

## DOSSIER " ANOREXIE, BOULIMIE : PREVENIR, EDUQUER, SOIGNER "

### Les familles face à l'anorexie

L'anorexie est la résultante de facteurs multiples, pourtant les familles sont encore parfois tenues pour responsables de la pathologie de leur enfant. Les familles ne doivent pas être tenues à l'écart de la prise en charge par les professionnels mais être partie prenante, accompagnées, déculpabilisées et valorisées. État des lieux des connaissances et conseils aux professionnels.

#### Solange Cook-Darzens

Docteur en psychologie, thérapeute familiale, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré, Paris.

#### Références bibliographiques

(1) Bruch H. Les yeux et le ventre : L'obèse, l'anorexique. Paris : Payot, 1975 : 446 p.

(2) Minuchin S., Rosman B.L., Baker L. Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard university press,

Dès l'identification de l'anorexie mentale, au XIX<sup>e</sup> siècle, les parents ont été jugés responsables de cette maladie chez leur fille adolescente, et le XX<sup>e</sup> siècle a vu émerger des théories dont la caractéristique essentielle est de véhiculer une vision pathologique de la famille ou de certains de ses membres. Les mères, puis les pères, puis les familles entières ont ainsi été successivement impliqués dans la survenue des troubles du comportement alimentaire (TCA). Ce " folklore professionnel ", comme certains psychiatres anglo-saxons l'appellent, s'est auto-renforcé au fil des décennies pour déboucher sur un certain nombre de pratiques thérapeutiques consistant soit à tenir la famille à l'écart de la jeune patiente (hospitalisation assortie d'une séparation du milieu familial), soit à l'impliquer dans un travail familial destiné à réparer ses défaillances (thérapie familiale). Ces pratiques entraînent malheureusement en résonance avec le doute et la culpabilité des familles, renforçant une atmosphère d'inquiétude et d'incompétence peu propice à la mobilisation des ressources de la famille.

#### Quelle responsabilité familiale ?

Au cours des quatre dernières décennies, de nombreux cliniciens ont avancé l'existence de perturbations ou particularités familiales censées favoriser l'émergence

1978.

(3) Selvini-Palazzoli M. Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa. New York: Jason Aronson, 1978.

(4) Eisler I. Family models of eating disorders. In: Szmukler G., Dare C., Treasure J. (sous la dir.). Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research. New York: Wiley, 1995.

(5) Cook-Darzens S., Doyen C., Falissard B., Mouren M.-C., Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. European Eating Disorders Review 2005; 13: 223-36.

(6) Strober M., Freeman R., Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. Int J of Eat Disord. 1997 ; 22(4) : 339-60.

(7) Russell G.F., Szmukler G.I., Dare C., Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1987 ; 44(12) : 1047-56.

des TCA. Par exemple, on a longtemps pensé que la famille d'une anorexique présentait une structure particulière, caractérisée par un niveau socio-économique élevé, des parents plus âgés que la moyenne, un taux de divorce faible comparé à la population générale et une prépondérance du nombre de filles dans la fratrie. Certains cliniciens d'orientation psychodynamique ont émis l'hypothèse de relations précoces défailtantes entre la mère et la future patiente, qui encourageraient précocement l'enfant à satisfaire les besoins de sa mère au détriment des siens propres (1). Enfin, certains pionniers de la thérapie familiale, notamment S. Minuchin (2) et M. Selvini-Palazzoli (3), ont affirmé, dès les années 1960-1970, l'existence d'une famille dite psychosomatique ou anorexigène, marquée par l'enchevêtrement relationnel, la surprotection, la rigidité, l'évitement du conflit et une tendance à impliquer la future patiente dans des conflits conjugaux latents. Le symptôme alimentaire permettrait de détourner l'attention familiale de cette mésentente parentale et de maintenir le consensus, protégeant ainsi la famille de tout changement ou de toute séparation. De nombreux thérapeutes familiaux ont adopté cette conception des familles d'anorexiques et proposé un travail familial visant à modifier ces transactions pathogènes.

Depuis les années 1980, les travaux scientifiques qui ont cherché à vérifier l'existence de ces particularités familiales n'ont pas pu les confirmer (4). Les familles d'anorexiques se caractérisent par une grande diversité de fonctionnements, souvent non pathologiques, même si elles tendent à montrer plus d'insatisfaction et de détresse que les familles dites normales (5). En revanche, il a été démontré que *la qualité du fonctionnement familial est un facteur de guérison non négligeable* et que la manière dont la famille réagit à l'anorexie après sa survenue influence beaucoup l'évolution de la maladie (6). La notion de cause familiale doit donc être remplacée par celle, plus nuancée, de *facteurs familiaux de risque ou de protection, de maintien ou d'amélioration*, dans un continuum de fonctionnement allant d'optimal à très perturbé. La plupart des familles se situent vraisemblablement au milieu de ce continuum (ni exceptionnelles ni délétères), avec des dysfonctionnements inévitablement amplifiés par la crise de l'anorexie mais aussi avec des compétences pouvant contribuer à la guérison. Ce sont ces ressources que l'accompagnement familial doit chercher à mobiliser, tout en aidant les familles à résoudre les dysfonctionnements risquant de pérenniser

ou d'aggraver le trouble.

(8) Nice. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Londres: National Institute of Clinical Excellence, 2004.

(9) Doyen C., Cook-Darzens S. Anorexie, boulimie : vous pouvez aider votre enfant. Paris : Dunod-Interéditions, coll. Vivre sa vie, 2004 : 264 p.

(10) Cook-Darzens S. Thérapie familiale de l'adolescent anorexique. Approche systémique intégrée. Paris : Dunod, coll. Psychothérapies, 2002 : 264 p.

(11) Cook-Darzens S., Doyen C. Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique: une expérience ambulatoire. In : Cook-Darzens S. (sous la dir.). Thérapies multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques. Ramonville Saint-Agne : Érès, coll. Relations, 2007 : 384 p.

## Familles et thérapies

La thérapie familiale a très tôt été identifiée comme étant particulièrement efficace dans le traitement de l'anorexie mentale de l'adolescent et de l'enfant (7). Il est actuellement établi que la famille, y compris la fratrie, doit toujours être impliquée dans la prise en charge du jeune anorexique (8). Il ne s'agit plus de rechercher un problème familial à réparer mais au contraire de construire un partenariat solide avec la famille, qui lui donne un rôle de " cothérapeute " plutôt que de " copatiente ".

En s'appuyant sur cette alliance thérapeutique, il est important d'aider la famille à re-trouver un sentiment de compétence et d'efficacité, souvent mis à mal par les symptômes alimentaires et les conflits qu'ils génèrent. Qu'est-ce qu'une famille compétente ? C'est une famille cohésive et structurée, empathique vis-à-vis de l'adolescente, ouverte au changement et à la remise en question. Les parents doivent être informés sur le trouble, ses causes, ses répercussions et ses mécanismes essentiels. Ils doivent également comprendre l'idée que l'anorexie représente pour leur fille une solution, certes inadéquate et dangereuse, mais une solution quand même, à un grand mal-être psychologique et relationnel qui, pour diverses raisons, n'a pas pu s'exprimer autrement. Cette vision les aidera à mieux accepter le refus et le déni inhérents à l'anorexie mentale : refus de nourriture, refus de reconnaître la maladie, déni de la maigreur, et refus d'aide et de soins. Les parents doivent également former une équipe solide qui s'implique dans la résolution des symptômes alimentaires sous des formes variant selon l'âge et les besoins de leur fille. Ils doivent apprendre à ne pas se rendre complices de certains comportements symptomatiques : la tyrannie alimentaire (" Je ne mangerai de féculents que si ma mère en mange "), l'achat de yaourts à 0 %, les promenades forcées à 11 heures du soir, etc. Enfin, ils doivent développer dans la durée un positionnement patient, confiant et empathique vis-à-vis des difficultés de leur fille, tout en restant attentifs aux besoins des autres membres de la famille. Tout cela ne s'invente pas, même si certaines familles ont plus de facilité que d'autres à adopter cette posture dans la durée.

- *Les équipes scolaires peuvent être les premières à repérer les signes avant-coureurs du trouble. Il est important qu'elles fassent part de leurs observations à la famille en évitant d'être critiques ou de rechercher des défaillances familiales. L'enseignant devra rester dans son rôle professionnel et éviter de devenir le thérapeute de l'enfant.*
- *Il est important que les professionnels concernés ne se mettent pas en concurrence avec la famille et ne cherchent pas à démontrer à la famille qu'" ils vont réussir là où la famille a échoué ". Cela est particulièrement vrai dans les relations avec les équipes scolaires et hospitalières (infirmières, médecins scolaires, professeurs, équipes de soins, etc.).*
- *Dans la mesure du possible, les professionnels de santé doivent écouter la culpabilité, l'impuissance, le sentiment d'échec, mais aussi l'agressivité et le déni des familles et de la jeune anorexique, et soutenir tout mouvement permettant d'apaiser ce vécu difficile. Écoute et soutien favoriseront la construction d'une prise en charge appropriée sans perte de temps, une mobilisation des compétences familiales et une meilleure empathie de la famille vis-à-vis des difficultés de la patiente.*
- *Les professionnels de la santé et de l'éducation doivent être suffisamment informés sur la maladie, son étiologie, son devenir, et le rôle que peut jouer la famille dans l'amélioration des troubles, pour pouvoir partager ces informations avec la famille et ainsi contribuer à une vision plus commune et déculpabilisée des processus anorexiques. Ce type de guidance psychoéducative redynamise la famille et aide à créer une alliance thérapeutique de qualité (9).*
- *Les processus impliqués dans l'anorexie et sa guérison sont complexes et plurifactoriels. Ils nécessitent une équipe pluridisciplinaire pour y faire face, et la famille doit faire partie de cette équipe.*
- *Dans la mesure du possible, les professionnels impliqués doivent encourager la famille à engager un travail familial avec un thérapeute familial ayant l'expérience des TCA et s'appuyant sur des modèles de thérapie familiale visant à mobiliser la famille en tant que facteur d'amélioration (10).*

- Si la jeune fille a été hospitalisée pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, le retour à une vie normale génère souvent de nombreuses angoisses. *Une bonne collaboration entre la famille, l'équipe soignante et l'équipe scolaire permet de préparer le retour à l'école* et aide la jeune fille à gérer ou résoudre des craintes souvent très fortes concernant le regard des autres, sa réintégration sociale, son rattrapage scolaire et son retour à la cantine. Les enseignants doivent également savoir que le chemin vers la guérison passe souvent par une diminution des tendances perfectionnistes, notamment dans le travail scolaire.

Nous devons garder à l'esprit que l'anorexie, une maladie grave dont l'évolution se fait souvent dans la durée, malmène fortement les forces vives de la famille y compris de la fratrie, paralyse les trajectoires familiale et individuelles et imprime à la famille une identité morbide, au détriment de processus plus sains, souples et ouverts au changement. Quelle que soit la qualité de vie familiale avant l'anorexie, il est impossible pour une famille de vivre l'anorexie au quotidien sans en être perturbée. Les risques de cercles vicieux relationnels et de découragement sont infinis. L'accompagnement familial est une nécessité, que ce soit sous forme de thérapie familiale, de groupes multifamiliaux en milieu associatif ou hospitalier (11), de psychoéducation parentale ou de rencontres informelles entre professionnels et familles.