses comme les conflits de développement permettent à l'enfant de se situer confortablement dans une identité qu'il construit pas à pas. **Dans le secteur de l'alimentation**, c'est la même chose : on ne peut imaginer que l'enfant accepte les règles du nourrissage (le type d'aliment,

la façon de manger, la convivialité et les limites par rapport aux autres, etc.) sans avoir partagé conflits et bons moments avec ses parents.

#### 4. Problématiques alimentaires et événements de vie...

Quand des événements de vie difficiles surviennent, par exemple **la séparation des parents**, les problèmes alimentaires sont souvent aux premières loges. En effet, l'alimentation, base des premiers échanges parents/enfants, cristallise alors la souffrance de tous.

Lorsque le conflit parental est important, et qu'un des parents se retrouve déprimé ou véritablement cassé par la séparation, force est de constater qu'il a souvent tendance à **trop nourrir** son enfant pour retrouver avec lui les bons moments passés et lui donner en nourriture ce qu'il a l'impression de ne plus pouvoir lui apporter autrement (la sécurité d'une famille, les partages de jeux, etc.). L'enfant peut alors s'installer dans une surconsommation de nourriture pour en quelque sorte "faire feu de tout bois" et ne pas trop souffrir du manque relationnel, mais aussi pour conforter, voire reconforter, son parent, en se soumettant à ses demandes.

Dans d'autres cas, l'enfant exprime sa souffrance psychique par la mise en place de symptômes anorexiques, qui très vite alertent ses parents.

#### 5. Et les médias ?

La confrontation régulière et trop précoce à des images violentes inélabores peut pousser l'enfant à consommer de la nourriture en solitaire, comme une sorte de doudou alimentaire, qui le rassure face à ce qu'il voit. Ingérer des bonnes choses, lorsqu'il est seul, face à des éléments qui l'inquiètent, peut lui permettre de retrouver une relation maternelle précoce, rassurante, sécurisante. Plongé dans une solitude angois-

sante sans réassurance parentale qui lui permettrait d'**introjecter** de bons objets à travers un câlin, une parole, etc., l'enfant se voit contraint, pour retrouver une certaine cohérence interne, d'**ingérer** des aliments qui lui rappellent ces interactions avec ses parents.

Ce manque primaire ne peut être comblé par de simples programmes de rééducation alimentaire, puisque le problème se situe à un tout autre niveau que celui de l'appétit !

**Ainsi, tout au long du développement, avec un effet rebond à l'adolescence, la nourriture peut devenir source de plaisir le pire ou le meilleur, base de repli sécurisante dans bien des cas, mais lieu de la mise en place de symptômes plus ou moins gênants (de la sélection alimentaire à l'anorexie, en passant par la boulimie), lorsque des carences affectives importantes interviennent, en lien avec une psychopathologie parentale.**

### Psychopathologies parentales

On peut schématiquement décrire **4 catégories de troubles psychiatriques parentaux** qui peuvent poser des problèmes dans la mise en place des interrelations autour de l'alimentation.

#### 1. Les psychoses parentales

Dans les psychoses parentales, particulièrement schizophréniques, les parents se trouvent dans l'impossibilité de décrypter correctement les messages de leur bébé. Plus ou moins pris dans des délires interprétatifs (donner un sens faux à un événement vrai), projectifs (attribuer à l'autre ses propres ressentis, agressifs par exemple) ou hallucinatoires (percevoir des objets qui n'existent pas), les parents choisissent des solutions désadaptées à ce qu'ils croient être les demandes du bébé. Par exemple, ils ne parviennent pas à le calmer et le laissent seul dans le noir ; voyant qu'il a du mal

à mâcher, ils éliminent les morceaux ; craignant le sevrage, ils proposent des “laits” de fruits ou de graines, malgré les explications du pédiatre, etc. Les dangers somatiques et psychiques chez ces enfants sont sérieux, et rapidement, si rien n’est fait, ils peuvent sombrer dans un épuisement psychique et un désespoir particulièrement graves dans la construction de leur personnalité future. Très souvent, des troubles alimentaires à type anorexique ou de sélection sont repérés.

## 2. La dépression

Devant des carences liées à des troubles de la parentalité, mais aussi à des dépressions par exemple maternelles, le bébé peut lui-même entrer dans une expérience dépressive. Les symptômes s’inscrivent alors dans le corps de façon variée, mettant en place une agitation, des infections multiples, une insécurité générale. Le tableau grave de la dépression anaclitique (par perte d’objet d’amour), en cas de séparation maternelle brutale, ou de dépression mélancolique grave maternelle, peut aboutir à une véritable dénutrition. C’est Spitz [4] qui a décrit ce tableau chez des bébés en rupture brutale de leur figure d’attachement.

Dans une première période, ils s’agitent, pleurent, se révoltent, montrent leur angoisse, et recherchent l’objet disparu de façon adaptée.

Secondairement, ils sombrent dans une apathie, un refus de contact, une perte de curiosité, et n’ont plus du tout de désir de séduction de l’adulte.

Dans un troisième temps, ils perdent du poids avec une anorexie sévère, et peuvent entrer dans des tableaux somatiques graves (infections, etc.) et véritablement autistiques. Ces enfants peuvent secondairement, si rien n’est fait, s’enfermer définitivement dans ce type de pathologie psychiatrique, voire engager leur pronostic vital.

## POINTS FORTS

- ➞ La nourriture est au centre des premières interrelations parents/bébé. Aussi les troubles de l’attachement précoce peuvent-ils induire des difficultés alimentaires, en lien avec une place de la nourriture qui n’est plus “juste”.
- ➞ Le fait que des parents, peu confiants en eux-mêmes, aient besoin d’un bébé “parfait” ou “précoce” pour se sentir bien peut induire un manque de confiance chez le bébé, ce qui a des répercussions diverses, particulièrement dans le vécu de son alimentation.
- ➞ Le positionnement de limites est fondateur pour l’enfant d’une bonne adaptation au monde et à lui-même : l’apprentissage alimentaire doit, comme d’autres apprentissages, être encadré pour que l’enfant puisse vivre un plaisir alimentaire constructif.
- ➞ Les psychoses parentales, la dépression, les pathologies narcissiques parentales ainsi que le non-ajustement des fonctions maternelles et paternelles peuvent provoquer des troubles alimentaires variés chez l’enfant.

C’est pour cela qu’il est très important que le pédiatre puisse bien repérer la dépression maternelle, qui risque de faire que le bébé se construise en bébé fragile, projection de la fragilité de sa mère.

Comme on peut l’imaginer, l’alimentation étant le centre des premières interrelations mère/bébé, le **nourrissage** est souvent bien difficile en cas de dépression maternelle. La mère ne parvient pas à alimenter correctement son bébé ou en tout cas n’est pas contente de ce qu’elle donne, craint que son lait ne soit pas bon, ou que le bébé ne prenne pas assez de biberon et, du coup, désadapte ses gestes, sa posture, etc. En réponse, le bébé se révolte, n’est plus gratifiant, donne l’impression qu’il attaque sa mère. Du coup, la dépression maternelle se renforce, accentuant encore la désadaptation interactionnelle maternelle. Le bébé peut alors entrer dans une anorexie passive ou une anorexie active, qu’il faut très vite repérer et traiter, souvent dans le cadre d’une hospitalisation mère/bébé, avec association active du père au traitement.

## 3. Les pathologies narcissiques parentales

Ce sont des troubles très fréquents aujourd’hui. Il s’agit de parents en difficulté d’estime d’eux-mêmes qui investissent leur bébé comme un prolongement qui doit les réparer en permanence. Cet enfant reste généralement enfermé dans une image de bébé imaginaire déjà très rigide. S’il sort de ce moule, les parents se sentent eux-mêmes en insécurité et le contraignent donc à y revenir de façon bien sûr inconsciente. Par exemple, ils sont intolérants à son agressivité, à son désir d’autonomisation, et l’amènent à rester dépendant d’eux.

Bien évidemment, les **conflits autour de l’alimentation** deviennent, dans ces cas, bien difficiles, et très souvent, secondairement, ces enfants présentent des néophobies ou des addictions alimentaires mettant en scène leur désir de maîtrise ou de fonctionnement fusionnel avec des parents qu’ils doivent réparer en permanence.

## REVUES GÉNÉRALES

### Pédopsychiatrie

#### 4. Le non-ajustement des fonctions paternelles et maternelles

Dans certains couples, une véritable confusion des rôles, voire une réelle compétition existe. Chaque parent veut garder l'enfant pour lui, de façon souvent inconsciente, pour réparer ses propres failles narcissiques. À l'instar du jugement de Salomon, c'est le parent le plus malade qui "arrache" l'enfant à l'autre. Il a besoin de rester en fusion, refuse les tiers, car il a besoin que son enfant le maintienne dans une relation de dépendance pour exister vraiment lui-même.

Bien évidemment, ce type de comportement entraîne souvent des conflits développementaux complexes, qui peuvent aboutir sur le plan alimentaire à des sélections aboutissant parfois à de véritables néophobies alimentaires.

Dans certains cas, la pathologie obsessionnelle de la personnalité entraîne des

rigidifications de comportements qui peuvent amener l'enfant à s'enfermer dans une anorexie.

#### Conclusion

Etre parents, c'est sans doute accompagner son bébé, en s'adaptant à ses capacités psychique en devenir. Il faut comprendre ses besoins, et aussi adapter la façon de le nourrir à sa personnalité, à son âge, mais aussi l'aider à entrer dans le monde de la convivialité.

Le pédiatre est celui qui peut sans doute mesurer la possibilité et l'efficacité d'une guidance parentale lorsque l'enfant montre que les parents ne savent pas bien faire avec lui.

Les troubles des interactions précoces sont, nous l'avons vu, malheureusement très pourvoyeurs de troubles alimentaires, et il est donc important qu'ils soient repérés. Lorsque la gui-

dance pédiatrique semble insuffisante, le pédiatre doit passer la main à un psy, car sinon la nourriture ne prend pas sa juste place dans le développement de l'enfant et le risque de trouble du comportement alimentaire à tout âge est largement accru.

#### Bibliographie

1. WINNICOTT DW. Processus de maturation chez l'enfant. Payot, Paris, 1970.
2. JOUSSELME C, DELAHAIE P. Comment aider son enfant à bien grandir. Milan, Paris, 2012.
3. BION WR. Eléments de psychanalyse. PUF, Paris, 1979.
4. SPTZ R. De la naissance à la parole. PUF, Paris, 1979.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.