



# Traitement de l'anorexie mentale en institution : apport de la thérapie familiale

Rev Med Suisse 2010; 6: 1750-2

**K. Auberjonois**  
**C. Alberque**

**Dr Katharina Auberjonois**  
Service de psychiatrie adulte  
Programme spécialisé «Consultation pour Familles et Couples», HUG  
89 rue de Lyon, 1203 Genève  
katharina.auberjonois@hcuge.ch

**Dr Christel Alberque**  
Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise  
HUG, 1211 Genève 14  
christel.alberque@hcuge.ch

## Treatment of anorexia nervosa in both an inpatient and outpatient setting: benefits of family therapy

Anorexia nervosa is characterized by an important morbidity, with somatic and psychological complications. This article explains the collaboration of two university units, one in hospital, the second in an ambulatory psychotherapeutic programme. The two of them work with a systemic approach, which has largely proved its efficiency in anorexia nervosa. The authors describe a clinical case during which they have experienced a different way of treatment, dissociating individual hospitalisation and family therapy. This sort of intervention requires a close collaboration between all interveners.

L'anorexie mentale est caractérisée par une morbidité importante, avec des complications autant somatiques que psychiques. L'approche psychothérapeutique systémique a montré son efficacité dans le traitement de ces troubles. Les auteurs présentent une prise en charge originale au cours de laquelle l'hospitalisation de la patiente dans un service universitaire somato-psychiatrique a été simultanément accompagnée d'une thérapie de famille dans un programme spécialisé de psychothérapie systémique en ambulatoire. Les spécificités de chaque lieu de soins ainsi que leurs liens sont décrits.

## INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire constituent un problème majeur de santé publique. L'anorexie mentale est un de ses principaux éléments et l'un des plus marquants au niveau psychiatrique. La prévalence de l'anorexie varie selon les études, en fin d'adolescence et au début de l'âge adulte, et se situe entre 0,5% et 1% des filles. Le trouble est dix fois moins fréquent chez les garçons. L'anorexie mentale se caractérise par la gravité de son pronostic qui la classe au premier rang des pathologies psychiatriques mettant en jeu le risque vital. Le pronostic de cette affection est marqué, non seulement, par cette

mortalité, mais aussi par une morbidité (complications somatiques et psychiques) importante. Les taux de mortalité les plus souvent relatés dans la littérature internationale se situent entre 4% et 10%.<sup>1</sup> L'approche psychothérapeutique systémique a démontré son efficacité dans le traitement de l'anorexie mentale.<sup>2</sup>

## HISTORIQUE DE LA THÉRAPIE SYSTÉMIQUE EN GÉNÉRAL ET DE L'APPROCHE FAMILIALE DE L'ANOREXIE MENTALE EN PARTICULIER

La famille a toujours joué un grand rôle dans la conceptualisation de l'étiologie et du traitement de l'anorexie mentale. Les modèles systémiques ont profondément influencé le mode de prise en charge des patientes anorexiques en donnant une place prépondérante à l'approche psychothérapeutique familiale de ces troubles. Dès les années cinquante, d'abord aux Etats-Unis et rapidement aussi en Europe, la psychothérapie systémique a mis en évidence que le changement de l'état du patient entraînait très souvent en chaîne celui des autres membres d'une famille. Un véritable saut épistémologique a eu lieu. L'objet même de la thérapie changeait: elle ne visait plus des individus isolés, ni même des individus en relation, mais la relation elle-même. La maladie mentale n'est pas considérée comme l'expression d'un conflit intrapsychique mais comme la conséquence d'un dysfonctionnement et d'une souffrance du système familial.<sup>3</sup> La famille est considérée comme un système homéostatique où le trouble d'un membre tend à préserver le maintien du système. Depuis ses débuts, différentes variantes théoriques et conceptuelles se sont formées et l'application de l'approche systémique est répandue en psychiatrie ainsi que dans d'autres domaines de la médecine somatique.<sup>4</sup>



L'anorexie, comme la schizophrénie, a été dès le départ l'une des maladies qui a suscité l'intérêt des pionniers du courant systémique et a largement contribué au développement même de la thérapie de famille. Comme Solange Cook-Darzens le souligne dans son excellent ouvrage, les théories familiales ont par contre longtemps conceptualisé une vision pathogène de la famille dans la survenue et le maintien d'une anorexie mentale.<sup>5</sup> S. Minuchin a développé la théorie de la «famille psychosomatique», caractérisée par des liens peu différenciés, une rigidité face aux changements nécessaires des cycles de vie, une absence de résolution des conflits, un besoin fort de contrôle des émotions et une triangulation de «l'enfant-symptôme» dans le conflit parental/conjugal.<sup>6</sup>

Ces deux dernières décennies ont vu émerger des visions et des pratiques de thérapeutes de famille sensibles à l'utilité d'une mobilisation des ressources familiales et refusant de voir une famille «typique» d'anorexiques. Actuellement, une vision plurifactorielle de la maladie et un glissement de famille pathogène vers une configuration de facteurs d'aggravation ou d'amélioration sont communément acceptés par les thérapeutes de famille. Les différentes recherches dans ce domaine ont démontré l'efficacité indéniable des thérapies systémiques dans le traitement de l'anorexie mentale.<sup>2</sup>

### UNITÉS INSTITUTIONNELLES GENEVOISES (HOSPITALIÈRE ET AMBULATOIRE) DE PRISE EN SOINS DE L'ANOREXIE MENTALE

L'Unité de psychiatrie hospitalière adulte (UPHA) admet des patients ayant une nécessité de soins complexes, c'est-à-dire souffrant d'une comorbidité somatique et psychiatrique. Depuis 2007, l'UPHA développe parallèlement un programme pour les troubles du comportement alimentaire et plus particulièrement pour les patientes anorexiques. En raison de la possibilité de prendre en charge les problèmes somatiques importants grâce à sa mission initiale d'unité médico-psychiatrique, l'UPHA reçoit les patientes anorexiques présentant un IMC extrêmement bas (jusqu'à une valeur de 9!) et plusieurs années de maladie. La majorité de ces patients(es) est hospitalisée en entrée non volontaire.

La consultation pour Familles et Couples (COUFAM) est depuis l'an 2000 un programme spécialisé en psychothérapie d'orientation systémique du département de psychiatrie adulte. Les familles ou couples adressés expriment leurs souffrances relationnelles soit directement, soit par le biais de symptômes psychiatriques. Les objectifs de ce programme s'articulent autour de trois axes: la clinique, la recherche et l'enseignement. L'approche clinique, c'est-à-dire les psychothérapies de couple et de famille, est l'activité principale de ce programme. Les référents de familles avec un membre souffrant d'anorexie sont essentiellement l'UPHA, la pédiatrie, les centres ambulatoires de crise de la psychiatrie adulte, ainsi que les médecins installés en privé. Les thérapies se font en cothérapie, la fréquence des séances pour cette pathologie est bimensuelle, échelonnée sur plusieurs mois. Le patient désigné de la famille bénéficie fréquemment d'un suivi individuel ou d'un traitement médicamenteux en parallèle.

### LA LECTURE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DE L'ANOREXIE À L'UPHA

L'approche psychothérapeutique des patientes anorexiques retenue par l'UPHA est multidimensionnelle. Parallèlement au travail cognitivo-comportemental, au traitement psychiatrique et à la prise en charge de psychomotricité, un travail systémique avec les familles est effectué de façon relativement intensive au cours de l'hospitalisation de ces patientes. Notre expérience clinique nous a enseigné qu'il était important de puiser dans tous les champs et modèles thérapeutiques (familiaux et autres) afin d'aider au mieux ces patientes. La durée relativement longue de leur hospitalisation (de 3 à 12 mois environ) permet généralement d'initier un début de thérapie familiale et dans quelques rares cas, de la terminer. Aussi, bien que les patientes, dans un premier temps, soient placées en chambre d'isolement, elles restent en contact avec leur famille, généralement de façon hebdomadaire, via les entretiens de famille, mais dans un cadre contenant. Même si l'état somatique de la patiente est précaire, les entretiens de famille débutent dès la deuxième semaine d'hospitalisation et peuvent s'effectuer en chambre si nécessaire, la patiente étant toujours présente pendant les entretiens. Le cadre hospitalier amène les différents membres de la famille et particulièrement la patiente à accepter la thérapie. L'intervention psychothérapeutique systémique se situe à plusieurs niveaux d'intervention. Le premier et le plus important (car il détermine ensuite l'implication de la famille dans le processus thérapeutique) est basé sur la construction de l'alliance, l'écoute active et le soutien. Les familles ont toujours un vécu douloureux de l'anorexie, mêlé d'impuissance. Il est alors capital de valoriser toutes les compétences familiales.

Le second point d'intervention se fait autour de l'analyse fonctionnelle du trouble. Repréciser la nature du problème et le définir d'un point de vue psychologique reste un principe fondamental: il est en effet frappant d'observer que bien des familles se présentent, alors que leur fille est hospitalisée, sans avoir la moindre idée de ses souffrances psychologiques et affectives. Nous devons alors aborder dans un contexte multifactoriel et biopsychosocial les facteurs familiaux contribuant et perpétuant le symptôme. Le renforcement de la fonction exécutive parentale, la réorganisation intrinsèque de la famille en fonction du trouble de l'anorexie peuvent être abordés mais rarement élaborés en raison de la fin de l'hospitalisation, raison pour laquelle il est fondamental de poursuivre le suivi familial afin de prévenir les rechutes. Ce suivi est préférentiellement relayé par la COUFAM.

### CAS CLINIQUE

Parfois certaines situations requièrent de la créativité et l'adoption d'autres stratégies thérapeutiques, tel le cas clinique suivant.

Julie (prénom d'emprunt) a 17 ans lorsqu'elle est hospitalisée pour la première fois à l'UPHA. Elle souffre d'anorexie mentale de type restrictif (l'alimentation est restreinte intensément, pas de crise de boulimie) depuis une année avec péjoration sévère depuis plusieurs



mois. Son IMC à l'arrivée est d'environ 13. Elle demande, en accord avec ses parents, à pouvoir bénéficier d'une hospitalisation. La patiente est une étudiante brillante en 3<sup>e</sup> année du Collège, elle est la cadette d'une fratrie de deux. Elle pratique également la musique à un niveau semi-professionnel. En raison de son affaiblissement physique, elle a dû interrompre sa scolarité et son activité musicale. La patiente est prise en charge par une thérapeute privée depuis près d'une année. Aucune prise en charge familiale n'a jamais été tentée.

Des entretiens de famille sont effectués pendant tout le séjour de trois mois. La patiente demande sa sortie, alors que pour les soignants les changements observés tant au niveau individuel que familial restent minimes. Dans le temps disponible l'intervention familiale s'est située au premier niveau d'intervention, c'est-à-dire la création d'alliance avec tous les membres de la famille. Trois mois après, la patiente nécessite une nouvelle hospitalisation, contre son gré, due à une nouvelle perte de poids rapide et conséquente. Au vu de cette rechute et d'un commun accord entre l'UPHA et la COUFAM un changement stratégique du cadre thérapeutique est initié et imposé à la patiente et à sa famille. Les entretiens avec les quatre membres de la famille ont lieu exclusivement à la COUFAM en parallèle à l'hospitalisation à l'UPHA de Julie. Ceci permet à la patiente d'investir autrement l'espace hospitalier pour favoriser son autonomisation et sa différenciation vis-à-vis de ses parents. L'imposition d'une thérapie familiale dans un lieu ambulatoire cherche à déclencher chez cette famille une « crise thérapeutique » à travers le sevrage relationnel. La famille réagit effectivement fortement à cette « mise à l'écart », l'équilibre trouvé dans l'ajustement mutuel des rôles autour du symptôme ne peut plus être maintenu, le moment est propice pour un changement du fonctionnement familial.

Les séances de thérapie de famille ont comme fil rouge : création et maintien d'une alliance thérapeutique forte en étant attentifs aux sentiments de culpabilité et d'échec toujours présents, amplification du sentiment parental de responsabilité dans le projet thérapeutique, renforcement d'attitudes parentales de collaboration, apprentissage d'une conflictualité constructive, renégociation d'un nouvel équilibre entre intimité/dépendance et distance/autonomie dans les relations familiales adapté au cycle de vie d'adolescence, ceci à travers l'établissement de frontières claires entre les parents d'un côté et la fratrie de l'autre avec l'aide des entretiens séparés et prise d'autonomie des enfants.

La fin de l'hospitalisation après quatre mois a été décidée d'un commun accord, une fois que l'objectif de reprise pondérale associé à une différenciation individuelle avait été atteint.

Le suivi familial en ambulatoire est poursuivi au-delà de l'hospitalisation pour consolider les changements de patterns relationnels. Il permet à la famille l'émergence d'autres préoccupations masquées par l'anorexie.

## LES LIENS ENTRE LES DEUX LIEUX DE SOINS ?

Ceux-ci sont assurés par l'échange fréquent entre les soignants des deux services avec l'accord des parents, par une supervision commune, par l'élaboration d'une stratégie thérapeutique commune, par la clarification précise des rôles des intervenants, par l'acceptation et le respect des perspectives multilatérales et possiblement divergentes et par la nomination d'un responsable de coordination.

## CONCLUSION

L'hospitalisation d'une patiente anorexique s'avère propice pour débiter une thérapie familiale. Dans des cas graves de chronicisation des symptômes, de rechute rapide ou de rigidité familiale importante qui entrave les processus de guérison, une thérapie « scindée » peut s'avérer indiquée et efficace. Elle se définit par l'hospitalisation d'une patiente anorexique avec la mise en place en parallèle d'une thérapie de famille en traitement ambulatoire. Cette prise en charge dissociée exige une collaboration étroite entre les différents intervenants pour permettre des synergies thérapeutiques favorables. ■

### Implications pratiques

- > L'anorexie mentale est marquée par une morbidité psychique qui nécessite parfois une hospitalisation non volontaire
- > La thérapie de famille d'orientation systémique s'avère efficace dans le traitement des troubles alimentaires
- > Une thérapie de famille n'exclut pas un suivi individuel en parallèle
- > L'approche thérapeutique des patientes anorexiques nécessite une collaboration étroite des différents acteurs de soins

## Bibliographie

1 Gordon RA. Anorexia and bulimia: Anatomy of a social epidemic. Oxford: Basil Blackwell, 1990.  
2 Eisler I, Dare C, Hodes M, et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. J Child Psychology Psychiatry 2000;41:727-36.

3 Elkaim M. Comprendre et traiter la souffrance psychique. Paris: Seuil, 2007.  
4 \* Salem G. L'approche thérapeutique de la famille. 5<sup>e</sup> édition. Paris: Masson, 2009.  
5 \*\* Cook-Darzens S. Thérapie familiale de l'adolescent anorexique. Paris: Dunod, 2002.

6 Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University Press, 1978.

\* à lire  
\*\* à lire absolument