

Troubles du comportement alimentaire de 0 à 3 ans

Dr Edom Magdalena, pédopsychiatre

FMC Pédiatrie – Tours

Espace Malraux

Jeudi 30 mai 2013

Introduction

■ Epidémiologie:

- Difficultés alimentaires fréquentes dans les premières années de vie, toucheraient :
 - 25 à 35 % enfants sans ATCD
 - 40 à 70 % enfants prématurés ou atteints de pathologie chronique
- Souvent difficultés mineures bien gérées grâce à l'accompagnement parentale par MT ou pédiatre
- Mais 3 à 10 % des enfants développent de réels troubles précoces du cpt alimentaire

I. L' alimentation et les interactions précoces: quelques généralités

- L' alimentation est au cœur de la relation mère-enfant, autour d' elle se noue l' axe de cette interaction précoce mère-enfant qui va constituer le noyau de référence des divers stades ultérieurs du développement (*winnicott, spitz, klein, bion, bolby*)
 - → D' où l' expression privilégiée à travers certaines fonctions corporelles de dysfonctionnement relationnel du nourrisson avec son entourage (alimentation, sommeil)
- Il existe une multiplicité de facteurs intervenants dans cette dyade interagissant avec l' environnement, notamment le père constituant un tiers fondamental

I. L' alimentation et les interactions précoces: quelques généralités (suite)

■ L' alimentation:

- Répond à des besoins physiologiques et affectifs.
 - Les tétées et plus tard les repas constituent une expérience relationnelle privilégiée, renouvelée plusieurs fois par jour
- Elle permet au bébé:
 - D' assurer ses besoins nutritionnels
 - De satisfaire l' activité motrice et sensorielle de la sphère oro-pharyngo-digestive (oralité)
 - D' éprouver une sensation de plaisir (succion, apaisement des sensations désagréables de faim).
 - D' éprouver la portage maternel (handing *Winnicott*, corps à corps *Anzieu*) et la perception visuelle de la mère (*Spitz*)

I. L' alimentation et les interactions précoces: quelques généralités (suite)

■ Du côté du bébé:

- État de santé physique: équipement neurophysiologique bien développé dès la naissance par rapport à la succion
- Mais « tempérament » propre (petit mangeur, glouton) semble appartenir à son équipement d' origine
- Capacités tonico-posturales, d' échanges de regard
- Dimension libidinale (stade oral de Freud - 0 à 12 mois):
 - 1^{ère} zone érogène = bouche
 - Stade oral primitif : succion
 - Phase sadique orale: marquée par désir de mordre – développement de l' ambivalence à l' égard de l' objet

I. L' alimentation et les interactions précoces: quelques généralités (suite)

■ Du côté de la mère:

- l' attitude de la mère est fonction à la fois:
 - Du comportement de son nouveau-né
 - Ses propres affects face à l' oralité, ses capacités d' ajustement, d' adaptation aux situations nouvelles
- Les différentes attitudes que l' enfant éveille proviennent des propres fantasmes maternelles
 - Petit mangeur, désespère une mère anxieuse, sollicite agressivité mère inconsciemment hostile (non reconnaissance effort) que l' enfant gros mangeur détend, déculpabilise
 - Idem allaitement au sein avec dimension libidinale en plus: conflits maternels accrus ou apaisés par attitudes bébé:
 - Mère rebutée par demande orale du bébé glouton vécue comme animal, à l' aise avec bébé peu avide (bébé identifié à une figure adulte)

II. Evaluation pédopsychiatrique

- L'importance d'une évaluation globale! (les TCA précoces = symptôme ne correspond pas étroitement à ce qui se passe entre les parents et l'enfant à propos des repas et de la nourriture, mais qui résulte de toutes les interactions)
- ATCD personnels:
 - grossesse, accouchement,
 - début apparition des troubles, facteur déclenchant (*hospitalisation, modification MDV*), description des troubles (*refus, sélection des aliments, liquides/ solides/ morceaux*), description des repas (*en famille, participation à la préparation*)
 - Évaluation somatique par pédiatre ou MT
 - Développement psycho-moteur
 - Troubles associés: signes précoces de souffrance du nourrisson, troubles du sommeil, angoisse de séparation, phobies, dépression, intolérance à la frustration, toute puissance infantile, instabilité P-M...

II. Evaluation pédopsychiatrique (suite)

- ATCD familiaux (dépression, TCA, obésité...)
- Observation clinique:
 - Discours parental, vécu parental de la situation
 - Interactions enfant-parents: ajustement tonico-postural, accordage affectif, qualité des échanges
(pauvres, non accompagnés par discours, dominé par l'enfant avec contrôle extrêmement vigilant)
 - Monde imaginaire de l'enfant, mise en scène
 - Mécanismes défensifs, troubles anxieux, dépressifs des parents

III. Les principaux troubles alimentaires

- A. La colique du nourrisson
- B. Les vomissements psychogènes
- C. Le mérycisme
- D. L' anorexie du nourrisson

A. La colique du nourrisson

- Apparition après intervalle libre de 8-10 jours de pleurs et de cris paroxystiques difficilement consolables, souvent après le repas au moment où l'enfant va s'assoupir
- Examen somatique normal en dehors de signes fonctionnels (fréquents ballonnements intestinaux et émission de gaz)
- Les cris cessent lorsque la mère donne à nouveau le biberon mais réapparaissent aussitôt après
- Apaisement par sucette et bercement

A. La colique du nourrisson (suite)

- Nourrissons:
 - Souvent 1^{er} enfant, petit poids, tonique, tendance à boire et téter goulûment, manifeste + facilement qu'un autre un certain désagrément
- Interactions mère-bébé:
 - Dominée par l'anxiété maternelle conduisant à un non respect des rythmes propres de l'enfant (biberon supplémentaire qui accroît désagrément)
 - Les mères font souvent preuve d'une excessive sollicitude envers leur bébé et d'une grande impatience à les calmer

A. La colique du nourrisson (suite)

- Les pleurs vécus par la mère comme:
 - Marque d' incompétence de la mère
 - Rejet et refus de reconnaître les possibles qualités apaisantes de la mère
- Les coliques peuvent s' atténuer ou disparaître quand le bébé est confié à une tierce personne

B. Vomissements du nourrisson et du tout petit

- Dit psychogène si cause organique éliminée
- Liés à des conditions relationnelles conflictuelles, exprimées sur le plan alimentaire
- Contexte de survenue: bouleversement MDV (séparation brutale avec la mère), apparition vers 2^{ème} semestre,
- Souvent, associés à une anorexie: les vomissements alternent avec les épisodes anorectiques
- Peuvent s'associer à des cpt alimentaires particuliers: refus morceaux qui déclenchent vomissements, goût électif ou attitude boulimique
- Avec l'âge, ils s'estompent ou persistent dans contextes tels que contrainte, angoisse

C. Mérycisme

- Survient au cours 2^{ème} semestre, lorsque l'enfant est seul
- Caractérisé par une régurgitation provoquée, avec rejet partiel +/- imp, suivi d'un mâchonnement interminable des aliments
- Au cours de cette rumination, toute son activité semble suspendue: immobile, atone, regard vide, étranger au monde extérieur
- +/- d'autres manifestations:
 - balancement de la tête, succion des doigts, trichotillomanie
- Appétit conservé, voire exagéré
- Sentiment d'insécurité avec repli sur soi, signes dépressifs
- Carence affective:
 - le nourrisson tente de maîtriser la carence maternelle par une satisfaction auto-érotique, manifestant par là même son refus de toute dépendance

D. Anorexie du nourrisson

- Historiquement, 1^{er} trouble à être reconnu pour le pédiatre comme d'origine psychique:
 - Robert Debré, *l'anorexie nerveuse de l'enfant*, 1950
- 3 formes principales:
 - Anorexie d'inertie
 - Anorexie d'opposition ou de sevrage
 - Anorexie anxio-phobique
- Vécu parental
- Psychopathologie
- Prise en charge thérapeutique

1) Anorexie d'inertie

- Forme grave, plus rare
- Début peut être insidieux, très précoce (< 3 mois), survient à l'interface entre un enfant à temperament difficile et une mère vulnérable
 - Alteration des interactions lors des repas
 - Apparition des troubles de l'attachement
- Perte de poids constante, pouvant mettre en jeu le pronostic vital
- Forme dépressive « vide »: *bébé passif, indifférent, peu mobile, regard fixe, lenteur gestuelle, pauvreté de la mimique, pas envie de sucer, rejet tétine proposé*
 - **Anoralité, désinvestissement de la fonction oro-alimentaire**
- Contexte de survenue: privation affective (séparation, perte réelle ou psychique)
 - Hospitalisation précoce
 - Mère déprimée, indisponible sur plan affectif

2) Anorexie d'opposition

- La plus fréquente
- Survient plus tard (vers 6^{ème} mois), progressivement ou brutalement, à l'occasion d'un changement de régime alimentaire (*sevrage, introduction morceaux*), souvent isolée
- Pendant période de transition vers l'autonomie alimentaire
- Plutôt une conduite de refus alimentaire qu'une absence d'appétit
- Contexte de survenue: non adéquation entre :
 - Cpt du bébé = valeur de signal (*opposition = besoin de changement, affirmation identitaire, réaction à un changement dans MDV*)
 - Décodage parental inadéquat (*mère redoute d'être mise en échec, doute de ses compétences maternelles, réaction anxieuse forte*)

2) Anorexie d'opposition (suite)

- Ceci aboutit à des réactions circulaires fixées :
 - Du côté de l'entourage;
 - Contrainte, réaction anxieuse forte, dispositif complexe pour faire manger l'enfant (*distraktion, séduction, attente que l'enfant en état de somnolence, forçage*)
 - Mère convaincue que l'enfant survit grâce à ses efforts
 - Multiples conseils et avis dont la divergence accroît l'anxiété
 - Du côté de l'enfant;
 - le refus, l'opposition persistent et l'enfant sort victorieux et règne en tyran
 - Dans ces conditions, le repas ne signifie plus pour l'enfant de prendre la nourriture, mais plutôt absorber l'angoisse de sa mère (Dolto)

2) Anorexie d'opposition (suite)

- L' évolution permet de distinguer deux formes (Kreiser Léon) :
- 1. Anorexie simple:
 - Trouble essentiellement réactionnel, passager
 - Isolé (pas de cassure courbe de poids, appétence pour les liquides qui compense, +/- constipation)
 - Résolution rapide par un travail sur la place du tiers (père, puéricultrice) et réassurance

2) Anorexie d'opposition (suite)

■ 2. Anorexie complexe :

- Idem mais persistance et apparition autres troubles: troubles du sommeil, colères, retentissement somatique (*enfant pâle, stagnation ou cassure courbe de poids*)
- Relation alimentaire semble être l'axe d'interaction privilégié masquant sous le besoin de nourrissage une vive angoisse de ne pas être une bonne mère ou une angoisse d'abandon
- Réassurance habituelle insuffisante, nécessité accompagnement spécialisé (*travail sur les fantasmes maternels*)

3) Anorexie anxio-phobique

- L' enfant est terrorisé par la nourriture.
- Contexte de survenue: à toute période, jq' à adolescence
 - Conséquences de problématiques somatiques associées à des hospitalisations précoces
 - Contrainte anxieuse, insuffisance d' attachement, discontinuités dans le nourrissage
- L' enfant se bloque, début est souvent brusque
- Parfois d' autres manifestations anxieuses associées:
 - Troubles perceptifs: impossibilité de marcher dans le sable ou dans l' herbe, difficultés pour accepter certains vêtements « ça gratte », hypersensibilité aux bruits ou aux odeurs
- Enfants anxieux, effrayés par la nouveauté

D. Anorexie du nourrisson: vécu parental

- Les parents sont désespérés, à bout
- Pour le parent nourricier (souvent la mère),
 - Identité parentale est très éprouvée
 - Sentiment de culpabilité intense
 - Représentations négatives de la parentalité
 - Perte de l'estime de soi
- L'autre parent (souvent le père)
 - Sentiment de rejet, de mise à l'écart par l'autre parent qui se perd dans un rapport de contrôle stérile avec l'enfant

D. Anorexie du nourrisson: psychopathologie

- Cercle vicieux de l' anorexie du nourrisson: distorsions relationnelles graves et/ou pathologies d' attachement d' origine diverse:
 - **1) Carence grave de soins maternels**
 - Séparations précoces (*hospitalisation*)
 - Absence de préoccupation affective:
 - Contexte de famille carencée (*carence narcissique profonde, l' extérieur dangereux, relation fusionnelle excluant le père, alternance collage et mise à distance*)
 - Mère psychotique (*mère persécutée par bébé réel*)
 - Dépression maternelle – (Complexe de la mère morte d' A. Green:
 - Transformation brutale « mère en vie mais morte psychiquement aux yeux de son petit » (*clinique du vide*)
 - Dépression de l' enfant en présence de l' objet)

D. Anorexie du nourrisson: psychopathologie (suite)

- 2) Pathologie du « surplus d'excitation »
 - Lié à un attachement interactif anxieux et contrôlant
 - Rythme propre du bébé entravé par surplus de stimulations (*globales ou réduites à certaines zones; bouche, anus*)
 - Rôle de « parexcitation » maternelle perturbé associé à un déficit du réseau entourant la dyade:
 - Importance des représentations et vécus paternels pour entourer, valoriser et permettre à la création du lien

D. Anorexie du nourrisson: psychopathologie (suite)

- Hypothèses psychopathologiques:
 - Diverses en fonction des stades du développement du nourrisson et des époques (*parentectomie*)
- Détournement de la tête pour marquer la satiété représente le prototype du geste sémantique « NON » (Spitz) (*même mvmt que foussement mais pas même but : refus mamelon, vers 3^{ème} mois. Pour la mère, signal indiquant un besoin de l'enfant, qu'elle interprète cf Aulagnier*)
 - Anorexie = conduite massive de refus dans la relation mère-enfant
- Tentative faite pour éviter la phase de réplétion et de détente postprandiale, vécue comme dangereuse à cause de la disparition de toute tension (*angoisse du vide, d'anéantissement*)

D. Anorexie du nourrisson: psychopathologie (suite)

- conflit avec la mère dont nourriture = symbole (*A. Freud*)
 - A. Freud distingue deux satisfactions: satisfaction de la faim apaisée et satisfaction érotique orale (plaisir d'organe, déglutir, avaler)
 - Relation entre alimentation et étapes de la formation de la relation objectale
 - *Stade narcissique* : nourrisson oscille entre état de tension de la faim et celui de sa satisfaction
 - *Stade intermédiaire* : nourriture = source de jouissance, avec diversification, différents modes d'administration
 - *Stade objectal* : l'enfant porte son attachement libidinal à la mère distributrice de la nourriture (dès la 2ème année, enfant fait la différenciation mais identité mère et nourriture persiste dans l'inconscient - anorexie tardive)

D. Anorexie du nourrisson: psychopathologie (suite)

- illusion du maintien d' un équilibre omnipotent empêchant l' autonomie de chacun
 - La construction de l' identité se fait dans un rapport à l' autre qui interprète les manifestations, les cris et formule au bébé ce qu' il en comprend (*capacité de rêverie maternelle, Bion*)
 - Mais nécessité de différencier le corps propre du bébé et la place propre dans le psychisme de chaque parent
 - Destin du lien avec l' enfant = séparation dans une continuité de présence
 - Mais parfois réactivation conflits anciens qui entraînent des mvts de rapprochement ou mise à distance du bébé perturbant l' accordage affectif et rendant insupportable toute différenciation psychique avec l' enfant, qui se manifeste par symptôme physique (anorexie) (*compréhension sensorielle de l' indifférenciation par le bébé*)

D. Anorexie du nourrisson: PEC

- Travail conjoint médecin traitant / pédiatre et pédopsychiatre
- +/- puéricultrice, hôpital
 - Soins multidisciplinaires en réseau structuré où rôle de chacun bien différencié
- Accompagnement qui dépasse la simple volonté de « faire manger l'enfant » mais construction avec les parents et l'enfant d'un cadre de vie qui ne soit plus régité par le refus alimentaire
 - Travail de co-construction, co-créativité

D. Anorexie du nourrisson: PEC (suite)

■ Suivi psychothérapeutique:

- Cadre du travail adapté en fonction de
 - chaque situation
 - stade de développement (résolution rapide en période périnatale; transparence psychique - Bydlowski Monique) Résolution de conflits anciens, non structurants, qui entravent le déploiement de l'émurgence subjective de l'enfant et font apparaître le degré d'indifférenciation de chacun (mandat transgénérationnel – Serge Lebovici, fantômes dans la chambre d'enfants – Selma Fraiberg)

Anorexie du nourrisson: PEC (suite)

- Travail d'élaboration de la séparation et de différenciation (*absence sur fond de présence*) en introduisant un tiers (*passer de dyade à triade, père = accès à la symbolisation*)
- Valorisation des compétences parentales , réparation de l'image de soi (*culpabilité++ , blessure narcissique profonde infligée par le refus alimentaire de l'enfant*)

D. Anorexie du nourrisson: PEC (suite)

- Temps d'apprivoisement de la souffrance fondamentale:
 - Situations où désillusions, dépression, somatisations obturent de leurs symptômes le champ de la pensée
- Création d'un espace non persécuteur:
 - Demande souvent ambivalente
 - Se risquer à parler des difficultés nécessite une confiance en soi et dans l'autre
- Points d'appui - relancer dynamique psychique
 - Interprétations qui relancent une réflexion, éclairent le sujet autrement mais ne clôturent pas
 - Présentées sous formes d'hypothèses

CONCLUSION: Le recours au pédopsychiatrie

- 1) en rapport avec l'enfant
 - opposant
 - présentant une pathologie psychiatrique (autistique)
 - se développant mal au niveau staturopondéral et/ou psycho-affectif
- 2) en rapport avec la famille (*risque que le trouble si fixe*)
 - Trouble mental chez la mère +/- père
 - Incohérence éducative...
- 3) en rapport avec la relation parents/enfants
 - Trouble de l'attachement
 - Spirale de culpabilité excessive, de désespoir et attitudes démissionnaires

Dispositif de soin pédopsychiatrique dans le département

- 3 Intersecteurs de Pédopsychiatrie en Indre et Loire:
- Intersecteur 1 (Est)
 - CMP Tours (02 47 05 78 36)
 - CMP Amboise (02 47 23 25 65)
- Intersecteur 2 (Nord-Ouest)
 - CMP Clocheville (02 47 47 47 53)
- Intersecteur 3 (Sud)
 - CMP Chambray les Tours (02 47 67 42 24)
 - CMP Chinon (02 47 98 36 22)

Bibliographie

- MORO M.R, *Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille*, La pensée sauvage 2010
- MARCELLI D, *Enfance et psychopathologie*, Masson 2006
- KREISLER L., FAIN M., SOULE M., *L' enfant et son corps*, PUF
- Le HEUZEY M-F, *Le nourrisson qui ne mange pas: quand recourir au pédopsychiatre?* Archives de pédiatrie 18 (2011) 917-920