

**Comment allier thérapie individuelle et familiale
pour une approche globale
face à la complexité de la prise en charge
de personnes souffrant d'anorexie?**

Laurence CLEINGE
Karine MEZZENA
Docteur S. FUCHS

ASSOCIER LES FAMILLES AU SOIN – 10 février 2014 – IEC - Toulouse

Lorsque l'on demande aux personnes qui sont sorties d'un trouble alimentaire ce qui les a le plus aidées, elles répondent en général :

- la rencontre avec des professionnels expérimentés et avec des personnes guéries,
- le soutien des proches, notamment les parents.

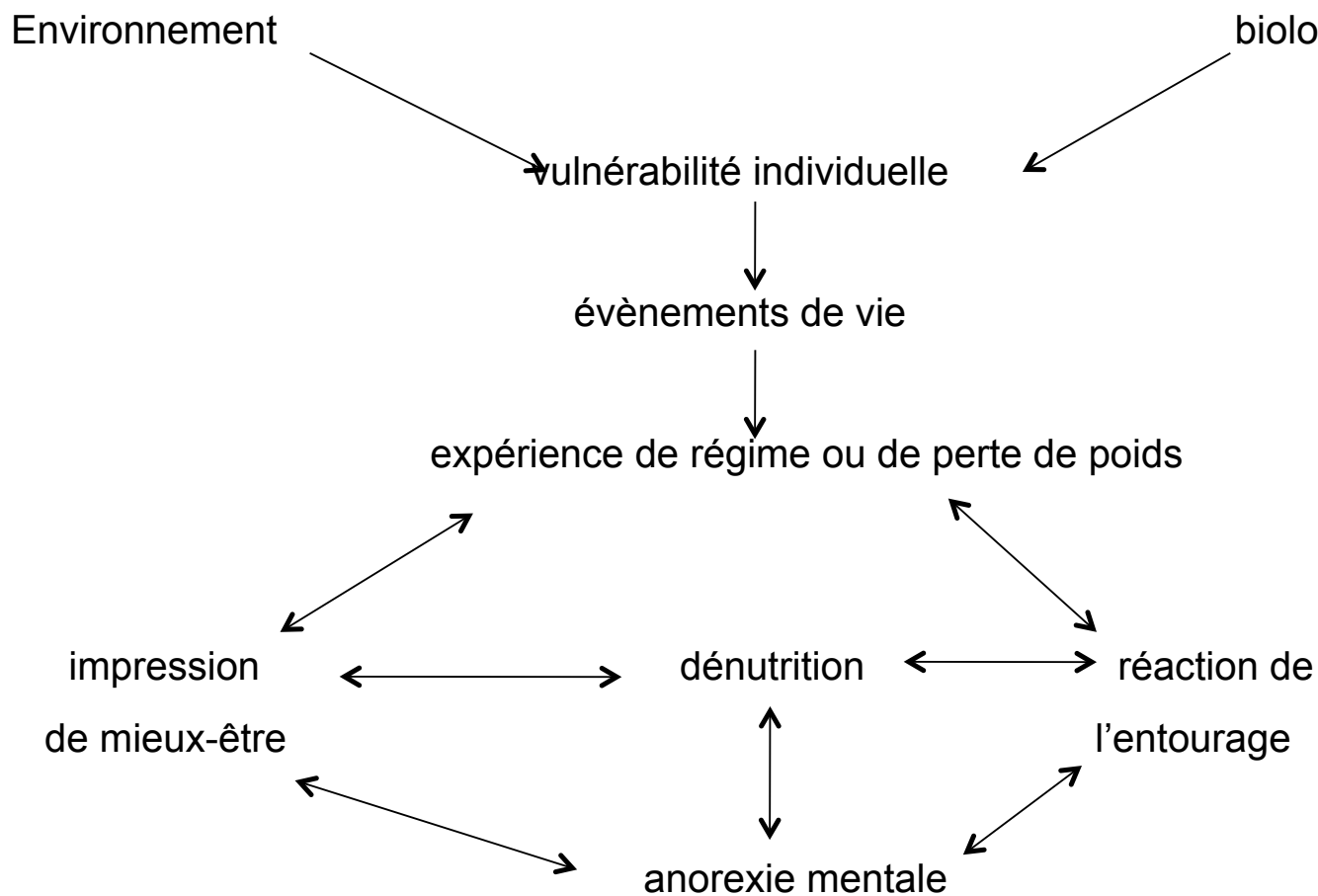
Travail multidisciplinaire. Comment allier
thérapie individuelle et familiale pour une
approche globale face à la complexité de la
prise en charge de personnes souffrant
d'anorexie ?

Laurence Cleinge

Galia Fuchs

Karine Mezzena

Anorexie : une expérience de valorisation tournant au cauchemar



EVOLUTION

- ◆ Apparition de crise de boulimie
- ◆ Apparition de phases dépressives
- ◆ Instauration jeu familial
- ◆ De la crise individuelle à la crise familiale

Pour quelles raisons associer les familles au processus thérapeutique?

Pour quelles raisons associer les familles au processus thérapeutique ?

1. Le principe d'équifinalité en systémique : ce n'est pas la cause mais surtout la manière dont les conséquences sont gérées qui créent un problème.

→ Notre manière de réagir face à une difficulté peut soit amplifier les conséquences du problème, soit les diminuer.

Pour quelles raisons associer les familles au processus thérapeutique ?

2. Interactions entre la maladie et la dynamique familiale

- ◆ Chaque famille recherche l'équilibre, fonctionne selon une dynamique et une organisation qui lui est propre.
- ◆ Le bouleversement lié à la maladie a des impacts sur les relations, la place de chacun, et sur l'organisation de la famille.

Pour quelles raisons associer les familles au processus thérapeutique ?

3. Repli de l'adolescente au sein de sa famille

- ◆ La focalisation sur la nourriture implique une diminution de l'intérêt vers l'extérieur, une difficulté à aller vers les autres.
- ◆ Une perte d'estime de soi entraîne une peur des nouvelles situations et un retrait dans des routines.
- ◆ L'évitement des émotions implique une hypersensibilité face aux critiques.

Pour quelles raisons associer les familles au processus thérapeutique ?

4. L'anorexie peut être une réponse face à une gestion difficile des émotions.

- ◆ Abandonner le contrôle équivaut à se retrouver sans défense.
- ◆ Le travail avec la famille va permettre de faire vivre des expériences émotionnelles correctrices dans le quotidien.

Pour quelles raisons associer les familles au processus thérapeutique ?

5. L'ambivalence

- ◆ Réticence face au changement
- ◆ La famille est souvent très en demande d'un changement
- ◆ Les changements dans une interaction font en sorte que la qualité émergente du système sera différente (*principe de totalité des systèmes*).

Pour quelles raisons associer les familles au processus thérapeutique ?

6. Face au sentiment d'impuissance des familles, il nous semble important de pouvoir leur fournir des outils.

Pour quelles raisons associer les familles au processus thérapeutique ?

7. Notion de fonction du symptôme (Minuchin, Selvini)

Par leurs troubles, les adolescentes maintiennent toute la famille unie à travers la force de leur symptôme.

Intervention

- A. De la prise de contact au début de l'intervention
- B. Problématisation et stratégie d'intervention
- C. Travail sur la structure familiale
- D. Stratégies
- E. Expérience concrète d'une équipe multidisciplinaire

- F. Favoriser le processus de clientélisation

A. De la prise de contact au début de l'intervention

Motivation de la prise de rendez-vous :

- Inquiétude
- Comment aider ?
- Plainte de la fratrie ?
- Demande d'information ?
- Moyen d'amener l'adolescente en thérapie ?
- A la demande de l'adolescente ?

Recevoir la famille ensemble ou non ?

A. De la prise de contact au début de l'intervention.

Au début de la rencontre, il s'agit :

- *D'identifier le système pertinent*

Qui intervient sur le problème et comment ?
Quelles sont les redondances relationnelles qui aggravent ou diminuent le problème ?

- *D'identifier qui est le client.*

La plupart du temps, il est peu probable que tout le système familial soit client.

A. De la prise de contact au début de l'intervention

1) L'approche de Palo Alto distingue 4 types de « clients » :

- Les clients : je souffre et je veux changer.
- Les clients « empêchés » : Je voudrais changer mais je n'y arrive pas.
- Les « opposants » : je ne veux pas changer.
- Les « visiteurs » : je ne suis pas opposé au changement, mais je ne vais pas me mobiliser.

A. De la prise de contact au début de l'intervention.

2) Favoriser le processus de clientélisation

Points clés :

- Vous ne faites pas partie du problème mais vous pouvez faire partie de la solution.
- On part de la vision personnelle du problème de chaque acteur.

⇒ Créer un climat bienveillant et une relation thérapeutique forte pour aider à se mobiliser.

A. De la prise de contact au début de l'intervention

Type de relation

Relation symétrique : relation égalitaire qui minimise les différences.

Relation complémentaire : basée sur l'acceptation et la reconnaissance d'une différence.

2) **Escalade symétrique ou complémentarité rigide ?**

Escalade symétrique : les différences ne sont pas respectées et amènent à de la surenchère et de la rivalité.

Complémentarité rigide : quand la position haute est réservée à un des protagonistes ou si l'autre se sent frustré dans sa position et ne réagit pas pour rétablir l'équilibre.

3) **Présence d'émotions fortes pouvant entraver le travail thérapeutique ?**

➔ Dans les cas d'escalade symétrique ou d'émotions fortes, nous recevons les personnes séparément. En cas de complémentarité rigide, nous rencontrons les familles ensemble

B. Problématisation et stratégie d'intervention

Identifier les boucles interactionnelles problématiques.

B. Problématisation et stratégies d'intervention

Rappel :

- Les tentatives de solution (TdS) : tout ce qui est mis en place de manière volontaire pour résoudre le problème et qui ne fonctionne pas et aggrave la situation.
- Le thème des tentatives de solution : plus petit message commun aux différentes TdS.
- Les réactions inappropriées (RI) : pensées, émotions et comportements non volontaires qui aggravent le problème
- Le thème thérapeutique : 180° du thèmes des TdS et blocage des RI

Quelles sont les tentatives de solution les plus souvent rencontrées face à l'anorexie ?

Le thème des TdS est « Mange » :

on distingue deux manifestations différentes de ce message.

1) Au départ, l'injonction de manger est prépondérante.

La TdS est sous-tendue bien souvent par l'anxiété ou la culpabilité.

Stratégie :

- ✓ Suivi médical et individuel.
- ✓ Recadrage « plus vous lui demandez de manger et plus actuellement elle résiste »
- ✓ Ne plus tout centrer sur l'anorexie.
- ✓ Se centrer sur des objectifs de bien-être dépassant la simple prise de poids

Quelles sont les tentatives de solution les plus souvent rencontrées face à l'anorexie ?

2. Quand la situation perdure, le message « mange » persiste de manière implicite.
 - Au quotidien, afin d'éviter les conflits, ce message disparaît.
 - Une réorganisation de la dynamique familiale s'installe, notamment par l'apparition de rituels qui influencent la vie de la famille.
 - Les rituels de l'adolescente et l'adaptation de la famille cultivent l'illusion que cette stratégie aide l'adolescente à manger.

Le thème des TdS est « Mange »

Mouvement stratégique :

- Bloquer le message implicite « mange » par l'exploration d'autres voies vers le mieux-être.
- Bloquer les réactions inappropriées de la jeune fille par une désorganisation de ses rituels de contrôle.

Les réactions inappropriées

1. Evitement des émotions

Blocage de ces RI.

Accueillir les émotions en séance.

Donner des tâches pour poursuivre le travail en famille.

Les réactions inappropriées

2. Les visions des parents et les attitudes qui en découlent peuvent aggraver le problème.

- ◆ Tout comportement est décodé sous l'angle de la maladie
- ◆ La volonté est la seule voie de guérison.
- ◆ Alternance de ces deux positionnements.

C.Travail sur la structure familiale

Co-construire des objectifs avec la famille, par exemple :

- Arrêter de s'arrêter de vivre en attendant que leur fille aille mieux.
- Redéfinir des limites et réintroduire des frontières familiales, réattribution des places de chacun.
- Redistribuer les responsabilités et faire alliance pour s'engager dans la lutte contre la maladie.
- Favoriser l'autonomie.

D.Stratégies

Il existe différentes techniques pour atteindre ces objectifs :

- Recadrages : masque à oxygène – apprentissage indirect à travers l'expérience des parents – freiner les attentes des familles, guérison progressive, recadrer la rechute
- Tâches : prévoir un moment privilégié avec la fratrie – encourager le couple parental à sortir, les sorties en secret (Selvini Palazzoli et Prata) – instauration d'une activité en famille tirée au sort par semaine – faire expérimenter des changements allant dans le sens « comme si le problème d'anorexie n'existait pas »

E. Expérience concrète d'une prise en charge multidisciplinaire

Notre équipe se compose :

- D'une psychiatre spécialisée dans le domaine des troubles des conduites alimentaires qui travaille selon une approche cognitivo-comportementale en thérapie individuelle.
- De deux psychologues spécialisées en thérapie systémique et stratégique brève de l'école de Palo Alto. Elles prennent en charge les familles avec ou sans l'adolescente en co-thérapie.
- D'une endocrinologue spécialisée dans le suivi des troubles nutritionnels.
- De deux diététiciennes spécialisées dans le suivi des troubles nutritionnels.
- D'une kinésithérapeute développant l'approche psychocorporelle (atelier miroir, relaxation, massages...).

E. Expérience concrète d'une prise en charge multidisciplinaire

La prise en charge somatique :

- ✓ Assure la sécurité concernant la santé et les risques associés à la maladie.
- ✓ Permet l'hospitalisation en cas de risque vital
- ✓ Offre un contrôle régulier du poids du somaticien et permet un travail sur le déni de la maigreur

La thérapie individuelle a pour objectif :

- ✓ engagement motivationnel
- ✓ une normalisation de la structure alimentaire, des manières de table
- ✓ une normalisation du poids
- ✓ guidance familiale : consignes concrètes concernant l'alimentation en fonction de l'évolution
- ✓ Une restauration de l'image de soi
- ✓ Une amélioration des capacités d'affirmation de soi
- ✓ Le développement de projets personnels
- ✓ L'amélioration du vécu corporel
- ✓ L'évaluation des comorbidités psychiatriques associées; leur prise en charge médicamenteuse SN

- ✓ La psychiatre présente en début de prise en charge le suivi multidisciplinaire et propose une rencontre familiale systématique pour les adolescents.
- ✓ Il nous apparaît important de le présenter d'entrée de jeu pour éviter de renforcer la culpabilité des familles.
- ✓ Le travail conjoint du somaticien et du thérapeute individuel permet aux thérapeutes de famille de ne pas se focaliser sur la nourriture
- ✓ La thérapie de famille permet au thérapeute individuel de ne pas être envahi par l'urgence de la famille
- ✓ Le travail conjoint diminue l'usure de chacun des intervenants

La thérapie familiale :

Nous avons opté pour un travail en **co-thérapie** permettant :

- d'avoir une sensibilité et un style relationnel différents ;
- d'augmenter le capital patience face à la complexité et à l'ambivalence ;
- de s'utiliser stratégiquement l'une et l'autre dans la relation (l'une veut pousser et l'autre freine faisant miroir à l'ambivalence ce qui permet la négociation d'un objectif thérapeutique minimal) ;
- de faire de manière indirecte un apprentissage relationnel à la famille (l'une peut contredire l'autre et nous en discutons, nous travaillons pour un même objectif même si nos moyens sont différents, nous sommes cohérentes dans nos interventions)
- répond aux enjeux déjà décrits. De plus notre expérience nous amène à penser que le travail avec les conjoints et les familles fondées des patientes adultes est essentiel.
- Des suivis individuels en thérapie systémique peuvent également avoir lieu en fonction de l'ambivalence (préférence d'une thérapie systémique plutôt qu'un travail spécifique sur la question des troubles alimentaires).

La prise en charge diététique

- Lorsque l'adolescente s'engage dans le processus de changement selon les critères de thérapie cognitivo comportementale sur la normalisation du poids, les conseils diététiques peuvent intervenir si le patient ou la famille en ressent le besoin.

La prise en charge corporelle

- Selon l'appréciation des différents membres de l'équipe, l'approche psychocorporelle peut intervenir comme une stratégie de relaxation en début de prise en charge en vue de réduire l'anxiété ; des ateliers spécifiques pourront être mis en place (atelier miroir, travail sur la proprioception) à partir d'un BMI de 18.

Pour bien collaborer, l'essentiel est :

- un respect mutuel,
- une confiance réciproque,
- des contacts réguliers,
- des rôles définis mais modulables garants d'une cohérence dans la prise en charge, essentielle dans ce type de troubles.

La fin de la prise en charge

- Certains suivis s'arrêtent avant d'autres.
- Fonction de l'évolution et du choix du patient
- La porte reste néanmoins ouverte.

Lorsque l'on demande aux personnes qui sont sorties d'un trouble alimentaire ce qui les a le plus aidées, elles répondent en général :

- la rencontre avec des professionnels expérimentés et avec des personnes guéries,
- le soutien des proches, notamment les parents.