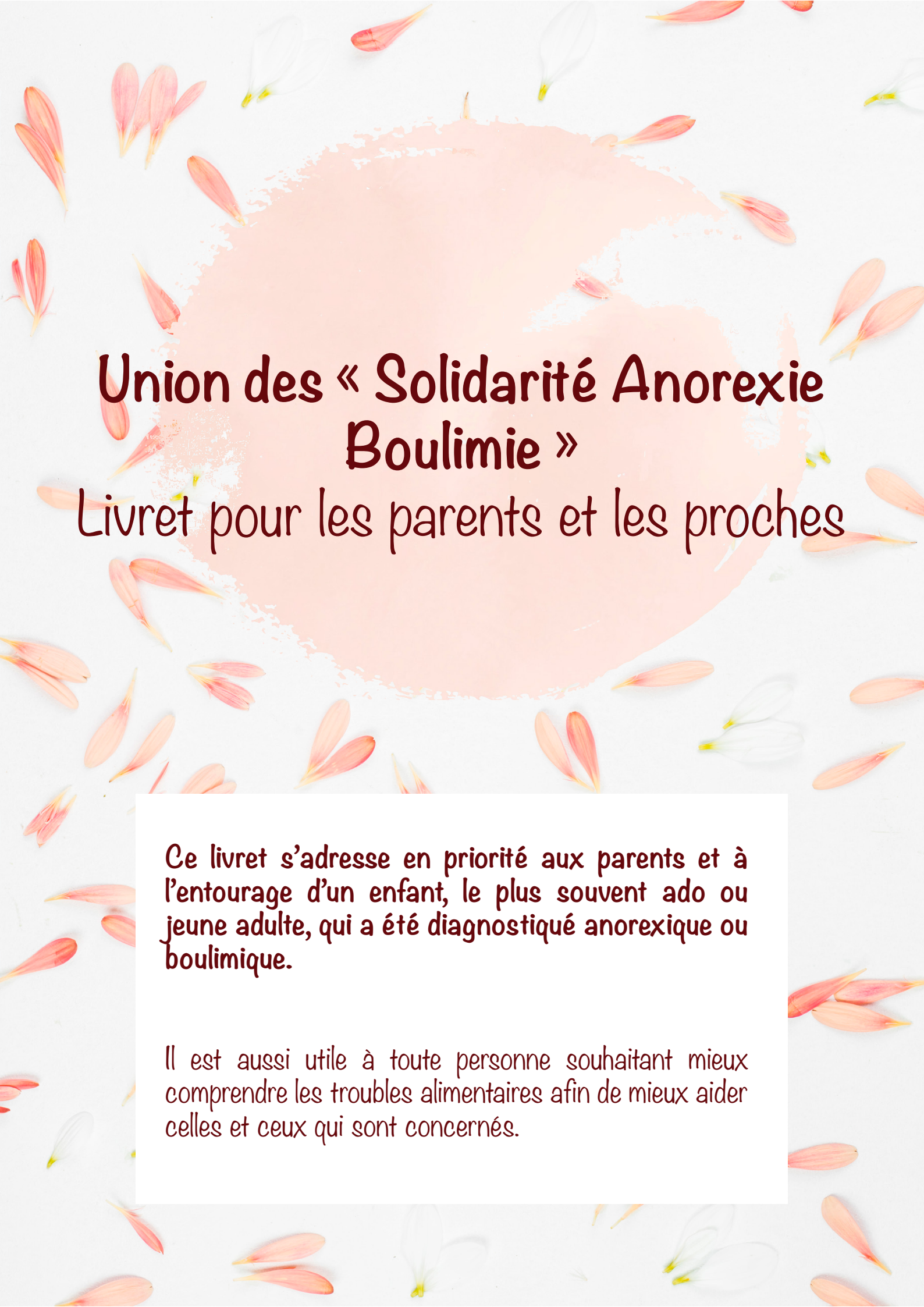




Union des « Solidarité Anorexie Boulimie »

Livret pour les parents et les proches

Ce livret s'adresse en priorité aux parents et à l'entourage d'un enfant, le plus souvent ado ou jeune adulte, qui a été diagnostiqué anorexique ou boulimique.

Il est aussi utile à toute personne souhaitant mieux comprendre les troubles alimentaires afin de mieux aider celles et ceux qui sont concernés.



Sommaire

Introduction : les TCA en quelques mots	4
1. Les TCA, qu'est-ce que c'est ?.....	5
2. Les facteurs favorisant les TCA	11
3. Les conséquences des TCA et les risques	14
4. Comment se faire aider ?.....	17
5. Ce que peut faire l'entourage.....	22
6. Pour l'aider sur le plan alimentaire	24

Introduction : Les TCA en quelques mots

Les troubles du comportement alimentaires (TCA), correspondent à une pratique alimentaire différente de celle habituellement adoptée par des individus placés dans un même environnement. Les troubles les plus connus sont l'anorexie, l'hyperphagie et la boulimie mais en réalité il en existe beaucoup d'autres.

Selon les chiffres officiels, les TCA touchent 1 garçon pour 10 filles mais ces chiffres sont en augmentation pour les hommes. On parle de 600 000 jeunes concernés.

Une perte de poids importante, des préoccupations excessives sur l'image, le changement de l'humeur, une irritabilité ou encore l'hyperactivité sont des signes qui peuvent évoquer un TCA. Cependant les troubles alimentaires restent difficiles à déceler, c'est pourquoi les proches ont un grand rôle à jouer en restant attentifs à tous ces premiers signes.

Les TCA sont des maladies graves (mortelles) : ce sont la première cause de mortalité psychiatrique en France et 2^{ème} cause de mortalité chez les jeunes, après les accidents de la route.

Symptômes d'un malaise profond chez ceux et celles qui en souffrent, ces troubles prennent en ce début du XXI^{ème} siècle un caractère quasi épidémique. Bien qu'il n'existe toujours pas de statistiques fiables sur l'ampleur de ce fléau en France, les spécialistes s'accordent à penser qu'1 femme sur 10 a été, est, ou sera concernée par un désordre alimentaire plus ou moins sévère.

I. Les TCA, qu'est-ce que c'est ?

I. L'anorexie mentale, une pathologie du refus

L'anorexie mentale est définie par un indice de masse corporelle inférieur à 17,5 (poids/taille²), avec un refus de maintenir un poids normal et une absence de règles (amenorrhée, de plus en plus rare avec l'usage des pilules contraceptives).

Il existe deux types d'anorexie mentale : restrictive pure, c'est à dire avec des apports alimentaires faibles ou avec des crises de boulimie et des stratégies pour contrôler le poids après les crises. Le diagnostic est posé par un professionnel de la santé.

Certains patients perdent la sensation de faim et d'appétit, à la suite d'une maladie infectieuse chronique, d'un cancer ou d'un problème psychosomatique lié par exemple à une dépression ou un deuil. Quand on parle d'anorexie mentale, c'est différent : il s'agit d'un refus de s'alimenter alors même que la faim, le besoin de s'alimenter est présent.

Ce qui pourrait résumer l'anorexie mentale c'est le fait de refuser l'alimentation, alors même que l'on meurt de faim.

Ce refus peut se colorer de différentes nuances, par exemple :

- Refus du plaisir de manger
- Peur d'être gros(se)
- Peur des formes féminines, avec une focalisation sur certaines parties du corps comme les fesses, les seins, le ventre et les cuisses pour les jeunes filles
- Obsessions de pureté, avec pratique de régimes alimentaires particuliers (macrobiotiques, végétalisme, jeûnes divers)
- Besoin de prendre le dessus par rapport à son corps, besoin de contrôle
- Sentiment de toute puissance
- Être le/la plus mince comme si la perte de poids était une compétition : on veut aller « toujours plus loin » et il n'y a pas de limite.

Les diktats de la presse féminine ou l'apologie de la minceur dans les médias (mannequinat

par exemple) peuvent exacerber le phénomène sans pour autant le créer.

Arrivée de l'anorexie

On observe des pics lors de l'adolescence : l'anorexie se déclenche majoritairement chez les enfants de 12 à 20 ans, ayant vécu une enfance a priori sans problème, sans pathologie somatique particulière. L'enfant va développer des conduites de restriction alimentaire (anorexie), ou d'hyperphagie incontrôlée (boulimie), parfois accompagnées de comportements compensatoires, comme l'hyperactivité physique, les vomissements ou l'utilisation de laxatifs à outrance.

Les enfants touchés par les TCA sont très attentifs à leur poids, jusqu'à en faire une fixation et se pèsent souvent (plusieurs fois par jour).

Cette obsession alimentaire finit par gouverner leur quotidien et l'anorexie prend alors « toute la place » au sein de la famille.

L'estime de soi devient directement liée à leur poids. Il s'agit d'un comportement inconscient, qui entraîne malheureusement

le patient dans une spirale infernale qu'il ne contrôle absolument pas, sa souffrance est réelle et l'anorexie n'est pas « un caprice » !

Quels signes doivent alerter ?

Restrictions alimentaires : Le jeune/enfant sélectionne les aliments dans son assiette. Il élimine certaines catégories d'aliments, trouve souvent des prétextes et dit qu'il n'a pas faim..

Il ou elle peut se plaindre d'être écoeuré(e) par un aliment qu'il consommait sans problème jusqu'à lors. Les repas sont source de tension. Il se plaint de douleurs diverses, mais surtout au niveau de l'abdomen. La consommation de liquides (café, coca light...), est augmentée. A table, quand il n'a pas trouvé le moyen de la désalter, il trie, coupe en petits morceaux, classe par ordre de taille ou couleur les aliments, cache et consomme un minimum.

2. **Amaigrissement :** Le jeune/enfant maigrit. Quelquefois beaucoup et très vite. Cet amaigrissement peut atteindre 20 à 30 % de son poids en quelques mois. Il éprouve

une peur intense à l'idée de prendre du poids. De récentes études expliquent que le patient devient surtout addict au plaisir de maigrir plus qu'il n'a peur de prendre du poids.

Il ne se voit que « trop gros », la rationalité n'a aucune prise sur lui. Il a une image déformée de son propre corps (dysmorphophobie). Il est inutile d'essayer de lui faire entendre raison. Ce n'est, à ce stade, qu'une immense perte d'énergie pour les proches, et le sentiment absolu d'être incompris pour l'enfant.

3. Autres signes : L'enfant se désintéresse petit à petit de toutes les activités qu'il affectionnait avant. Il perd la notion de plaisir. Il se referme sur lui-même, ne sort plus, s'enferme pour travailler, surinvestit ses études.

Il a beaucoup d'idées obsessionnelles autour du poids, de la minceur, et des stratégies pour déjouer la faim, et refuser l'alimentation. En famille, il veut régenter tout ce qui concerne la nourriture, fait des listes de courses, cuisine pour les autres, mais ne touche à rien. Il pourra aussi se plaindre d'insomnies, de frilosité, de perdre ses cheveux, de constipation... conséquences directes de la dénutrition.

II. La boulimie, un mal souvent très discret

Boulimie et anorexie ont souvent les mêmes origines. Chercher les causes peut d'ailleurs aider certains patients (approche psychanalytique) mais tous n'en ressentent pas l'envie ou le besoin et on peut traiter le TCA sans forcément en trouver l'origine exacte (maladies multifactorielles).

La boulimie comme l'anorexie touchent le plus souvent des enfants post pubères, anxieux, perfectionnistes, ayant une mauvaise estime d'eux-mêmes et des préoccupations excessives par rapport à leur idéal de minceur.

L'enfant boulimique met beaucoup d'énergie à cacher son trouble (notamment s'il y a des vomissements : il fera tout pour les cacher) et semble psychologiquement et socialement, plutôt bien adapté. En réalité, il doute souvent de lui, craint le rejet et passe son temps à essayer de plaire aux autres.

Bien souvent, l'entourage ne perçoit pas l'immense malaise et la détresse, dans lesquelles l'enfant ou l'adolescent se trouve.

Pour la personne boulimique, la nourriture est une véritable obsession. Elle va passer ses journées à se demander ce qu'elle va manger et quand, comment le cacher à son entourage et comment se débarrasser de ce qui a été absorbé dans des quantités disproportionnées

La boulimie est caractérisée par la répétition de crises de gavage, plus ou moins fréquentes. Le jeune ingurgite tous les aliments à portée de main, faciles d'accès en quantité supérieure à ses besoins et en très peu de temps.

Sont souvent privilégiés les aliments considérés par lui/elle comme « interdits » tels que sucreries, féculents et aliments gras : tout ce qu'il « s'interdit » en dehors des crises (restriction). La restriction entraîne la crise. Ces crises sont souvent déclenchées par une contrariété/frustration une sensation de tension interne, de vide, qui crée de l'anxiété. La personne boulimique « sent monter la crise ».

Elle lutte contre le passage à l'acte, ce qui augmente son anxiété. Lorsqu'elle est seule, à l'abri de tout regard extérieur, elle cède avec l'impression de ne plus contrôler ses gestes, de devenir spectateur de ce corps qui ingurgite

rapidement et brutalement des quantités très importantes de nourriture.

Le fait de manger et ne plus penser à rien d'autre vient calmer l'angoisse mais c'est une fausse solution puisque s'en suivent le sentiment de honte et de dégoût de soi-même ! Cette stratégie à court terme ne fonctionne pas.

Le but est de se remplir et non de satisfaire un plaisir gustatif (contrairement à un épisode de fringale ou de gourmandise, dont le but est de satisfaire un goût, et qui apporte un sentiment d'apaisement et de réconfort).

Cela se passe le plus souvent en dehors des repas, à la fin de la journée. Après la crise la personne boulimique peut aussi ressentir un mal-être physique, comme des douleurs abdominales, plus ou moins fortes, suite à la quantité importante d'aliments ingérés en peu de temps.

Dans la moitié des cas, elle se fait vomir, ce qui peut l'amener à une deuxième crise, puisqu'elle est de nouveau « vide ». Il n'y a pas de lien entre la boulimie et l'obésité car bien souvent, hors des crises, les jeunes font tout

pour contrôler leur poids (diètes draconiennes, hyperactivité physique, diurétiques, laxatifs, vomissements provoqués...)

Malheureusement, ces comportements compensatoires augmentent la fréquence d'apparition des crises boulimiques.

Il arrive que l'enfant souffre en même temps de boulimie et d'anorexie, compensant les périodes de jeûne intensif par des crises incontrôlables de « gavage ». Dans les deux cas on parlera de troubles du comportement alimentaire avéré et le suivi médical et psychologique est indispensable.

Que peuvent remarquer les parents ?

Les proches seront alertés par :

I. Des signes propres au jeune

- Une préoccupation excessive par rapport au corps. Cela concerne souvent les filles mais peut aussi se repérer chez des jeunes garçons, notamment s'ils pratiquent une discipline où la minceur et le contrôle du poids sont valorisés à l'excès (gymnastique, athlétisme, sports à catégories de poids...).

D'une manière générale il faut prêter une

attention particulière aux jeunes sportifs, la course à la performance entraînant souvent des troubles du comportement alimentaire.

- La présence de nourriture dans sa chambre
- La disparition fréquente, et en grande quantité, de nourriture dans les placards, voire d'argent.
- Des signes de conduites purgatives : achat de laxatifs, sport à outrance, vomissements dans les toilettes.
- Des atteintes au corps auto-engendrées, tels que scarifications, des mutilations dans les situations les plus extrêmes.
- Autres signes : il peut y avoir apparition de durillons sur la main utilisée pour s'aider à vomir.

2. Des comportements anormaux

En famille, c'est un fonctionnement dans les extrêmes qui peut alerter :

- Il veut tout de ses proches, mais peut les rejeter violemment (comportement ambivalent)

• Il est peut sembler en forme, mais est en même temps complètement déprimé.

• Il adore et déteste un ou plusieurs membres de sa famille, à tour de rôle, voire en même temps.

• Il peut briller en société, puis tout à coup se sentir le plus misérable du monde.

• Il a besoin d'être le meilleur dans tout ce qu'il entreprend

• Il aime et a besoin de tout contrôler

• Il pose un regard (trop) critique et négatif sur ce qui l'entoure

2. Les facteurs favorisant les TCA

L'idée que la famille puisse être l'unique cause du déclenchement de la maladie est complètement dépassée.

Ce sont des maladies multifactorielles avec le plus souvent un élément « déclencheur » (abus, régime, choc émotionnel...). Elles sont d'ordre biologique, psychologique, environnemental. On ne peut définitivement incriminer une seule cause.

En revanche, il existe des comportements intra familiaux susceptibles d'entretenir de tels troubles.

Tous les éléments évoqués ci-dessous ne se retrouvent pas nécessairement dans toutes les familles où il y a un enfant souffrant d'un TCA. En revanche, lorsqu'ils sont présents, il est très important de les repérer, car c'est là que les parents peuvent être actifs et aidants.

Rappelons aussi aux proches que malgré les problèmes de communication qui peuvent survenir et qui sont inhérents à la maladie ils

font partie de la solution et ont un grand rôle à jouer dans le rétablissement/la guérison de la personne malade !

Un surinvestissement de la réussite, de la performance

Une personne souffrant de TCA possède une estime de soi déséquilibrée voire pas d'estime de soi du tout. La valorisation à outrance de la performance, de l'excellence, la compétition, peuvent avoir un effet néfaste sur l'estime de soi.

S'il est éducatif d'encourager l'enfant à faire de son mieux, il ne faut pas qu'il se sente jugé/aimé uniquement sur le critère de ses réussites scolaires, sportives, ou intellectuelles.

Le perfectionnisme à outrance est l'ennemi du développement harmonieux de l'enfant. Il induit trop de tension et d'anxiété. L'enfant qui n'arrive pas à verbaliser son mal être par rapport à ses « insuffisances » risque de l'exprimer par de l'auto-agression et très

souvent le corps est utilisé pour exprimer ce que les mots ne parviennent pas à dire.

Il importe de montrer à son enfant qu'on le reconnaît, qu'on l'aime, de manière inconditionnelle, quelles que soient ses performances réalisées. Lui montrer qu'on l'aime, même « imparfait », qu'on l'aime pour ce qu'il est, et non pas pour ce qu'il fait.

La confusion des places, les relations fusionnelles

Il existe des familles, très fusionnelles, où la place de chacun n'est pas franchement définie. Tout le monde se mêle de tout. On s'aime tellement que chacun se sent concerné et encouragé à intervenir dans la vie de l'autre.

Il n'existe pas d'espace psychique propre. Toute la difficulté consiste à trouver « la bonne distance » les uns par rapport aux autres. Un thérapeute peut vous y aider (approche systémique et familiale).

Veiller à ce que l'enfant ne prenne pas le rôle de « sauveur » (en cas de deuil, chômage ou divorce des parents par exemple) car il s'interdit alors d'exprimer ses doutes, ses

souffrances, ses peurs, et il n'a plus de place propre au sein de la famille.

Les non-dits, les souffrances transgénérationnelles

Parfois, les familles sont construites sur des « non-dits », c'est-à-dire des histoires indicibles, traumatiques, parfois honteuses ou transgressives. Ces histoires sont souvent anciennes et se transmettent en dehors de la parole.

Elles vont ressortir sous forme de malaise, plusieurs générations plus tard. Les troubles alimentaires évoquent bien souvent ces transmissions inconscientes au sein des familles où l'on retrouve d'ailleurs des grands-mères ou des mères qui ont aussi souffert de TCA.

La restriction alimentaire et la banalisation des régimes

Les enfants qui ont des préoccupations importantes à propos de leur poids, de leurs formes, et qui alignent les conduites de restriction alimentaire plus ou moins strictes en vue de mincir risquent par ce

comportement de basculer dans la boulimie. Plus on se restreint, plus on accroît le risque de compulsion. Plus le régime est sévère, plus la compulsion et l'obsession alimentaire risquent d'être importants.

Il est donc essentiel de ne pas glorifier la minceur à outrance et de ne surtout pas encourager l'enfant/ l'adolescent à suivre un régime. Il conviendrait plutôt de l'encourager à se fier à ses sensations de faim et de satiété, à ne bannir aucun aliment de son alimentation et à ne pas stigmatiser certaines classes d'aliments.

3. Les conséquences des TCA et les risques

Il existe des conséquences communes à l'anorexie et à la boulimie.

Sur le plan physiologique, la dénutrition entraîne des carences dommageables sur différents systèmes tels que :

- **Les muscles** : faute d'apport de calories, les muscles vont fondre avec parfois l'apparition de crampes. Le cœur, lui-même un muscle, est également touché : les risques de crises cardiaques augmentent.
- **Les os** : les os vont peu à peu se décalcifier, faute de nutriments et un phénomène d'ostéoporose peut apparaître, avec fragilisation des os. Le risque de fractures augmente.
- **Les dents** : elles sont fragilisées par le manque de nutriments. Les vomissements répétés entraînent également une érosion des dents et la disparition de l'émail.

- **Le fonctionnement hormonal** : toujours faute de nutriments, il va y avoir un ralentissement, voire arrêt dans la production de certaines hormones. Cela peut engendrer une aménorrhée chez les jeunes filles/femmes touchées.

- **Le cerveau** : le carburant du cerveau est le sucre. Sans sucre, sans nutriments, il ne peut fonctionner correctement. On va donc assister à une altération de certains fonctionnements neuro-biologiques et cognitifs.

Sur le **plan psychique**, la dénutrition et la dysmorphophobie (image déformée de son corps) participent à une aggravation du manque d'estime de soi, de l'hypersensibilité, de l'impulsivité, des variations d'humeur, de l'anxiété, des pensées obsessionnelles et de la dépression.

Sur le **plan social**, le manque d'estime de soi et les obsessions alimentaires entraînent isolement, repli sur soi, parfois interruption

dans les études.

D'autres conséquences sont plus caractéristiques de l'une ou l'autre des polarités anorexique ou boulimique.

Polarité anorexique

Les conséquences somatiques sont, bien entendu, à mettre en perspective avec la durée de la maladie.

Pour l'anorexie, les risques somatiques sont rapidement majeurs, même si la plupart du temps, les bilans sanguins ne paraissent rien révéler d'alarmant, hormis quelques carences en fer. On peut aussi noter l'augmentation du cholestérol sanguin, qui donne l'envie de faire un régime pour le corriger, ce qui augmente la restriction, alors que la reprise d'une alimentation normale est la solution.

L'aménorrhée est la première conséquence somatique détectable de l'amaigrissement excessif (même si elle précède l'amaigrissement), avec en corollaire, la baisse de la fertilité et l'aggravation du risque d'ostéoporose précoce plus tard. Si l'épisode anorexique se prolonge, le risque cardiaque se

majore ; les risques d'ostéoporose immédiate deviennent plus importants.

Des études récentes démontrent un risque de mortalité anticipé par arrêt cardiaque, qui perdure après la reprise d'un poids « normal », en lien avec la durée et la sévérité de la maladie.

Polarité boulimique

Dans la boulimie, ce sont les conduites compensatoires qui sont le plus dommageables. Tout d'abord, l'émail des dents est mis à mal par les vomissements répétés. Il se fragilise et devient cassant. Les dents deviennent poreuses et peuvent prendre des colorations dues aux aliments (thé, café, vin). Et les caries peuvent proliférer. À terme, on peut craindre des problèmes parodontaux, et des déchaussements des dents.

Les perturbations métaboliques dues aux vomissements, et notamment la perte de potassium, peuvent conduire à un arrêt cardiaque. On sera très vigilant à réaliser un dosage régulier (tous les 15 jours environ) en potassium. Ces dosages ne nécessitent pas d'ordonnance et ne coûtent que quelques euros. La personne n'a pas besoin d'être à

jeun.

Les vomissements font fonctionner les glandes salivaires plus que de coutume. Cela donne au visage un aspect gonflé.

Les vomissements entraînent des remontées acides, pouvant elles-mêmes provoquer ulcères et saignements du tube digestif ou des cavités nasales.

En cas de crise de boulimie particulièrement excessive, on peut craindre une rupture de l'estomac. Cela reste néanmoins très rare.

Un des plus grands dangers de la boulimie reste le passage à l'acte suicidaire par honte de l'impuissance face à cette maladie, par culpabilité de ne pas parvenir à faire autrement, et par désespoir d'être enfermée dans son image de jeune personne qui va bien (drôle, forte, gentille...) et enfin en raison de la difficultés de « dire » d'où l'intérêt des groupes de parole entre pairs mis en place dans les associations Solidarité Anorexie Boulimie.

Ces derniers aident à « dédramatiser »,

à se rendre compte que l'on est pas tout seul à agir ainsi, que d'autres connaissent des difficultés similaires et d'une manière générale la participation à un groupe de parole aide à surmonter le sentiment de honte et ils favorisent l'expression du mal être par la parole.

4. Comment se faire aider ?

Une des premières difficultés auxquelles les proches sont confrontés quand ils perçoivent les signes que leur enfant ou leur proche va mal, c'est de lui faire accepter l'idée de s'engager dans la voie du changement et du soin.

Pourquoi ?

L'acceptation que l'on est malade et la guérison ne se font pas du jour au lendemain. Depuis des semaines, des mois, voire des années, la personne est obsédée par son poids, luttant sans cesse contre la faim, organisant avec la plus grande minutie sa stratégie, se noyant dans une frénésie d'activités physiques ou intellectuelles.

D'abord, faire face à la réalité pour ensuite changer ses comportements (devenus des mécanismes automatiques rassurants) est extrêmement difficile.

Que lui restera-t-il ? Que deviendra-t-il ? Qui est-il ? Le jeune, qui s'est construit autour du

TCA, perd tous ses repères ce qui provoque de l'angoisse. Les personnes anorexiques « s'identifient » à leur maladie allant même jusqu'à la personnaliser en lui donnant le nom de « ana » (et de « mia » pour la boulimie).

Les traitements visent tous à une reprise de poids, chose inenvisageable pour lui. Il va s'agripper coûte que coûte, du moins au début, à sa maladie. C'est ce qu'on appelle le déni.

Pourtant, une prise en charge rapide évite des souffrances inutiles et améliore le pronostic. Plus on réagit tôt et plus il y a des chances que la personne s'en sorte « vite » même si ce sont des maladies qui restent longues (il faut 2 à 3 ans pour guérir de l'anorexie en moyenne).

Amener la personne à consulter est un défi pour l'entourage et constitue en soi un grand pas sur le chemin de la guérison. Les associations Solidarité Anorexie Boulimie peuvent être très utiles dans cette phase.

Une prise en charge multidisciplinaire par des professionnels de soin, spécialistes des TCA

La prise en charge d'un trouble du comportement alimentaire est une vraie spécialité. Il vaut mieux chercher de l'aide auprès d'un professionnel de santé, de préférence un pédopsychiatre spécialisé dans les TCA lorsque l'enfant est jeune.

Le médecin généraliste est souvent la porte d'entrée d'une démarche de soins. Malheureusement les médecins sont encore peu formés à ces maladies. Notez que la FFAB propose un annuaire de personnes formées spécifiquement aux troubles du comportement alimentaires.

Dans le cas de l'anorexie, l'objectif premier de la prise en charge est de restaurer un poids normal par rapport à sa taille et son âge et commencer une psychothérapie.

Dans le cas de la boulimie, l'objectif principal est de mettre en place une psychothérapie pour faire disparaître les crises de boulimie et les stratégies compensatoires.

Le médecin référent peut être amené à prescrire des antidépresseurs, des anxiolytiques ou tout autre traitement qu'il juge utile. Ces médicaments favorisent le traitement de la dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil.

Cette prescription n'est pas systématique mais peut aider dans certains cas pour rétablir une forme d'équilibre avant le début ou en parallèle d'une psychothérapie. (Pour d'éventuelles contre-indications, le médecin peut se référer aux recommandations émises par la Haute Autorité de Santé pour la prise en charge de l'anorexie mentale, recommandations accessibles sur le site www.has-sante.fr).

La psychothérapie est la thérapie de choix

En tant que parents, nous ne sommes jamais préparés à ce que notre enfant aille mal et encore moins à laisser notre enfant aux bons soins d'un intervenant, un « psy », qui risque de nous amener à nous questionner : « Ai-je failli ? Est-ce ma faute ? ». Le rôle du psy est d'écouter, parfois d'expliquer, mais en aucun cas de distribuer les bonnes et mauvaises

notes et de donner des leçons à quiconque. Il peut même vous demander de vous impliquer dans le processus thérapeutique car l'enfant, surtout s'il est très jeune, a besoin de votre soutien et de votre regard bienveillant sur la situation pour guérir. On sait aujourd'hui que la famille n'est pas la cause du problème et fait même plutôt partie de la solution ! La psychothérapie est la thérapie de choix des troubles alimentaires.

La psychothérapie n'est possible que si la personne a un poids suffisant sinon elle n'y sera pas réceptive et ses facultés d'évolution peuvent être amenuisées. Lorsque le poids est trop bas, une psychothérapie de soutien est préconisée. Son objectif est d'accompagner la reprise de poids et de faire face à l'angoisse face à ce changement du corps.

Les différents types de psychothérapie

De manière générale, on utilisera des thérapies de type psycho dynamique, pour un travail de fond, pour que le jeune comprenne ce qui l'a amené là où il en est aujourd'hui. Pour qu'il réalise ce qui le freine, l'entrave, le fige dans ce comportement destructeur. Pour

qu'il puisse remplacer ses comportements toxiques par une solution plus juste et plus adaptée pour lui. C'est un travail de longue haleine, qui prend souvent des années, mais dont des progrès peuvent s'exprimer dès les premières séances. Notre conseil sera de vous armer de patience et garder espoir !

Il est également possible de recourir à des approches de type cognitivo comportementales, qui agissent à plusieurs niveaux :

- Un niveau d'éducation à la nutrition, pour bien en comprendre les enjeux, les risques engendrés par cette maladie et le manque.
- Reconstruire son estime de soi
- Mieux gérer l'affirmation de soi : mettre en place une meilleure relation avec les autres. Laisser tomber des attitudes de soumission/domination. Se libérer des croyances négatives sur soi et sur les autres, puis retrouver suffisamment de sécurité intérieure pour aller vers autrui. L'autre ne sera plus considéré comme potentiellement dangereux. Cela permet également, de « lâcher

» prise et de travailler sur l'anxiété, de mieux résister à l'exposition, donc de mieux gérer les crises. Ces thérapies peuvent être utiles, pour dénouer un moment de crispation et de stagnation dans le processus thérapeutique.

Des thérapies, dites familiales, qui impliquent l'enfant, un, ou les deux parents, et parfois la fratrie peuvent être utiles dans certains cas.

Ces thérapies sont particulièrement indiquées :

- Lorsque les problèmes relationnels et de communication sont majeurs, ou lorsque le système familial est en danger.
- Pour de jeunes patients amenés à vivre encore plusieurs années dans un système familial qui doit absolument apprendre à accompagner son processus de guérison.

Tous ensemble, on avance mieux et plus vite. C'est tout l'intérêt de ces thérapies.

Les associatifs Solidarité Anorexie Boulimie pourront également proposer à votre enfant des groupes de parole avec d'autres jeunes concernés par la maladie. Ces groupes

favorisent le partage, l'échange sur son ressenti et ses expériences dans la maladie, le tout dans un environnement bienveillant. Ils permettent souvent de dédramatiser la situation, s'apercevoir que d'autres vivent les mêmes difficultés et qu'il n'y a pas à avoir honte de ses comportements. Ils permettent aussi d'amoindrir la culpabilité de la personne en souffrance et d'avoir un regard différent, peut-être moins sévère, sur soi.. Ces groupes sont très riches concrets et dynamisants.

L'hospitalisation :

L'hospitalisation n'est pas un passage obligé : de nos jours, on l'utilise surtout en dernier recours. C'est un temps de soin, un temps pour soi.

L'hospitalisation se justifie lorsque le pronostic vital du patient est engagé ou lorsque la famille est épuisée et ne sait plus comment débloquer la situation. Bien préparée, elle permet de parer le plus pressé, c'est à dire de stopper la dénutrition, d'aider à contenir un trop plein d'angoisse ou de dépression.

La rupture que provoque l'hospitalisation permet à certains patients qui n'y arrivent

pas dans leur cadre familial, de sortir de la spirale infernale de la maladie et de trouver une motivation à la guérison.

Si l'hospitalisation était il y a quelques années, synonyme de traumatisme, elle a beaucoup évolué, notamment grâce à l'exemple de services spécialisés qui ont développé une prise en charge de ces troubles à la fois compétente et respectueuse de l'alliance thérapeutique :

- Parce qu'une hospitalisation sans consensus serait non productive, l'hospitalisation doit être discutée avec le patient et sa famille. Il s'agit de préparer le patient et sa famille au travers d'entretiens d'information et de visite du service.

- Pendant l'hospitalisation dans un service spécialisé, le patient est entouré, accompagné du personnel soignant. Lui est proposé un programme nutritionnel adapté, des entretiens thérapeutiques quotidiens, ainsi que des activités de groupe, comme des groupes de parole, de l'art thérapie, des ateliers de psychodrame, du sport, des activités culturelles etc.

- La séparation avec le système familial doit être modulée selon l'âge, expliquée, accompagnée. En cas de séparation (on ne parle plus d'isolement), les parents peuvent quotidiennement avoir des nouvelles de leur enfant et des visites sont programmées.

- Dans tous les cas, l'entourage aussi sera accompagné, dans ce qui constitue également une épreuve pour lui (groupes de parents, thérapies familiales, entretiens).

5. Ce que peut faire l'entourage

Les proches ont entièrement leur place dans le processus de guérison d'un enfant

Dans le domaine de l'anorexie et de la boulimie, les parents ont longtemps été tenus à l'écart de leur enfant pendant les soins. Cela a évolué : les parents peuvent être de précieux alliés sur le chemin de la guérison. La famille peut largement contribuer à la guérison lorsqu'elle est associée à l'action des personnels de soin.

Une des clés est d'instaurer autant que faire se peut un dialogue. L'enfant doit sentir qu'il peut venir vous parler, sans tabous, s'il en ressent le besoin.

Garder son bon sens et renforcer l'alliance parentale

2 règles d'or même si elles peuvent sembler difficiles à respecter :

1. Eviter de se comporter avec le jeune comme on se comporterait avec une personne atteinte d'une maladie chronique grave : le couvrir, le surprotéger, faire les choses à sa place, lui parler avec la plus grande diplomatie (il faut garder de la spontanéité), tenter à tout prix de la préserver de tout...et se soumettre aux injonctions de sa maladie.

Il importe donc de faire confiance à son bon sens de parent, ne pas oublier son rôle éducatif, fixer des limites, et ne pas « délaissier » la fratrie quand elle existe surtout que celle-ci souffre aussi beaucoup. Il est tout aussi essentiel de ne pas s'isoler de ses amis et de sa famille. C'est très important pour tout le monde de continuer à vivre sa vie, et de pouvoir s'appuyer sur des ressources amicales et familiales.

Gardez en tête que parfois la meilleure façon d'aider est de garder soi-même le cap : gardez des moments de détente, des moments pour vous.

2. Les TCA sont très éprouvants pour tout le monde. Plus l'enfant est en grande détresse, plus l'alliance parentale est mise à rude épreuve : quelle conduite tenir devant le déni de la maladie ? Comment réagir face à ses comportements tyranniques (le tyran n'étant pas le jeune mais bien sa maladie qui le pousse à avoir ce comportement) ?

La maladie s'engouffrera dans la moindre faille parentale ou du système soignant, s'il en existe une. Un des enjeux majeurs pour les parents est donc de garder un cap commun et de privilégier la cohérence de leur position parentale à la perfection de cette position.

Se remettre en question et s'informer sur la maladie

L'enfant ne fait pas exprès d'être malade, de ne pas manger. Il a trouvé là le seul moyen pour lui de résister à un cataclysme identitaire et structurel.

Pour le moment, il lui est impossible de faire autrement, tout seul. Il est cependant évident que la maladie d'un enfant contraint la famille à se remettre en question. C'est d'ailleurs très souhaitable. C'est pour cette raison que l'entourage doit prendre un maximum d'information sur la maladie.

Parce que cette maladie renvoie l'entourage à son impuissance, le danger serait de s'enfoncer dans la culpabilité, en ruminant, et en cherchant dans le passé la « possible faute » à l'origine de ce désastre. C'est un comportement non productif, qui, bien au contraire, pourrait être néfaste au cheminement vers la guérison.

Il faut que la famille soit à tout moment dans l'instant présent. Et les yeux braqués sur l'avenir. Il existe des groupes de parole de soutien pour les proches et la famille qui sont de bonnes ressources pour cela. Si vous souhaitez les rejoindre, vous trouverez des adresses auprès des associations et des services hospitaliers spécialisés.

6. Pour l'aider sur le plan alimentaire

Vous tenterez d'appliquer ces principes selon vos possibilités et selon le stade de la maladie de votre enfant.

Avoir soi-même un comportement alimentaire normal

Cela implique que vous n'ayez vous-même pas de troubles du comportement alimentaire.

Manger normalement consiste à manger lorsque l'on a faim et à s'arrêter lorsque l'on est rassasié. On mange ce qui nous fait envie afin d'avoir du plaisir et de soulager notre faim. Et tout cela sans penser aux calories ni aux conséquences sur notre poids. De cette façon, l'alimentation est régulée, équilibrée et le poids reste stable notamment avec un minimum d'activité physique, à son point d'équilibre.

Des études scientifiques montrent que nos envies correspondent à un réel besoin physiologique. Cela signifie que lorsque nous avons faim et envie d'un bon morceau de

fromage, c'est que nous avons probablement besoin du calcium et des acides gras saturés qu'il contient. Répondre à une envie revient à dire que l'on répond à un besoin naturel, à un besoin physiologique.

Alors pourquoi culpabiliser ?

L'appétit fluctue d'un jour à l'autre, selon les circonstances. Parfois il nous arrive de manger sans avoir faim, par ennui, fatigue, tristesse ou bonheur. Les émotions impactent notre alimentation mais cela reste sans conséquence dans la mesure où vous allez ensuite vous laisser guider par vos sensations de faim et de rassasiement. Ainsi, demain matin, vous aurez moins faim, mangerez moins, voire pas du tout. Votre corps a cette faculté de se réguler tout seul.

En revanche, certaines croyances alimentaires nous éloignent d'un comportement régulé : s'obliger à faire 3 repas par jour, finir ses assiettes pour ne pas gâcher, manger 5 fruits et légumes par jour, éviter les féculents

et le fromage le soir, ne boire qu'en dehors des repas. Toutes ces croyances favorisent la restriction, nous empêchent de manger à notre faim, induisent de la culpabilité, de la frustration et préparent le terrain des troubles du comportement alimentaire.

Pour votre enfant, vous représentez un modèle d'où l'importance de manger normalement (selon votre faim et vos envies), sans crainte pour votre poids.

Si vous-même êtes en difficulté avec votre propre relation aux aliments, si vous êtes parfois ou souvent au régime, si vous ne savez pas ce que « manger de tout sans grossir » signifie, n'hésitez pas à rencontrer un thérapeute spécialisé qui vous permettrait de faire la paix avec les aliments et avec votre corps.

Les principes à appliquer pour l'anorexie et la boulimie

Il s'agit de bon sens : en tant que parent, vous êtes responsables de l'éducation alimentaire de votre enfant.

Les repas seront pris à heures régulières. La

punctualité des repas apaise votre enfant, et diminue son anxiété. Il a particulièrement besoin de repères.

Ce sont les parents qui font les courses et les menus. Votre enfant ne sait plus ce qui est bon pour lui. Si vous le laissez en décider, vous tenterez d'accéder à toutes ses demandes qui n'en finiront jamais de changer (il exigera que vous achetiez le nouveau yaourt à 0% de matière grasse qui est nettement mieux que l'ancien) ce qui intensifiera son anxiété et vous, votre découragement.

Attention, l'alimentation n'est pas taboue, mais les critiques autour du sujet sont à éviter. Cependant, il peut être utile de l'encourager à manger une bouchée de plus, en lui affirmant que c'est bon pour sa santé. Mais n'insistez pas, et s'il refuse, ne faites pas de commentaires. Les repas sont pris en famille, dans une ambiance détendue.

Malgré l'extrême tension de certains repas, il est très important de partager les repas ensemble, de créer une atmosphère détendue et positive, et d'aborder tout autre sujet que le trouble du comportement alimentaire : cinéma, voyage, amis. Pour votre enfant, les repas

sont très anxiogènes. Une ambiance sereine l'aidera à surmonter ce moment difficile.

Et si votre enfant refuse de manger, invitez-le à s'asseoir à table avec le reste de la famille. Avec le temps, il baissera la garde et sera moins sur la défensive. S'il le souhaite, vous pouvez dans un premier temps accepter qu'il mange dans une autre pièce mais au même moment que vous.

Après le repas, restez une demi-heure ensemble. La culpabilité d'avoir mangé, d'avoir cédé et les douleurs abdominales éventuellement associées participent à l'anxiété de votre enfant. Pour le soulager et lui témoigner votre soutien et votre détermination, prévoyez une activité agréable (jeu de société, film, promenade). Cela distraira tout le monde.

Comment l'empêcher de se faire vomir ? Invitez-le à aller aux toilettes avant le repas, de cette manière il n'aura aucune raison de s'y rendre ensuite. Et étant ensemble une demi-heure après le repas, cela l'aidera à surmonter son envie d'aller se faire vomir.

Si malgré tout il s'est fait vomir, ne le blâmez pas, ne le jugez pas. Il se sent suffisamment honteux comme cela. En revanche, vous

pouvez lui demander de laisser les toilettes propres.

Particularités pour l'anorexie :

Ce sont les parents qui cuisinent : les enfants qui souffrent d'anorexie font tout pour contrôler leur alimentation. Soit ils surveillent au gramme près les matières grasses que vous ajoutez dans les plats, soit ils décident de mitonner d'excellents petits plats pour toute la famille, auxquels ils ne toucheront pas.

Ceci étant une manifestation de la maladie, il est important de lui expliquer que tant qu'il ne sera pas guéri, il ne décidera pas des menus, de la façon de cuisiner, ni ne cuisinera pour les autres. Il reprend ainsi sa place dans la fratrie et mange ce que les parents ont préparé.

Vous servirez votre enfant dans son assiette et déciderez des quantités. (Faites-vous éventuellement aider d'un(e) nutritionniste ou d'un(e) diététicien(ne) pour déterminer les quantités nécessaires à sa reprise de poids). Servez-le avant qu'il n'arrive à table. Laissez-le manger sans intervenir. Au bout de 30 minutes, retirez l'assiette qu'il ait mangé ou non, sans aucune remarque.

Particularités pour la boulimie :

Lors d'une crise de boulimie, une importante quantité d'aliments peut être consommée. Afin de ne pas léser les autres membres de la famille, vous devez lui préciser que c'est à lui de remplacer les aliments qui ont servi à faire une crise.

Pour conclure :

Afin d'accompagner votre enfant sur le chemin de la guérison, soyez fermes, solidaires, mais aussi attentifs et à l'écoute. Vous n'êtes plus seuls face à la maladie !

Notes

[illegible]

Contact



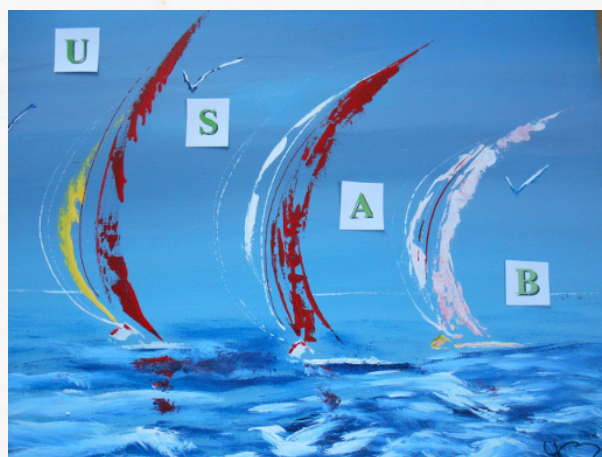
u.sab@laposte.net



06 68 63 31 40



www.solidarite-anorexie.fr



Le pot solidaire :
www.lepotsolidaire.fr/pot/by5psskl