

Quelques lignes directrices résultant de la prise en charges de jeunes filles anorexiques

Si l'on définissait l'adolescence comme état de santé, l'anorexie serait l'incapacité d'être adolescente...

Sophie, 16 ans

Basé sur l'étude de neuf cas d'anorexie traités en étroite collaboration entre pédiatres et intervenants pédopsychiatriques et dont la catamnèse après quelques années est favorable (sauf un cas), cet article a pour but d'esquisser quelques lignes directrices pour le traitement des cas d'anorexie mentale non chronifiée en se référant aux approches cognitivo-comportementaliste et systémique.

L'âge moyen des jeunes filles traitées est de 14 ans, deux adolescentes seulement sont âgées de 16 ans au début de leur maladie. Une exception est à signaler: une enfant de 8¹/₂ ans chez qui cette maladie se déclenche précocement. Sept des jeunes filles ont été hospitalisées en division pédiatrique. Même si dans certains cas la durée d'hospitalisation n'a pas été très longue (quelques jours dans trois cas), l'effet psychologique en a été considérable. Deux jeunes filles n'ont pas été hospitalisées, mais la nécessité d'une hospitalisation a été sérieusement envisagée au moment où leur poids s'est rapproché de la limite inférieure tolérable. C'est la «menace» de l'hospitalisation qui a permis de mobiliser la famille à s'engager sérieusement dans le traitement et à sortir de la «logique» anorexique.

Cet article se veut surtout pratique. La manière de concevoir le plan de traitement a été la même pour les neuf prises en charge, c'est-à-dire qu'il y a eu étroite collaboration entre le médecin somaticien et le pédopsychiatre du début à la fin de la thérapie. Une telle collaboration est absolument nécessaire si l'on veut que le traitement soit efficace et que la maladie ne se chronifie pas.

La littérature¹ confirme le constat que les jeunes filles anorexiques sont en général *incapables de reconnaître leurs émotions et leurs difficultés relationnelles*. C'est à cause de cela qu'elles ne sont pas à même de parler d'elles-mêmes, de leurs relations, de leurs sentiments. L'anorexie mentale est l'expression de troubles psychoaffectifs qui se manifestent sous forme de troubles alimentaires et s'inscrivent dans le corps. On peut émettre l'hypothèse qu'ils sont l'expression de l'isolement social dans lequel la jeune fille s'est retirée à l'entrée en adolescence et de son incapacité de mettre en place les stratégies nécessaires pour en sortir. Etant donné que les troubles psychologiques liés aux troubles alimentaires ne sont reconnus ni par la jeune fille, ni par sa famille, il est difficile d'organiser les soins.

Dans tous les cas mentionnés ci-dessus, les jeunes filles présentent un *style cognitif* caractérisé par un manque de reconnaissance des émotions indicatrices

- de l'adéquation, respectivement l'inadéquation des conduites,
- des implications relationnelles de n'importe quelle forme d'échange, et
- de la qualité de son intégration sociale.

Ce style cognitif, typique pour les maladies psychosomatiques, que Pierre Marty et Michel de M'Uzan ont appelé «pensée opératoire»², est responsable du fait que les jeunes filles anorexiques, collant aux détails concrets, sont quasiment incapables de procéder à une évaluation globale d'une situation, ce qui fait qu'elles donnent une impression de grande immaturité.

Au début d'une prise en charge il est indispensable, dans un premier temps, d'obtenir la collaboration de la jeune fille et de ses parents. Au moment de la détection de la maladie, le taux d'anxiété étant très élevé à l'intérieur de la famille, la tâche consiste à organiser les soins en incluant les parents confrontés à une expérience d'impuissance handicapante. La jeune fille anorexique les sollicite sans cesse sans pour autant suivre leurs consignes – le fait que les parents ne parviennent pas à aider leur fille accroît leur stress émotionnel jusqu'au point où ils commencent à manifester des réactions «inadéquates»³. Pour diminuer leur anxiété, les parents ont tendance à s'accrocher aux spécialistes et à abandonner leur rôle de parents.

¹ Entre autres: Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen, H.-C. Steinhausen et M. von Aster (éditeurs), Beltz, 1993, pp 383-404, p. 240.

² Revue Française de Psychosomatique – Institut de Psychosomatique de Paris, N° 6 – décembre 1994.

³ Dans le passé les intervenants psychothérapeutiques ont interprété ces réactions parentales «inadéquates» comme «cause» de l'anorexie ce qui est évidemment faux et a comme effet d'augmenter le stress intra-familial.

⁴ En ce qui concerne les diagnostics des troubles concomitants, le pédopsychiatre a constaté

- des troubles obsessionnels-compulsifs dans deux cas,
 - des troubles dysthymiques dans deux cas,
 - des tics, des allergies et un syndrome d'hyperventilation (1 cas);
- en ce qui concerne les troubles psycho-affectifs à l'intérieur de la famille.

Une organisation des soins en *étroite collaboration* entre un médecin somaticien et un pédopsychiatre s'impose: étant donné que la maladie se manifeste au niveau somatique et que l'intelligence émotionnelle est peu développée, le médecin somaticien a pour tâche de garantir le cadre de la prise en charge: il accepte de s'occuper des problèmes somatiques tout en émettant, devant la famille, l'hypothèse qu'à l'origine de l'anorexie il y a des problèmes de nature psychologique et que pour cette raison il aura besoin de collaborer avec un spécialiste pédopsychiatrique. En organisant une réunion avec les parents et le pédopsychiatre, le médecin de famille initiera la discussion concernant l'aspect psychologique de la maladie et servira ainsi de modèle aux parents en leur montrant comment ils peuvent apprendre à se poser les bonnes questions en vue de répondre plus adéquatement aux difficultés psychoaffectives occultées de leur fille.

Dans un premier temps le spécialiste pédopsychiatrique a pour tâche d'évaluer la situation pour savoir si les symptômes anorexiques cachent d'autres troubles psychoaffectifs⁴, dans un deuxième temps il a pour tâche d'amener la dimension psychologique dans les échanges entre le médecin et la famille.

Les étapes du traitement

Même si les étapes de la prise en charge se succèdent comme décrit ci-dessous, la pratique montre qu'il est souvent nécessaire de revenir à une étape précédente lorsque le traitement risque de s'engager dans une impasse ou lorsque la collaboration avec la famille devient difficile. Prenons le cas de la jeune fille anorexique dont les parents n'ont pas exigé le respect méticuleux des règles fixées dans le contrat thérapeutique: il a fallu que leur fille subisse une intoxication à l'eau avec de sérieux troubles électrolytiques nécessitant une réhospitalisation pour que les parents soient motivés à agir conséquemment à la gravité de sa maladie. Cette crise déclenchée par un problème vital a eu comme effet de responsabiliser aussi bien la jeune fille que ses parents.

1° Mise sur pied de l'équipe thérapeutique

Au moment de la détection des symptômes, il est nécessaire de mettre rapidement en place une prise en charge bipolaire avec comme co-thérapeutes le médecin somaticien et le pédopsychiatre. Une telle collaboration est nécessaire pour faire face à trois problématiques apparaissant normalement dans ce genre de troubles:

- premièrement il est nécessaire d'éviter de prendre des risques sur le plan somatique,

- deuxièmement il est nécessaire de mettre sur pied un plan de traitement dont le souci central est l'établissement du «contrat» thérapeutique,
- troisièmement il est nécessaire de «coacher» étroitement la famille ainsi que les différents intervenants pendant l'exécution du plan de traitement.

Si le médecin somaticien était le seul intervenant, il courrait le risque d'être envahi par des demandes dictées par l'anxiété des parents et de se heurter à une résistance au traitement de la jeune fille. Et si le pédopsychiatre était seul en face de la famille, il courrait le risque que cette dernière ne lui parle que de calories et de problèmes diététiques.

Aucun des deux spécialistes ne parviendra seul à contenir le stress émotionnel qui règne à l'intérieur de la famille, des efforts en solitaire dans de telles situations risquent de se solder par un échec thérapeutique.

2° Gestion des risques somatiques

Le but des premières consultations est d'établir une collaboration étroite entre les spécialistes et les parents. Ces derniers ont besoin d'informations en ce qui concerne l'anorexie et la manière de la traiter. Sur le plan émotionnel il faut savoir que la famille vit un stress émotionnel aigu au

– une patiente a eu une sœur également anorexique,
– dans deux familles le père présente des troubles psycho-affectifs (alcoolisme lié à un trouble de la personnalité).

⁵ Il y a des méthodes précises qui permettent non seulement de fixer des objectifs thérapeutiques ou autres mais

aussi de veiller à ce que ceux-ci puissent être atteints. Des méthodes tels que la Programmation neuro-linguistique et l'approche cognitivo-comportementaliste, partant de l'état problème, visent une définition positive des objectifs: il ne suffit pas de vouloir s'éloigner de l'état anorexique, il est nécessaire de viser des objec-

tifs «positifs» tels que l'autonomie, la participation active à la vie des camarades, l'activation de la pensée... Lorsqu'un objectif est bien défini il a un effet motivant, mobilisant les ressources nécessaires pour y arriver. Pour être capable de définir l'objectif thérapeutique de cette manière, il est nécessaire d'évaluer exactement

moment où ses membres viennent à la consultation. Il est donc nécessaire de les soutenir affectivement en leur parlant des cas de jeunes filles anorexiques qui ont évolué favorablement (modèles positifs). Vu les risques physiques et psychiques que la jeune fille encourt si elle ne peut pas quitter le cercle vicieux de la «logique» anorexique, il faudra insister auprès des parents pour qu'ils réagissent de manière déterminée et qu'ils fassent des efforts considérables pour améliorer leur style éducatif. Il sera utile de leur montrer que d'autres familles ont passé par là tout en évitant le risque qu'ils ne se mettent à bagatelliser la situation. Il sera nécessaire aussi de donner le cap sur lequel les efforts de tout le monde vont s'orienter.

Les objectifs du plan de traitement devraient être définis avec les parents⁵ dans un premier temps, avec la jeune fille dans un deuxième temps.

Les spécialistes pourraient être amenés à penser qu'ils sont aussi impuissants que les parents. Notre expérience a toutefois démontré que la collaboration entre la famille et les spécialistes est fructueuse dans la mesure où ces derniers réussissent à répondre aux craintes des parents et de la jeune fille. En ce qui concerne les troubles alimentaires, les craintes se focalisent sur le côté somatique du problème, en particulier sur le poids. En parlant du corps et des risques que la jeune fille encourt sur le plan de sa santé, il devient

possible de faire comprendre aux parents qu'ils doivent arrêter de se sentir responsables de sa manière de se nourrir et de son poids et exiger clairement d'elle qu'elle participe activement aux soins et à l'élaboration du contrat ainsi qu'à son exécution. Les informations concernant les risques somatiques liés à l'anorexie ont normalement un impact certain sur les parents, et même sur leur fille⁶. Ce sont également ces considérations qui motivent les parents à hospitaliser leur fille lorsqu'elle dépasse la limite de poids inférieure fixée.

Les risques auxquels les parents et la jeune fille sont sensibles sont les suivants (par ordre décroissant en ce qui concerne l'effet mobilisateur):

- ostéoporose
- caries
- perte de cheveux
- arrêt de croissance
- aménorrhée (en règle générale l'aménorrhée ne pose de problème ni à la jeune fille ni à ses parents, mais lorsque le médecin leur explique le lien entre l'aménorrhée et le risque d'ostéoporose, la famille peut prendre ce symptôme au sérieux).

3° Le style cognitif à la base des troubles anorexiques

Il faut insister sur les risques somatiques pour que les parents comprennent qu'ils doivent jouer un rôle actif dans les soins

de leur fille. Pour canaliser leurs efforts il est maintenant nécessaire d'aborder les risques d'ordre psychoaffectif qui pourraient entraver le développement psychique durable. La plupart des parents ont vu des émissions télévisées, lu des livres sur l'anorexie, pris contact avec des groupes d'entraide. Ils sont, plus que la jeune fille, prêts à discuter les questions concernant les implications psychologiques de la maladie, c'est pourquoi il est à conseiller de s'entretenir avec les parents de la situation psychoaffective et relationnelle de leur fille. Un tel entretien permet de détecter les facteurs de risque (facteurs favorables et défavorables au traitement). En discutant avec les parents, on trouvera la confirmation que l'anorexie cache un autre trouble et qu'il y a:

- le risque que la maladie se chronifie rapidement (en raison de sa fonction de défense contre des états émotionnels angoissants sous-jacents)⁷;
- le danger d'un bénéfice secondaire dû au style de communication dans la famille, style de communication qui «favorise» l'expression anorexique d'une souffrance psychique⁸;
- une autre difficulté souvent négligée qui réside dans le fait que la faim a un effet déformateur de la pensée (la faim est responsable de la pensée «délirante» et de la distorsion du schéma corporel)⁹ influençant fortement la réaction de la jeune fille au traitement.

les problèmes psycho-affectifs sous-jacents pour pouvoir concevoir les buts à atteindre. Il est également nécessaire de prospecter les étapes intermédiaires du processus thérapeutique. Il va de soi que les concernés, les parents et la jeune fille, doivent être à même de s'identifier avec ces objectifs, raison pour laquelle

il est nécessaire qu'ils puissent les élaborer avec les spécialistes.

⁶ On peut distinguer deux manières de concevoir des objectifs: soit on a tendance à formuler négativement un objectif, ce qui aura comme effet de vouloir s'en éloigner, soit on a tendance à le formuler positive-

ment, ce qui fait qu'on veut s'en approcher. Dans le cas de l'anorexie les deux procédés sont nécessaires. On voudra s'éloigner des comportements qui augmentent les «risques» de cette maladie, et renforcer ceux qui sont des facteurs nécessaires de guérison.

En ce qui concerne le fait que l'anorexie cache d'autres troubles affectifs et relationnels¹⁰, notre expérience confirme les constatations faites dans la littérature: les jeunes filles anorexiques que nous avons suivies présentent des difficultés relationnelles, un isolement social (souvent dissimulé), des distorsions de la perception et du schéma corporel, troubles qui doivent être interprétés dans le sens d'un déficit d'intelligence émotionnelle¹¹. Au début de l'adolescence ces jeunes filles se rendent compte qu'elles ne parviennent plus à suivre leurs camarades plus avancées et qu'il leur manque l'intelligence émotionnelle et sociale nécessaires pour apprécier les changements intervenant avec la puberté, ce qui les pousse à se distancer d'elles. Il leur arrive de dire à leurs parents ou aux médecins qu'elles se sentent «bêtes». Elles essaient de regagner l'intérêt de leurs pairs en devenant anorexique (bénéfice secondaire). Derrière ce genre de remarques on ressent moins le rejet de la féminité que l'embarras lié à un manque de savoir-faire social – en fait, la plupart des jeunes filles anorexiques sont assez coquettes mais elles ne savent pas comment gérer les transformations émotionnelles et comportementales suscitées par la sexualité naissante, leur mode de pensée restant celui des enfants prépubères.

Ces difficultés sont donc l'expression d'un *style cognitif* particulier¹² dont les caractéristiques sont les suivantes:

- alexithymie (incapacité de reconnaître et d'exprimer des sentiments, des problèmes psychiques et relationnels: les sensations corporelles qui sous-tendent les émotions et les sentiments sont vécues comme dénuées de sens, ce qui fait qu'elles ont un effet angoissant);
- préoccupation par l'image que la jeune fille donne d'elle-même: son estime de soi dépend d'autrui, elle est incapable de reconnaître sa propre valeur;
- incapacité de voir la globalité d'une situation: ce style cognitif fait que la jeune fille ne parvient pas à se «détacher» des détails concrets, ce qui fait qu'elle ne comprend pas le «sens» d'une situation.

4° *Style de communication de la famille*

Le style cognitif de la jeune fille est renforcé par le *style de communication* de la famille. Dans notre expérience nous avons eu la confirmation de l'hypothèse de Minuchin¹³ disant que l'anorexie n'intervient que dans un certain type de famille. Toutes les familles présentées ici correspondent à la description suivante:

- l'anorexie n'intervient que dans une famille intacte, «jamais» chez les jeunes filles placées en institution,
- l'anorexie n'intervient «jamais» dans les familles où le père est absent (le père est très engagé dans l'éducation de ses enfants, il participe acti-

vement à la thérapie mais ne parvient pas à faire valoir son autorité lorsqu'elle serait nécessaire)¹⁴,
- les parents étant dans l'incapacité de mettre fermement des limites, l'anorexique présente les symptômes d'une enfant «tyrannique»¹⁵.

Nous tenons à communiquer ces données aux familles pour qu'elles puissent essayer de changer leur style de communication. Le fait de dire que l'anorexie n'intervient que dans des familles intactes et «harmonieuses» a un double effet: il reconnaît positivement les efforts que la famille fait pour soutenir et rendre heureux ses membres, en même temps il pousse les parents à changer leur style éducatif. L'expérience montre que les parents sont d'un plus grand soutien pour leur fille lorsqu'ils sont invités à collaborer activement à la thérapie. Par contre lorsqu'ils se sentent responsables de la maladie de leur fille, ils pensent qu'ils doivent se tenir à l'écart d'elle et s'en séparer, ils délèguent alors les soins aux spécialistes et ne participent pas à l'élaboration du plan de traitement. Par la suite, ne comprenant pas le sens du traitement, ils sont incapables de modifier leur style éducatif.

Minuchin¹⁶ a décrit les quatre modalités suivantes comme caractéristiques du style d'interaction rencontré dans les familles où un enfant présente des symptômes psychosomatiques ou anorexiques:

⁷ Ce constat nous pousse à dire que les troubles anorexiques persistant à l'âge adulte sont souvent l'expression d'une souffrance psychiatrique sévère.

⁸ Certaines croyances répandues concernant cette maladie tendent à la chronifier, comme celles stipulant que l'anorexie serait l'expression d'un malaise lié à l'ado-

lescence, serait la conséquence de troubles relationnels à l'intérieur de la famille (entre la mère et sa fille, par exemple), ou encore serait la conséquence d'un idéal esthétique moderne ou d'un refus de la féminité. Ces croyances concernant l'anorexie ont un effet fascinant et contribuent à l'installation des mécanismes liés

au bénéfice secondaire. Beaucoup de psychothérapeutes partagent ces croyances et sont responsables du fait que les jeunes filles «apprennent» à tirer profit de leur situation: elles reçoivent de l'attention pour l'aura qui entoure leur maladie et pas pour les efforts qu'elles font pour la surmonter.

- intrication
- hyperprotection
- rigidité (perfectionnisme)
- besoin excessif d'harmonie et incapacité de gérer les conflits.

Les thérapeutes, tout en *s'accordant* au style de communication de la famille, peuvent utiliser positivement ces quatre modalités pour favoriser le processus thérapeutique: ils invitent les parents à en maintenir l'intention mais à en modifier les moyens (technique de recadrage).

- En ce qui concerne la tendance à l'intrication, les thérapeutes invitent les parents à la transformer en *empathie*: l'angoisse flottante à l'intérieur de la famille efface les frontières intergénérationnelles et fait perdre de vue les réels problèmes affectifs de la jeune fille. En donnant des informations sur les aspects psychologiques de l'anorexie, les thérapeutes invitent la famille à définir les problèmes affectifs et relationnels de leur fille et à identifier les ressources nécessaires pour les surmonter, ce qui a un effet rassurant.
- En ce qui concerne la tendance hyperprotectrice, les thérapeutes invitent les parents à la transformer en attitude de «*coaching*»: dès la première consultation ils ont besoin de comprendre que leur manière de réagir aux problèmes de leur fille a un effet considérable sur elle. La mé-

taphore utilisée est celle d'une équipe sportive: c'est à l'athlète, donc à la jeune fille, de faire son parcours, les parents et l'équipe soignante seront les entraîneurs qui la soutiennent. Le but est donc d'aider la jeune fille malade à *installer les ressources* nécessaires pour être à même de lutter elle-même contre sa maladie et pour augmenter ses capacités sociales en s'appuyant sur ses coéquipiers.

- En ce qui concerne la tendance à la rigidité, les thérapeutes invitent les parents à la transformer en *fermeté*: l'expérience montre que les jeunes filles anorexiques sont capables de participer activement au traitement lorsqu'un contrat thérapeutique est établi avec elles et leurs parents. Dans un deuxième temps les parents ont besoin de soutien pour être capables d'insister avec la fermeté nécessaire pour que les points du contrat soient suivis méticuleusement par leur fille.
- En ce qui concerne le besoin excessif d'harmonie, les thérapeutes invitent les parents à la transformer en *objectif de bien-être* sur le plan social pour leur fille: il faut leur donner une nouvelle finalité en invoquant le développement harmonieux de la jeune fille et son avenir en tant que femme. Il s'agit d'introduire un axe temporel dans le plan de traitement

en visant des compétences sociales plus élaborées. En élargissant de cette manière la finalité du traitement, les parents sont d'accord d'accepter une plus grande conflictualité au sein de leur famille.

5° L'élaboration du plan de traitement et l'établissement du contrat thérapeutique

La conception du plan de traitement se réfère aux données mentionnées ci-dessus: il tient compte du style cognitif de la jeune fille anorexique et du style d'interaction de la famille. Etant donné que la jeune fille est incapable de reconnaître ses difficultés et de s'engager dans un travail thérapeutique, il est dans un premier temps nécessaire de créer une alliance avec les parents pour que ceux-ci puissent contribuer de manière significative à ses soins. Ce qui les aide énormément, c'est de pouvoir parler avec d'autres parents qui ont passé par là; ces derniers peuvent leur montrer qu'en changeant leur style éducatif ils peuvent aider efficacement leur fille à modifier son style cognitif.

Le traitement vise avant tout la disparition des symptômes anorexiques. Le moyen le plus adapté pour atteindre ce but est le contrat thérapeutique, contrat fixant le cadre et les objectifs qui permettent à la jeune fille de lutter activement contre sa maladie. Cette dernière s'était réfugiée dans la maladie parce qu'elle avait le sentiment

⁹ Verhaltenstherapeutische Psychosomatik, R. Meermann et W. Vandereycken (éditeurs), Schattauer Verlag, Stuttgart, 1996

¹⁰ Sur un plan plus formel, nous avons diagnostiqué comme troubles concomitants

- troubles instrumentaux (dyslexie...)

- troubles dysthymiques et troubles de l'endormissement
- troubles obsessionnels-compulsifs
- maladies psychosomatiques
- troubles de la personnalité
- troubles boulimiques/obésité

¹¹ Le concept de l'intelligence émotionnelle responsable des capacités relationnelles et sociales a été vulgarisé par Daniel Goleman: L'intelligence émotionnelle – Comment transformer ses émotions en intelligence, Editeur: Robert Laffont.

de ne pas pouvoir influencer sa situation et l'attitude hyperprotectrice parentale la «confortait» dans l'idée qu'elle devait rester dans une attitude passive. A cause de son manque d'autonomie et de sa passivité elle n'a pas développé le savoir-faire nécessaire pour faire avec ses difficultés et réagir adéquatement par rapport à ses troubles alimentaires.

Le contrat vise à activer la réflexion et à encourager la jeune fille dans sa recherche d'autonomie. Nous veillons à ce que les parents n'abandonnent pas leur rôle parental, c'est pourquoi nous leur signalons combien il est important qu'ils élaborent et rédigent le contrat thérapeutique eux-mêmes et qu'ils le défendent ensuite auprès de leur fille malade.

Le contrat inclut les conditions nécessitant une hospitalisation, les conditions de la sortie de l'hôpital, les gratifications et les sanctions intervenant aux seuils d'augmentation et de diminution pondérales. En plus de cela, il mentionne les mesures prises pour soutenir la jeune fille dans sa recherche de contact et de plaisir aussi bien à l'école que pendant ses loisirs.

6° Traitement hospitalier/stationnaire

Si un traitement hospitalier/stationnaire s'avère nécessaire, il a comme objectifs, en dehors de celui de la reprise de poids:

- *contenir l'anxiété familiale*: l'anxiété augmente le stress émotionnel avec

comme conséquence un renforcement des défenses anorexiques (repli sur soi-même, hyperprotection). La présence des médecins contient l'angoisse de la famille, au moins dans la mesure où ceux-ci optent pour un modèle de coopération et de co-évolution;

- *lutter contre la pensée «délirante» et les distorsions représentatives* (schéma corporel) dues à la faim: les conséquences de l'inanition influencent plus qu'on ne le pense l'humeur et la pensée de la jeune fille. Souvent cette dernière, une fois qu'elle commence à reprendre du poids, reconnaît qu'elle était enfermée dans un état de mal-être lié au vécu de l'anorexie, incapable de réfléchir et de participer à la vie;
- *réduire l'isolement de la jeune fille*: un séjour dans une division pédiatrique ou une station de thérapie met la jeune fille dans un contexte dont le climat est très différent de celui qui règne à la maison. Ce changement de climat et de style éducatif sert à stimuler ses capacités sociales. Le personnel peut encourager la jeune fille à s'exprimer, à prendre confiance en elle, à participer aux activités de la division. Le personnel va aussi respecter le contrat thérapeutique et insister pour que la jeune fille s'y tienne. Le personnel a donc comme objectif de rendre la

jeune fille active, responsable de son traitement et de la résolution de ses problèmes. En ce qui concerne les visites, elles sont autorisées lorsque la jeune fille reconnaît ses difficultés et est d'accord d'apprendre à aller activement vers les autres et à participer à la vie des adolescents, par contre lorsqu'elle «reçoit comme une princesse» ses copines fascinées par sa maladie, l'attention qui lui est apportée renforçant son style cognitif, les visites sont problématiques;

- *encourager la jeune fille à faire des pas vers une plus grande autonomie*: le style cognitif de la jeune fille ainsi que le style de communication familial ont tendance à renforcer le côté passif de la jeune fille qui se sent impuissante et se défend contre son besoin de dépendance de manière infantile. Sa pensée reste immature ce qui fait que la jeune fille anorexique se replie sur elle-même et s'enferme dans une pensée qui tourne autour des questions nutritionnelles. L'objectif du traitement hospitalier est de la rendre active et autonome. L'équipe soignante a pour tâche de créer un cadre propice à la stimulation de son intelligence émotionnelle et sociale. La discussion avec les infirmières, les échanges avec les autres enfants et jeunes gens, la participation aux ateliers créatifs et la reprise de l'école lui permettent

¹² Le style cognitif se définit comme un mode de fonctionnement cognitif propre à l'individu, il révèle une préférence inconsciente à des types de stratégies de perception, de sélection, traitement de l'information, de représentation mentale, de stockage et de sélection de la réponse. Le style cognitif caractérise donc ce qui

se trouve entre le stimulus et la réponse d'un individu.

¹³ S. Minuchin, *Psychosomatic Families – Anorexia Nervosa in Context*, Harvard University Press, Cambridge/Massachusetts, 1978.

¹⁴ Dans un de nos cas les parents ont divorcé, mais malgré cela le père a été très présent dans la vie de la famille réconstituée.

¹⁵ Ce terme a été utilisé par I. Prekop pour décrire des enfants qui développent des réactions phobiques par rapport à la vie extra-familiale, compensant le manque

de détourner la pensée de ses préoccupations malades. Comme elles ne savent pas comment prendre contact avec autrui et se dévalorisent, les jeunes filles anorexiques se complaisent dans leur isolement au début de l'hospitalisation, isolement qui renforce le potentiel pathogène de leur style cognitif (déli des problèmes psychologiques);

- *donner aux parents un modèle de style éducatif adapté aux difficultés psychoaffectives* de leur fille anorexique: l'hôpital est le lieu idéal pour établir un contrat thérapeutique (incluant la jeune fille, les parents et l'équipe des soignants). Il est à conseiller de ne pas utiliser un contrat pré-établi, mais de le mettre sur pied chaque fois avec les parents pour que ces derniers apprennent à définir les problèmes, à identifier les ressources nécessaires et à négocier les points sensibles avec leur fille. Si la famille comprend bien le sens du contrat, il est plus facile pour elle d'assumer ses responsabilités et de faire en sorte que la jeune fille le respecte.

7° Le suivi thérapeutique

Les consultations sont agendées en fonction des contrôles médicaux réguliers (concernant le poids, le danger de l'ostéoporose, les troubles hormonaux...). Sont discutées également les questions touchant au régime diététique et au traitement mé-

dicamenteux. Tous ces points permettent d'aborder les aspects psychologiques qui y sont liés. La discussion du risque de l'ostéoporose permet d'aborder les questions liées à l'esthétique du corps et au schéma corporel, la question du traitement hormonal permet de discuter l'entrée en puberté et la manière de vivre des adolescentes. L'anxiété liée à la réussite scolaire permet de demander à la jeune fille si elle doit lutter contre des idées obsessionnelles. Toute en parlant des effets des médicaments antidépresseurs, il est possible de parler des troubles de l'endormissement, des excès boulimiques, des troubles de l'humeur, etc.

A côté de cela ces entretiens permettent de renégocier et de mettre à jour les points retenus dans le contrat thérapeutique. *La jeune fille doit réaliser que les points du contrat ne sont pas discutés dans les moments de crise et que ni le chantage affectif ni la panique ne vont les transformer.* Les parents ont besoin de soutien pour comprendre la démarche et pour ne pas céder aux implorations et aux accès de panique de leur fille. En ce qui concerne son régime alimentaire la jeune fille doit apprendre à le gérer intelligemment elle-même, d'abord avec l'aide des infirmières et des diététiciennes, puis avec sa mère... puis toute seule.

Procédant de cette manière il devient de plus en plus possible d'identifier les pro-

blèmes d'ordre psychoaffectif et relationnel et d'identifier les ressources nécessaires pour les surmonter. Normalement la jeune fille a besoin de soutien pour ressortir avec ses copines. Le retour à l'école doit être préparé pour qu'il ne soit pas traumatisant. Il est important que la jeune fille quitte sa position de «malade fascinante» et apprenne à se comporter comme une adolescente «normale».

Dans quatre cas, la jeune fille présentait un manque de maturité par rapport aux jeunes filles de son âge, c'est pourquoi les thérapeutes ont estimé qu'il serait favorable pour la jeune fille de refaire l'année scolaire en cours. La proposition de redoubler l'année a choqué aussi bien la jeune fille que ses parents, mais une fois que la mesure a été imposée, elle a été vécue très positivement car elle a permis à la jeune fille de refaire son entrée en adolescence sans être obligée de rivaliser avec ses camarades plus matures. Il ne faut pas oublier que la plupart des jeunes filles anorexiques vivent un stress scolaire permanent, ne se sentant pas à la hauteur des exigences scolaires. Comme l'a déjà dit Hilde Bruch¹⁷, le fait de vouloir rassurer la jeune fille anorexique en lui disant qu'elle serait «intelligente» a des conséquences fatales: sentant qu'elle a un handicap au niveau de son intelligence émotionnelle, elle s'en défend en développant des symptômes anorexiques parce qu'elle ne sait comment affronter le problème

de vie sociale en ayant de plus en plus de demandes à l'égard des parents.

¹⁶ S. Minuchin, 1978.

¹⁷ Hilde Bruch, *The Golden Cage – The Enigma of Anorexia Nervosa*, Harvard University Press, Cambridge/Massachusetts, 1978.

¹⁸ Seulement une jeune fille a dû faire son chemin seule en acceptant un placement dans un foyer d'apprentis (ses parents ayant des problèmes psychiques trop importants pour être à même de modifier leur style éducatif).

autrement. Ne pas reconnaître ce problème la renforce dans son repli sur elle-même.

Il est important ici de discuter aussi les questions de la psychothérapie individuelle et de la thérapie de famille. L'expérience des 9 cas cités montre qu'aucune des jeunes fille n'a été capable de s'engager dans une psychothérapie individuelle pendant la phase aiguë de la maladie. Il ne faut donc pas introduire trop tôt une psychothérapie individuelle, on risquerait d'en griller les possibilités («j'ai déjà tout essayé, ça ne sert à rien!»). Il est à conseiller d'attendre la demande de la jeune fille (cela peut prendre plusieurs mois, voire plusieurs années, jusqu'à ce qu'elle en comprenne la nécessité). Par contre le pédopsychiatre utilisera toutes les occasions qui se présentent pour encourager la jeune fille à remplacer les stratégies défailtantes responsables de son retrait anorexique par des stratégies plus opérantes: elle doit apprendre à identifier ses difficultés et ses besoins, à négocier les points de son contrat thérapeutique, à communiquer, à gérer les conflits, à participer à la vie de ses pairs, à développer des hobbies.

En résumé on peut dire que la famille de la jeune fille a besoin d'une certaine guidance: sinon le risque est grand qu'elle renforce les attitudes pathogènes mentionnées chez Minuchin. Les parents ont besoin d'apprendre à reconnaître les difficultés de l'adolescente présentant des troubles alimentaires (manque d'autonomie, isolement social, style cognitif) pour être à même de la soutenir adéquatement. Pour ceci ils ont besoin d'avoir des mo-

dèles fiables leur montrant comment ils peuvent réduire le taux d'anxiété à l'intérieur de la famille et changer leur style éducatif. Les parents des 8 cas cités ont fait les efforts nécessaires pour apprendre à soutenir adéquatement leur fille malade¹⁸. Deux familles ont même eu le courage, avant de la reprendre à la maison, de placer leur fille en internat après l'hôpital pour la renforcer dans sa quête d'autonomie.

Ch. Müller, Neuchâtel

Auteur:

Dr Christian V. Müller
Psychiatre d'enfants et d'adolescents FMH
Office médico-pédagogique neuchâtelais
rue de l'Ecluse 67
2000 Neuchâtel
e-mail: chmu@bluewin.ch