

LES GROUPES DE FAMILLES DE PATIENTS AYANT UN TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Dr Sophie CRIQUILLION-DOUBLET et Dr Françoise LAUGIER
 Mme Annick BRUN-EBERENTZ,
 Service du Pr J.D. GUELFY
 Clinique des Maladies Mentales et de L'Encéphale
 Centre Hospitalier Sainte ANNE
 100 rue de la Santé
 75014 PARIS.

RESUME

Les Groupes de Familles de sujets adultes présentant un Trouble du Comportement Alimentaire, même si celui-ci évolue de longue date, sont, dans notre expérience depuis 15 ans à la Clinique des Maladies Mentales et de L'Encéphale, un outil thérapeutique considérable, à la fois pour ces familles, et pour leur proche.

En effet, ces familles sont en grande souffrance depuis des mois ou des années, adoptent des attitudes dysfonctionnelles et demandent de l'aide.

Les groupes de familles sont une réponse qui s'avère riche et permet aux familles une meilleure compréhension de ce qui est en jeu et les aident à se distancier des symptômes. Un premier groupe fermé de cinq séances d'information est proposé à visée psycho-éducative ; ce groupe fait place à des groupes ouverts d'expression, centrés sur les interactions émotionnelles entre la famille et leur proche. Parmi les techniques utilisées, citons les techniques de résolution de problème et d'aide à la communication, associées à une approche analytique dans l'étude de la relation parents-enfants, de la place et du rôle de chacun au sein de la famille. Les conjoints et les frères et sœurs sont invités à participer à ces groupes.

MOTS CLES

Trouble des conduites alimentaires, anorexie, boulimie. Groupes de familles. Emotion exprimée. Dysfonctionnement familial. Communication intra-familiale

Le rôle de la famille dans le trouble des conduites alimentaires (TCA) a été l'objet de nombreuses études. On a longtemps cherché à retrouver un type de constellation familiale qui prédisposerait soit au développement, soit au maintien du TCA. Si on a pu mettre en évidence quelques "types" familiaux plus fréquemment rencontrés, comme certaines familles décrites par Hilde BRUCH ayant une faible empathie parentale, et dans lesquelles les désirs des enfants sont peu reconnus, ou ces familles très « cohésives », conventionnelles, ayant un grand souci de justice et fonctionnant dans le sacrifice, décrites par SELVINI PALAZOLLI ; ou encore, ces familles « psychosomatiques » décrites par MINUCHIN, surprotectrices, aconflictuelles, rigides, sans réel repère des rôles et des générations, ces configurations familiales ne se révèlent pas spécifiques de la pathologie TCA. On a surtout pu mettre en évidence que plus la famille est dysfonctionnelle, moins bon est le pronostic.

Mais, toutes ces études sont rétrospectives, et se font alors que l'enfant est déjà malade. Elles ne peuvent apprécier si ces configurations préexistaient au TCA ou si elles sont essentiellement le reflet de l'adaptation de la famille à l'enfant malade. Les TCA constituent en effet une véritable souffrance pour les familles, entraînant de fait des remaniements importants dans les relations intra familiales.

Si le facteur familial est évoqué dans l'étiologie du TCA, il n'en serait qu'un élément, puisque toutes les études plaident pour une origine pluri-factorielle des troubles, avec une incidence très variable d'une famille à l'autre. Cependant, parmi les facteurs familiaux, on retrouverait des facteurs génétiques chez les anorexiques restrictives pures, une co-morbidité avec des troubles thymiques chez les parents et des facteurs de stress familiaux qui semblent réellement impliqués dans le maintien d'attitudes alimentaires dysfonctionnelles. Très sollicitées par les manifestations de cette maladie, et par une sur-implication émotionnelle, ces familles développent des attitudes faussées par la méconnaissance des troubles, par la déception, l'incompréhension, le besoin de « réparer » ; elles deviennent alors incapables de poser des limites à leur enfant.

C'est pourquoi il nous paraît indispensable de proposer une aide à ces familles démunies sous la forme de groupes de familles d'information et d'expression
Ces groupes sont ouverts à ces familles depuis 15 ans à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale au Centre Hospitalier Sainte Anne

LES PRINCIPALES ORIENTATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE FAMILIALE DES TCA

Si la littérature est abondante sur les psychothérapies familiales, il n'en est pas de même pour les groupes de parents et de familles, qui ne semblent pour certains thérapeutes qu'un outil d'information, et/ou une aide ponctuelle aux familles, mais en aucun cas une forme de psychothérapie particulière.

En France, particulièrement, 2 grands courants se partagent les thérapies des familles : les thérapies systémiques et analytiques. C'est en référence à ces courants de pensée que fonctionne le groupe de parents d'anorexiques adolescents à orientation analytique tel qu'il est pratiqué à l'Institut Montsouris par l'équipe du professeur JEAMMET.

Les prises en charge comportementales sont moins connues, elles répondent à un modèle psycho-éducatif et constituent une approche spécifique et complémentaire par rapport aux thérapies familiales classiques.

La Prise en charge Familiale Comportementale PFC a été développée par Brown à Londres en 1962 pour des familles de schizophrènes, et a été étendue à d'autres pathologies dont les troubles de l'humeur et les troubles alimentaires, mais elle reste à ce jour peu connue en France.

Brown a étudié le rôle des facteurs sociaux et émotionnels dans les rechutes chez les schizophrènes et a dégagé plusieurs facteurs qui pourraient favoriser les rechutes : un premier facteur correspond à l'importance de l'émotion exprimée dans les familles, c'est à dire les commentaires critiques envers le patient, l'hostilité, ainsi que les attitudes, les propos ou les pensées négatifs vis à vis du patient. Le second facteur est la sur-implication émotionnelle, c'est à dire une réponse émotionnelle exagérée par rapport à la maladie ou à un comportement hyperprotecteur avec une attitude de sacrifice excessif ou un comportement très intrusif vis à vis du sujet. Le troisième facteur qui correspond à la chaleur affective et aux commentaires positifs vient toutefois pondérer l'impact des aspects précédents.

Plusieurs profils de famille se dégagent alors, comme les familles à Emotion Exprimée élevée qui parlent plus, ont une moins bonne écoute, sont moins souples, plus vigilantes et plus coercitives. Celles qui ont une Emotion Exprimée basse sont moins ambiguës dans leurs propos, formulent moins de reproches, sont plus consistantes et ont une demande d'aide plus élaborée.

De nombreuses études publiées montrent une corrélation entre le score de commentaires critiques et un taux élevé de rechutes des troubles (Falloon 1985, Strochan 1989, Chambon et Marie-Cardine 1993, Mönking 1996, Miklowitz 1997).

Dans ce contexte, la PFC Prise en charge Familiale Comportementale a pour objectif de diminuer le niveau d'Emotion Exprimée (EE) des familles, de modifier les habitudes de communication intra-familiale dont on sait l'impact sur l'évolution de la maladie et de mettre en place de nouvelles stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes.

A la C.M.M.E, si nous tenons compte de ce modèle, nous ne nous y référons que partiellement. En effet, s'il nous semble pertinent dans certains de ces aspects, il admet aussi des limites, la plus importante étant certainement que dans l'approche des familles, doivent aussi être prises en compte les attitudes ambivalentes des parents à notre rencontre, les expressions d'affects, les histoires familiales qui apparaissent dans ces groupes et dont il faut savoir se saisir dans notre travail avec ces parents.

POURQUOI INTERVENIR AUPRES DES CES FAMILLES D'ADULTES ?

Quel que soit l'âge de leur enfant et la durée d'évolution du TCA, les familles sont le plus souvent démunies et très affectées par le dysfonctionnement de cet enfant qui, le plus souvent, jusque là, ne leur a pas posé problème. Les parents se sentent coupables du trouble de leur enfant sans

bien savoir précisément en quoi et de quoi ils sont coupables..

Conjointement, ces parents éprouvent des difficultés à accepter le besoin d'un traitement pour leur enfant, renforcé en cela par ce dernier qui clame « qu'il n'en a pas besoin » d'où des diagnostics et des soins souvent tardifs. Ultérieurement, seuls les parents sont demandeurs d'une intervention immédiate : ils se trouvent alors confrontés aux équipes médicales qui imposent que la demande de soins vienne du patient lui-même. La décision d'hospitalisation peut être difficile à prendre aussi chez les plus jeunes, car les parents doivent l'imposer et la maintenir. Ils doivent collaborer avec l'équipe médicale et adhérer au projet de soins : c'est une condition essentielle du succès de la prise en charge. Pendant l'hospitalisation, leur enfant les « testera » souvent en tentant de leur faire rompre le contrat thérapeutique. On voit alors ces parents éprouver des difficultés à supporter une situation de conflit et à assurer ainsi leur position de parent.

Dans les formes plus chroniques, on note un épuisement des familles qui se protègent « en acceptant tout ». Les possibilités de changement ne semblent plus envisageables « on a déjà tout essayé » ; se développe alors un véritable système mortifère, sous-tendu par une très grande agressivité, qui infiltre l'ensemble du système relationnel.

Le "chantage au suicide", les tentatives ou les suicides sont fréquents et entraînent une véritable sidération de la pensée. Les parents perdent tout sens critique, « au cas où ! », ils adhèrent alors complètement aux symptômes.

Ces parents vont souvent développer des attitudes dysfonctionnelles ; leurs réactions sont faussées par l'incompréhension de ce qui se joue dans la maladie, ce qui les conduit à répondre prioritairement aux symptômes alimentaires manifestes qui leur sont montrés (« combien pèses-tu ? », « qu'as-tu mangé ? »), accentuant ainsi le sentiment d'incompréhension ressenti par leur enfant. Elles peuvent mettre en œuvre un mode de non-communication, prendre des décisions unilatérales, émettre des manifestations de rejet ou de banalisation des attitudes alimentaires, exacerbant ainsi les tensions à l'intérieur de la famille. Il se développe alors une boucle de feedback avec des interactions négatives : Par exemple : une mère demande à sa fille de s'alimenter. Ceci est vécu comme une intrusion insupportable et déclenche une réaction agressive de la fille en retour ; ce qui accroît l'irritabilité de la mère et déclenche alors une restriction alimentaire encore plus sévère de la jeune fille. Quand les interactions négatives sont trop fréquentes, les stratégies de fonctionnement s'automatisent et se rigidifient, aboutissant à un enkystement dans un comportement de plus en plus pathologique.

Dans ce contexte, la famille ne peut plus jouer son rôle de soutien, et le stress durable engendré par de telles situations peut, selon le modèle stress-vulnérabilité de la maladie, favoriser des rechutes. (Chambon et Marie-Cardine 1992)

La prise en charge familiale se doit de tenir compte de plusieurs éléments comme les facteurs externes qui interviennent chez chacun des parents et dans la fratrie, la vulnérabilité biologique et psychologique des membres de la famille et du patient qui déclenche des symptômes anorexiques ou boulimiques ou anxieux et des interactions réciproques entre les symptômes et la réactivité de l'entourage.

LA MISE EN PLACE DES GROUPES DE FAMILLE A LA CMME.

Au départ, les objectifs étaient de sensibiliser les familles au projet thérapeutique pour obtenir une meilleure compliance au traitement et de les informer sur la nature des troubles alimentaires. C'était aussi pour les équipes, une façon d'éviter de répéter les mêmes choses de nombreuses fois puisque les questions des parents sont souvent les mêmes. Il y avait aussi un souci de ne pas trahir le secret médical ni le lien thérapeutique en dévoilant des aspects que le patient ne souhaitait pas voir divulguer à sa famille.

15 ans après : outre ces objectifs, il nous apparaît que l'effet de groupe joue un rôle thérapeutique important pour ces familles, en ayant un effet vis-à-vis de leur culpabilité, de leur capacité à se distancier, sur leur isolement, et les aide à retrouver des repères en tant que parents.

Deux types de groupes sont proposés aux familles de patients présentant des troubles du comportement alimentaire. Ils s'adressent à des familles d'adultes, la moyenne d'âge des patients TCA à la CMME est de 26 ans avec une durée d'évolution de 8 ans, ce qui peut expliquer que nous avons à la fois des parents qui sont restés très proches de leur enfant, même si celui-ci vit de façon indépendante, que nous ayons aussi un certain nombre de conjoints ou compagnons et quelques frères et sœurs qui viennent épisodiquement.

Les séances sont animées par un médecin psychiatre, une psychologue et une infirmière, elles durent 1 heure 30 et deux horaires sont proposés.

L'organisation de ces groupes comporte deux parties : en premier des groupes d'information suivis par des groupes d'expression.

Le groupe d'information comporte cinq séances d'information sur les TCA, au rythme d'une séance tous les 15 jours. Il s'agit d'un groupe fermé de 15 à 20 participants. Il réunit des familles dont l'un des membres est soit hospitalisé, soit suivi en ambulatoire, soit n'est pas encore pris en charge pour le trouble alimentaire, voire refuse tout suivi médical.

Chaque séance est centrée sur un thème précis. Ces séances sont animées sous forme d'un échange interactif entre toutes les familles et les thérapeutes autour du thème de la séance. Les informations sont données à l'occasion des échanges et non sous forme d'un exposé didactique.

Selon les groupes une ou deux séances sont consacrées à la symptomatologie Anorexique et Boulimique et plus particulièrement aux circonstances d'apparition, à la nature des symptômes, aux conséquences cliniques et psychologiques ainsi qu'aux complications et signes de gravité. Une séance traite des facteurs de causalité : données de la littérature à propos des facteurs génétiques, biologiques, environnementaux, socioculturels et familiaux, et des facteurs de personnalité. La séance suivante aborde les différents traitements, que ce soient les indications d'hospitalisations et/ou de traitements externes, les traitements médicamenteux, les psychothérapies analytiques et comportementales, les psychothérapies de relaxation et les approches corporelles, les approches nutritionnelles et diététiques ; enfin, les thérapies familiales, les entretiens familiaux et les groupes de familles.

Tout au long des différents groupes, mais plus particulièrement lors de la dernière séance appelée « Questions diverses », sont abordées toutes les interrogations des familles : « que faut-il faire ? dire ? ne pas faire ? , ne pas dire ? ... », mais aussi la conduite à tenir en cas d'urgence médicale, de tentatives de suicide.

L'attitude des proches, devant cette information proposée, est très variable. Certains d'entre eux sont soulagés de pouvoir mettre des mots sur ce qu'ils ne comprenaient pas du comportement qu'ils observaient ; d'autres sont surpris « d'apprendre » qu'il existe un problème psychiatrique chez l'un des leurs ; d'autres sont anxieux de découvrir qu'un "gène baladeur" se promène dans la famille et quelques-uns, réalisant mieux la complexité de la situation, vont demander une aide pour eux-mêmes.

Un groupe d'expression A l'issue de ces cinq séances d'information, les parents participent à des réunions de parents mensuelles qui s'apparentent plus à des groupes d'expression. Ces groupes sont nécessairement plus nombreux (> 25 personnes) et ouverts puisqu'ils accueillent régulièrement de nouveaux participants. L'objectif précis dans ce groupe est d'amener les familles à découvrir et à utiliser de nouvelles stratégies d'adaptation, à moduler l'investissement émotionnel, à prendre plus de recul et de distance vis à vis du trouble de leur proche, à modifier les habitudes de communication interne afin de diminuer l'intensité et la fréquence des rechutes.

Ces groupes permettent aux parents d'exprimer et échanger entre eux les impressions et les difficultés. Ils s'interrogent sur la pertinence de leurs attitudes en réaction au trouble alimentaire de leur proche, sur les limites, sur leurs limites en tant que parent, frère ou sœur ou conjoint.

Les thérapeutes interviennent de manière beaucoup moins fréquente lors de ces groupes.

LES MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE CES GROUPES.

L'attitude des thérapeutes.

Dans chaque séance, les deux thérapeutes aident les parents à formuler leur questionnement. Ils

redistribuent la parole aux autres participants, ont une écoute active, sans juger les réponses, ni les interpréter. Le travail est volontairement centré sur les difficultés actuelles des familles, même si très souvent les parents abordent d'autres difficultés, que ce soit dans leur histoire avec leurs enfants mais également dans leur propre histoire avec leurs parents.

Les thérapeutes vont encourager les familles à envisager d'autres stratégies, à avoir une autre perception de leur situation, d'autres manières de faire, face à la maladie, et surtout à accepter une situation qui peut ne changer que très lentement. L'approche est résolument positive : dans chaque séance, l'accent est mis sur ce qui a progressé.

Les principales techniques utilisées dans ces groupes.

Les techniques d'entraînement à la résolution des problèmes sont utilisées pour aider les familles à mieux identifier les problèmes, à leur apprendre à envisager plusieurs solutions possibles sans aucune restriction, à les étudier en discutant des avantages et des inconvénients de chacune des solutions proposées, puis à mettre en place la solution retenue et surtout à apprendre à faire intervenir le groupe familial, ce qui évite le clivage des familles et les boucs émissaires. L'entraînement à la résolution de problèmes augmente les capacités de la famille à faire face aux événements stressants de la vie, mais aussi aux problèmes plus modestes de la vie quotidienne.

Les techniques cognitivo-comportementales sont adoptées avec une définition d'objectifs à court, moyen et long terme ou par paliers successifs. Des tâches peuvent être assignées et revues lors des séances ultérieures, soit pour améliorer le fonctionnement social des patients, soit pour améliorer les capacités d'adaptation des familles, (Hogarty, 1986, Leff, 1990)

Les réponses que l'on peut apporter ne sont jamais directes, surtout lorsque cela concerne spécifiquement « l'alimentation » mais l'objectif est avant tout d'aider les parents à trouver d'autres réponses et parfois de favoriser leur prise de conscience que la question posée est peut-être sous-tendue par une autre question ou une autre difficulté..

Très schématiquement, nous allons évoquer quelques **thèmes qui sont plus fréquemment abordés par les parents** dans ces groupes

L'alimentation. Celle-ci devient le seul point de communication de toute la famille qui entre dans le symptôme, anticipe sur les difficultés alimentaires de leur proche et adapte le repas à la famille. « Que faire à manger ? », « Faut-il faire plusieurs services ? », « Que lui acheter pour ses boulimies ? ».

L'objectif est, ici, de faire prendre conscience à la famille de la place qu'a pris le symptôme dans la vie quotidienne et de recentrer la communication sur les difficultés masquées par le trouble alimentaire (difficultés d'autonomie, d'estime et de confiance en soi).

Les conséquences financières du TCA. Ce sujet est principalement abordé chez les familles de boulimiques mais l'incapacité à dépenser pour soi chez les plus restrictives peut conduire à des conduites aberrantes pour la famille. Les questions posées sont relatives aux comptes bancaires déficitaires, aux sanctions pénales lors des vols, aux courses alimentaires en urgence « quand la crise est là » et que la patiente est très angoissée.

Les urgences somatiques génèrent des situations particulièrement stressantes pour les familles comme Jusqu'où accepter la restriction, les vomissements, les laxatifs, l'amaigrissement ? Comment susciter une reconnaissance de la maladie par leur proche et une prise en charge médicalisée ? Comment ne pas se sentir complice de la dégradation physique et d'un risque vital, si en tant que parents, nous n'intervenons pas en urgence ?

L'objectif est ici d'amener la famille à sortir du cadre strict de l'alimentation pour faire prendre conscience à leur proche, éventuellement par l'intermédiaire de ses propres plaintes, des complications physiques (fatigue extrême, troubles circulatoires...) et psychologiques, (tristesse, ralentissement, troubles de la mémoire, isolement social...).

L'importance des limites. Mettre des limites, dire « non », ne pas résoudre par tous les moyens les difficultés manifestes de leur proche est souvent ressenti comme une mesure agressive. Il est indispensable que les familles réfléchissent sur les limites, comment les poser mais aussi sur les

limites de ce que peut faire la famille et de ce qui revient au corps médical.

L'objectif est ici d'aider la famille à prendre conscience que les parents se sont appropriés tous les rôles : médecin, diététicien, psychiatre, confident, banquier... et que leur enfant n'a aucune raison d'aller chercher ailleurs ce qu'il a sur place ! La famille doit aussi réaliser l'importance du maintien d'une cohérence interne entre le discours de la famille et les attitudes qu'elle adopte avec leur proche.

Les tentatives de suicide. ou du moins « ce symptôme de menace » permanent que ressentent certaines familles. Comment résister à certaines pressions formulées ou pire, sous-jacentes telles que « si tu fais cela... » ; « Si tu sors... » « si tu ne viens pas vivre avec moi »...« Je me suicide ! ». Comment gérer cette violence exprimée physiquement lorsque la famille n'accède pas aux désirs immédiats de leur proche ? par ex : Lorsque les patientes, plus âgées, ne vivant plus chez leurs parents, multiplient les coups de téléphone nocturnes à distance : faut-il intervenir ? - comment ? et à chaque fois ?

Là aussi, l'objectif est d'amener la famille à avoir une attitude commune, à poser les limites de ce qu'elle peut entreprendre pour leur proche, à avoir une écoute active, empathique, sans chercher à se substituer à la patiente, encourager une prise en charge médicalisée extérieure devant cet état de détresse, tout en rassurant sur son rôle de soutien.

Cette méthode structurée de résolution de problème abaisse aussi le niveau de tension familiale, même quand le thème de discussion suppose une forte implication émotionnelle.

Avec cette méthode, le problème d'un individu peut être partagé par les autres, et, dans la recherche d'une solution, toutes les ressources de la famille sont mobilisées. Le climat de communication se développe : c'est l'opposé du sentiment d'isolement et de fragmentation expérimentée auparavant par chacun.

Les techniques d'entraînement à la communication : Les problèmes de communication sont au premier plan dans les « familles TCA », Les échanges se font au travers de l'alimentation, « elle mange = elle va bien ». Il n'y a plus de mots, tout doit être décodé et la patiente est retournée dans le monde magique de l'enfance où elle a l'impression que ces parents peuvent et doivent tout deviner. Remettre des mots, du temps, le temps de la réflexion paraît au début très difficile pour ces familles et leur proche.

Les thèmes les plus souvent abordés tournent autour de la « bonne distance » et de la séparation que les parents voudraient mettre en place alors que leur enfant les sollicite toujours sur le mode de la dépendance, avec une certaine tyrannie.

Dans la communication avec les frères et sœurs, l'accent est mis sur la difficulté à retrouver une relation d'égalité, à mettre à plat les conflits, ce qui risque de renforcer dans un premier temps les symptômes alimentaires.

La relation trop proche mère-fille (voir père-fille) mettant à distance l'autre parent (un « bon » parent communiquant, et l'autre « qui ne comprend rien ») nécessite un rééquilibrage, afin de redonner une cohérence au couple parental : « ton père et moi, nous pensons que... », ce qui permet d'une part, de redonner des repères et des limites dans la relation parent-enfant et d'autre part, de sortir de l'urgence des réponses demandées sans concertation et sans réflexion commune.

Il y a une certaine progression dans cet entraînement à la communication. La phase initiale correspond à l'expression des sentiments positifs et à une écoute active empathique : c'est la création d'un milieu familial plus chaleureux. Puis, les familles apprennent à repérer les comportements qu'elles aimeraient faire changer, et à faire des demandes adaptées pour y arriver. Elles apprennent ensuite à s'asseoir ensemble, à prendre le temps et à discuter des problèmes de façon empathique sans être en permanence dans l'urgence d'une réponse. L'étape de l'expression des sentiments négatifs ne survient que lorsque la communication active est rétablie.

POURQUOI PROPOSER AUX FAMILLES UN TRAVAIL EN GROUPE ?

Quand les parents s'inscrivent à ces groupes un grand nombre d'entre eux viennent chercher des « recettes », « on ne sait plus comment faire, dites-nous ! », réduisant ainsi le TCA à des erreurs éducatives et ce n'est que progressivement que ces familles vont trouver à partir du groupe leurs propres solutions.

L'intérêt des groupes d'information.

La situation de groupe permet aux familles à travers des échanges avec les autres familles et les thérapeutes de se décentrer de leur propre histoire, de prendre conscience et de se distancier de ce qu'ils vivent par l'écho que fait en eux les histoires des autres familles.

Un grand nombre de familles sont engluées dans le déni de leur enfant, ils n'ont rien vu ou si tard, et s'ils ont vu, ils ont adhéré à la vision rassurante de leur enfant. Ce dernier rationalise si bien que ça n'est pas grave, qu'il a compris et qu'à partir de demain il va remanger, que son amaigrissement n'est pas si grave et que son métabolisme, a lui, est différent des autres. Face à ces propos rassurants et que les parents ont tellement envie d'entendre, comment ne pas se faire piéger. Face à l'histoire des autres, ils sont des observateurs affectivement plus neutres, et arrivent ainsi mieux à saisir ce qui fait partie des symptômes de la maladie de ce qui est spécifique de leur propre fonctionnement familial.

Ces familles doivent reconsidérer l'image qu'ils ont de leur enfant. Comment admettre que sa fille triche, ment, vole, fait des chèques sans provision, a des conduites de stockage aberrantes, elle qui a toujours été sage, obéissante et si conforme. Les familles sont déroutées, doutent, se remettent en question, cachent le TCA de leur enfant comme quelque chose de honteux. Entendre exprimer par d'autres familles ce qui est pratiquement de l'ordre du tabou entraîne en général une réaction très émotionnelle de soulagement; tous les parents se mettent à parler en même temps, dédramatisant ainsi l'inacceptable qui perd sa valeur de perversité manipulatrice, et peut ainsi prendre sens comme signe de la maladie, indice de détresse et de souffrance.

Dans ces familles où la confusion des rôles règne, chacun doit pouvoir retrouver sa place, sa fonction et son identité.

L'intérêt des groupes de réflexion.

Ces groupes vont avoir d'avantage une fonction de soutien, permettre un certain étayage des parents entre eux. Les parents plus anciens dans le groupe vont donner des références d'évolution qui vont soutenir les parents plus novices. Ils vont aussi permettre de prendre en considération qu'il faut du temps, que l'amélioration ne se fait pas soudainement une fois pour toute. Que la restauration du poids est nécessaire mais pas suffisante ! Ils vont surtout soutenir dans les moments difficiles.

Le parcours des autres parents a plus de poids, plus de crédibilité et plus d'impact que le discours médical. Les parents se retrouvent, prennent des repères, tout en percevant bien qu'ils sont différents les uns des autres, et que les enfants et les histoires sont également différents. Ils supportent mieux ce qu'ils ont déjà identifié comme un moment difficile de l'évolution : par exemple, ils constatent que l'amélioration du TCA passe le plus souvent par une phase plus conflictuelle avec les parents, phase qui désoriente les familles. L'absence de nouvelles est durement ressentie par certains ; les menaces de suicide, les « grandes crises d'agitation » sont des manifestations qui sont difficilement contenues par les familles qui ne sont pas soutenues.

Certains parents, sans la maladie de leur enfant, et a fortiori avec l'autonomie de celui-ci, sont confrontés à un certain vide, tant la cohésion de la famille passait par le TCA... Certains parents se sont aussi totalement isolés socialement.

La diversité des fonctionnements familiaux donne des références à ces familles démunies, avec parfois la construction d'un véritable réseau de soutien entre elles.

Certains parents dont les enfants vont mieux, continuent à venir pour soutenir les autres parents, retrouvant ainsi une restauration de leur image narcissique

Des cas particuliers :

Les familles dont les enfants sont dans le déni et ne veulent pas consulter sont des familles qui arrivent dans un état de détresse extrême. Il n'est pas rare qu'à la suite de ces groupes, les

parents dont les enfants ne voulaient pas consulter aient réussi à faire prendre un rendez-vous à celui ci. Comme si la prise de distance avec le TCA et l'écoute de la détresse sous-jacente, avaient favorisé un espace propre aux changements.

La relation avec les conjoints. Il n'y a pas de relation univoque des conjoints, ceux ci sont globalement tous très différents les uns des autres, mais tous ceux qui participent à ces groupes sont très inquiets et perdus dans le rôle qui leur ait demandé de tenir. Les conjoints sont utilisés comme substituts parentaux, doivent dire ce qu'il faut manger, faire et ne pas faire, voir et ne rien dire.... Ceux qui restent proches sont souvent en grande difficulté et en grande souffrance. Chez certains couples, on retrouve une réelle confusion des rôles dans la famille.

Les limites de ces groupes.

Les histoires familiales trop complexes ou trop enkystées seront orientées sur une psychothérapie familiale parallèlement aux groupes.

A l'occasion de ces groupes certains parents se révèlent en grande détresse personnelle, nous les invitons à mettre en place un suivi personnel.

Les conjoints et les frères et sœurs auraient besoin d'un abord spécifique et nous pensons qu'il faudrait faire des groupes d'expression de conjoints et peut-être de frères et sœurs.

CONCLUSION

SELON NOTRE EXPERIENCE, L'UTILISATION DE CES TECHNIQUES DANS LES TCA EST SUSCEPTIBLE D'ETRE ASSOCIEE A UNE DIMINUTION DU NOMBRE DE RECHUTES ET DE RE-HOSPITALISATION DES PATIENTS.

CES GROUPES ONT DES OBJECTIFS D'INFORMATION ET D'EDUCATION. L'INTERET D'IMPLIQUER LES FAMILLES DANS DES GROUPES PERMET DE METTRE EN COMMUN DES CONNAISSANCES TOUT A FAIT NECESSAIRES A CES FAMILLES DONT L'AIDE, LE SOUTIEN ET LA SURVEILLANCE SONT INDISPENSABLES.

EN FAISANT PRENDRE CONSCIENCE DES INTERACTIONS RECIPROQUES ENTRE LES SYMPTOMES ET LA REACTIVITE DE L'ENTOURAGE, EN AIDANT LA FAMILLE A AVOIR UNE ECOUTE ACTIVE, EMPATHIQUE, SANS CHERCHER A SE SUBSTITUER A LA PATIENTE, ET A TROUVER UNE « MEILLEURE DISTANCE », CES GROUPES JOUENT UN ROLE DE THERAPIE PSYCHO-EDUCATIVE SANS QUE LE PATIENT N'AIT LE SENTIMENT QUE LE SECRET MEDICAL AIT ETE ROMPU.

CES GROUPES FAVORISENT VRAISEMBLABLEMENT UNE MEILLEURE COMPLIANCE AU TRAITEMENT, AINSI QU'UNE MEILLEURE QUALITE DE VIE SUBJECTIVE DE CES FAMILLES. CES HYPOTHESES MERITENT D'ETRE TESTEES PAR DES ETUDES PROSPECTIVES COMPARATIVES.

BIBLIOGRAPHIE

- ABDEL FATTAZH A., POUDAT F.X., VENISSE J.L., 1988 Particularités de la communication dans les familles d'anorexiques boulimiques. *Actualités psychiatriques*, 4 :105-116
- CASPER RC, TROIANI M. Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. 2001. *International Journal of Eating Disorders*. 2001, 30 : 338-342
- COOK-DARZENS Solange. *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique*. 2002. Paris. Dunod
- DAVIS R. OLMSTED M.P ; ROCKERT N. Brief group psychoeducation for bulimia nervosa. : Assessing the clinical significance of change. 1990 *Journal of consulting and Clinical. Psychology*, 58, (6): 882-885.
- EISLER I, DARE C., RUSSEL G.F.and al. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A. 5-year follow-up. 1997. *Archives of General Psychiatry.*, 54 :1025-1030.
- JEAMMET P. Une forme de thérapie familiale : le groupe de parents. 1980 *Psychiatrie de l'enfant XXIII*, 2, 587-636.
- KAGANSKI I, REMY B. Aspects familiaux cliniques et thérapeutiques des troubles des conduites alimentaires. 1989.*Confrontations psychiatriques*, 31 : 203-229
- NICHOLLS, MAGAGNA. 1997. A group for the parents of children with eating disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2(4): 565-578
- ROBIN A L ; SIEGEL PT ; KOEPKE T, MOYE AW ; TICE S. 1994. Family Therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of developmental & behavioral pediatrics*, 15 : 111-116
- ROBIN AL ; SIEGEL PT, MOYE A. 1995. Family versus individual therapy for anorexia : impact on family conflict. *Int. Journ. of Eating disorders* : 17(4): 313-322.
- ROGEBERG K. Eating disorders and the family. Expériences gathered in a parent. support group. 1990 *Acta psychiatrica Scand Suppl.* 361, Vol 82: 50-51.
- SELVINI-PALAZZOLI M 1988 .The anorectic process in the family : a six-stage model as a guide for individual therapy. *Fam .process*, 27 (2) : 129-48
- SHUGHAR G. KRUEGER S. 1995. Aggressive Family Communication, Weight Gain, and improved Eating Attitudes during. *Systemic Family Therapy for Anorexia Nervosa*. *International journal of eating disorders*, 17 (1):23-31
- SLAGERMAN M. 1989. Multiple family group treatment for eating disorders : a short term program. *Psychiatr. Med.* 7 (4) : 269-83.
- SZMUKLER G I, EISLER I, RUSSEL G, DARE C. 1985 Anorexia Nervosa, Parental « expressed emotion » and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147 :265-271.
- VAN FURTH E, F, VAN STRIEN D.C, MARTINA L, ML, VAN SON M,J, HENDRICKX J.J, VAN ENGELAND H. Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. 1996, *Int Journ. of Eating disorders*, 20 (1):19-31.
- VAUGHN C., LEFF J. 1976 b The measurement of Expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British journ. of soc.and Clin. Psychol.*, 15: 157-165
- WALLER G. CALAM R. SLADE P. 1989. Eating disorders and family interaction *Br J. Clin. Psychol.* 28 (3): 285-286.
- WIEDEMANN G. 1996. Family therapy and work with relatives in various psychiatric diseases. *Nervenarzt.* 67 (7) 524-44.
- WOODSIDE D.B. SHEKTER-WOLFSON L.F. GARFINKEL P.E. OLMATED M.P. FAMILY INTERACTIONS IN BULIMIA NERVOSA II : COMPLEX INTRAFAMILY COMPARISONS AND CLINICAL SIGNIFICANCE. 1995 *INT. JOURN. OF EATING DISORDERS.* 17. (2): 117-126
- YAGER J. 1994 . *PSYCHOSOCIAL TREATMENTS FOR EATING DISORDERS.* *PSYCHIATRY*, 57,(2):153-164