

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7
FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT

Année 2009

n°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Véronique FOUILLERON
Née le 24 mai 1980 à Courbevoie

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2009

**EVOLUTION DES MODELES DE THÉRAPIE FAMILIALE DANS
LE TRAITEMENT DE L'ANOREXIE MENTALE DE
L'ADOLESCENT**

Jury

Président du Jury: Monsieur le Professeur Philippe JEAMMET

Directeur de Thèse: Madame le Docteur Nathalie GODART

Membre du Jury : Monsieur le Professeur Antoine GUEDENEY

Membre du Jury : Monsieur le Professeur Frédéric ROUILLON

D.E.S. DE PSYCHIATRIE

SOMMAIRE

SOMMAIRE	10
INTRODUCTION	12
LES PREMIÈRES DESCRIPTIONS HISTORIQUES	14
L'APPORT PSYCHANALYTIQUE.....	16
LES PREMIERS MODÈLES THÉORIQUES EN THÉRAPIE FAMILIALE.....	18
I. LE MODÈLE TRADITIONNEL MÉDICAL	19
II. LES PRECURSEURS	21
II-1 L'approche structurale de Salvador Minuchin	21
II-1-1 Le modèle systémique ouvert	21
II-1-2 Le modèle familial	22
1. Vulnérabilité et développement du symptôme.....	22
2. Les caractéristiques des transactions familiales	23
3. Rôle de la maladie	25
II-1-3 Le modèle thérapeutique familial	27
II-1-4 L'évaluation du modèle	31
II-2 Selvini Palazzoli et la thérapie systémique de Milan.....	32
II-2-1 Modèle familial systémique.....	32
II-2-2 Les modèles thérapeutiques de l'école de Milan	34
1. La méthode paradoxale	34
2. La méthode de la série des prescriptions invariables	36
3. La méthode de dévoilement du jeu familial	37
II-2-3 L'approche actuelle.....	37
II-2-4 Evaluation du modèle	39
II-2-5 Conclusions.....	40
II-3 La thérapie systémique post Milan.....	41
II-4 Conclusions	43
III. LES AUTRES COURANTS INFLUENTS	44
III-1 La thérapie familiale stratégique.....	44
III-2 La thérapie familiale féministe	47
VERS UNE REMISE EN QUESTION DES MODÈLES CLASSIQUES.....	50
I. Variabilité des descriptions.....	50
I-1 Les patientes	50
I-2 Les parents	51
I-2-1 Les descriptions cliniques dans la littérature psychanalytique du 20 ^{ème} siècle ..	51
I-2-2 Les études empiriques	53
I-3 La famille et les relations intrafamiliales	54
I-3-1 Au niveau conjugal.....	54
I-3-2 Au niveau familial	55
1. Les études empiriques	55
2. Les limites	57
I-4 Conclusions	61
II. Importance de l'impact de la maladie sur le fonctionnement familial	62
II-1 Importance de la réaction individuelle et familiale à un facteur de stress	62
II-2 Description empiriques du vécu familial face à l'anorexie mentale	63
II-3 Modalités de réponse familiale au symptôme alimentaire	65
II-3-1 Rôle central des symptômes dans la vie familiale	65

II-3-2 Rétrécissement du temps sur l'ici et le maintenant.....	66
II-3-3 Restriction du champ des possibilités d'interaction disponible.....	66
II-3-4 Amplification de certains aspects du fonctionnement familial.....	67
II-3-5 Diminution de la capacité à identifier les besoins liés au cycle de vie.....	68
II-3-6 Perte du sens de l'action (impuissance).....	68
III. Importance de l'impact du fonctionnement familial sur le devenir.....	70
IV. Modèles de maintenance et d'aggravation des troubles.....	73
V. Conclusions.....	75
VERS UNE NOUVELLE APPROCHE ÉCOSYSTÉMIQUE.....	77
I. Une approche basée sur des résultats empiriques.....	77
II. Intégrative.....	81
III. Normative.....	83
III-1 Le modèle systémique de santé de Rolland (1993, 1994).....	83
III-2 Le modèle familial biocomportemental de Wood.....	86
III-3 Les modèles centrés sur les croyances familiales.....	89
IV. Flexible.....	90
V. Basée sur les ressources : de la thérapie « de la famille » vers une thérapie « par la famille ».....	90
VI. Conclusions.....	91
LES CONTEMPORAINS.....	92
I. Le modèle anglais du Maudsley.....	92
I-1 Evolution du modèle.....	92
I-2 L'approche actuelle.....	94
I-2-1 Intégrative.....	94
I-2-2 Différenciée.....	95
I-2-3 Des particularités thérapeutiques.....	97
I-2-4 La manualisation.....	99
1. Réalimentation du patient.....	100
2. Négociation vers de nouvelles modalités relationnelles familiales.....	101
3. Vers des enjeux plus généraux.....	101
I-3 Une nouvelle forme de thérapie : la thérapie multifamiliale en unité de jour.....	103
I-4 Conclusions.....	106
II. Le modèle familial comportemental nord-américain.....	107
III. Les modèles français.....	109
III-1 L'approche systémique intégrée de l'hôpital Robert Debré (S.Cook-Darzens)....	109
III-1-1 Étapes de la prise en charge.....	110
III-1-2 La thérapie familiale.....	112
III-1-3 Intérêt de ce modèle.....	113
III-1-4 Limites.....	113
III-2 L'approche systémique et psychodynamique de l'Institut Mutualiste Montsouris	114
III-2-1 Une prise en charge multimodale et bifocale.....	114
III-2-2 la thérapie familiale.....	115
1. Le cadre thérapeutique.....	115
2. Axes de traitement.....	116
IV. L'approche familiale belge de l'anorexie mentale.....	118
IV-1 Guidance parentale et familiale.....	120
IV-2 Thérapie familiale directive.....	121
DISCUSSION.....	122
CONCLUSION.....	130
BIBLIOGRAPHIE.....	131

INTRODUCTION

L'anorexie mentale occupe une place particulière dans le champ de la pathologie mentale : sa stéréotypie clinique, la prévalence du sexe féminin et un âge de début assez caractéristique tranchent avec l'habituel polymorphisme des troubles psychopathologiques, surtout à l'adolescence. Cette stéréotypie explique l'ancienneté de la description du syndrome et la constante recherche d'une étiologie organique s'inscrivant dans un schéma explicatif linéaire. Les premiers cas d'anorexie se situent entre le XIII^{ème} et le XV^{ème} siècle (Dewanbrechies-la Sagna). Le contexte était alors celui des anorexies saintes qui se sont répandues en Europe durant cette période, et dont Catherine de Sienne est l'exemple le plus répandu. Le problème était alors théologique et non médical, et on ne parlait pas d'anorexie - l'emploi du terme se fait par extension rétroactive. Il s'agissait de jeunes filles en proie à la passion du Christ et la question théologique était de savoir si, alors qu'elles pouvaient survivre en ne mangeant rien, il fallait y voir l'œuvre de Dieu ou bien celle du Diable. La question du Christ, enveloppant en quelque sorte la sexualité féminine, a probablement été à l'origine de ces épidémies saintes qui se sont répandues en même temps que la chrétienté en Europe.

Différente est la cause de ce à quoi nos sociétés assistent actuellement : depuis l'augmentation très forte du nombre d'anorexiques dans les filières de soins des pays occidentaux à partir des années soixante-dix, ce n'est plus la religion mais la médecine que l'anorexie mentale met désormais en difficulté.

Plusieurs auteurs attribuent la première description clinique détaillée de l'anorexie à l'Anglais Richard Morton en 1689. Il rapporte alors deux cas de cette maladie caractérisée par une consommation du corps, une perte de l'appétit et des fonctions digestives, dont l'origine est située dans une altération du principe vital et un bouleversement des forces nerveuses. La maladie est d'ailleurs qualifiée de « phtisie nerveuse ».

Mais classiquement on attribue les premières descriptions de l'anorexie mentale à Charles Lasègue et à William Gull qui publièrent tous deux à des dates rapprochées leurs expériences cliniques. Gull parle d'abord d'« Hysteria apepsia » (1868) puis à la suite du travail de Lasègue d'« Anorexia Nervosa » (octobre 1873). Ce dernier quant à lui définit l'« anorexie hystérique » (avril 1873), ces termes visant, pour la première fois, à mettre en relief les causes psychologiques d'une détérioration de l'état physique. L'hypothèse d'une cause organique

cérébrale, c'est-à-dire endocrinienne, à cet état de dénutrition a été par la suite énoncée, puis progressivement abandonnée.

A partir de ces descriptions initiales, le constat d'une association, fréquemment retrouvée, entre climat familial donné et pathologie anorexique cèdera rapidement le pas à l'idée d'une perturbation familiale qui en favoriserait l'émergence.

Ultérieurement, et dans une perspective essentiellement dyadique, plusieurs cliniciens d'orientation psychanalytique ont émis l'hypothèse de relations défailtantes entre la mère et la future patiente perturbant l'intégration de son schéma corporel. C'est notamment le cas de la psychiatre et psychanalyste nord américaine Hilde Bruch (1904-1984) dont l'apport a été et reste considérable en ce domaine.

C'est à un niveau non plus intersubjectif mais systémique que deux des pionniers de la thérapie familiale, Salvador Minuchin et Mara Selvini-Palazzoli, se sont intéressés aux dynamiques relationnelles présentes au sein des familles de patientes anorexiques. Ils ont, dès les années 1960, affirmé l'existence d'une famille psychosomatique ou anorexigène, ces données étant consolidées par des premières études assimilant les perturbations familiales à un facteur prédictif péjoratif pour le devenir de la patiente (Morgan et Russell, 1975).

De nombreux thérapeutes familiaux ont par la suite adopté cette conception des familles d'anorexiques et ont proposé, dans une continuité logique, un travail familial visant à modifier ces transactions pathogènes.

Il en est tout autrement de certains auteurs et chercheurs contemporains qui, depuis les années 1980, ont remis en question les modèles traditionnels et prônent une approche différente, dans une perspective écosystémique. Cette évolution des pratiques s'est opérée dans la continuité de l'évaluation empirique du modèle anorexigène.

Après avoir décrit les premiers modèles ainsi que les modèles plus récents, nous discuterons autour de l'évolution qui s'est opérée depuis ces trente dernières années ainsi que des questions qu'elle soulève.

LES PREMIÈRES DESCRIPTIONS HISTORIQUES

Les différentes étapes historiques de l'anorexie mentale ont été l'objet de l'attention de plusieurs auteurs (Guillemot et Laxenaire, 1997).

C'est Lasègue qui pour la première fois, en 1873, dans un article intitulé : « de l'anorexie hystérique » va mettre l'accent sur la parole et le vécu du patient et non plus sur celui du médecin.

Le sens clinique de Lasègue va rapidement être interpellé par l'environnement et l'atmosphère familiales qui entourent la patiente anorexique, avec en particulier l'« ambiance » de prières et de menaces, qui alternent entre : « je te supplie de manger » et « je te menace de sévices, de punition, de remontrance si tu ne manges pas ». Il met en parallèle l'état morbide de l'hystérique et les préoccupations de son entourage, les deux étant selon lui solidaires.

Il décrit par ailleurs l'inefficacité des mesures de pression, d'intimidation, de l'appel à la raison (de la famille aussi bien que du médecin), comme celle des « médicaments, des conseils amicaux,[...] de l'intimidation », et met en garde le médecin de l'issue dramatique de cette maladie malgré sa dimension hystérique et donc psychogène : « malheur au médecin » qui en méconnaîtrait le péril et la traiterait comme une « fantaisie sans portée ».

Victor Marcé, dans une *note sur une forme de délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments* (1860), considère que ce trouble ne peut être combattu « tant que les sujets restent au milieu de leur famille et de leur entourage habituel. Il est donc indispensable de modifier l'habitation et l'entourage, de confier les malades à des mains étrangères ».

Mais c'est William Gull qui énonça le plus clairement la manière de s'y prendre avec les parents des patientes. Il prône le « placement dans un milieu obéissant à une moralité différente, entourées de personnes exerçant sur elles un contrôle moral ; familles et amis sont généralement la pire des compagnies » (1874). C'est également l'avis de W.S. Playfair, médecin anglais, qui en 1888 écrit : « il faut les isoler complètement de leur entourage habituel, étant donné que celui-ci fait presque toujours ce qui est malsain pour la patiente. »

En France, c'est Jean Martin Charcot qui, en 1881, va introduire la séparation d'avec le milieu familial au vue de l'observation des parents, « résolu à ne pas se séparer de leur enfant » et dont l'influence est « particulièrement pernicieuse », ainsi que l'usage de l'isolement thérapeutique en France.

Ces premières descriptions ne considèrent pas les parents comme jouant un rôle aidant et utile dans la maladie de leur fille. D'ailleurs, un des plus anciens débats était celui de savoir s'il était envisageable de traiter une patiente anorexique sans l'isoler de sa famille.

Durant la première moitié du 20^{ème} siècle, la famille a continué à être perçue essentiellement comme une entrave au traitement et ayant un rôle contributif dans le développement de la maladie, ceci donnant lieu d'une manière générale à des prises en charges basées sur l'isolement des patientes d'une part (Halmi, 1975 ; Garfinkel et al., 1973) ou parentectomie, terme introduit par certains auteurs (Vanderlinden et Vandereycken, 1989), et la relation thérapeutique duelle d'autre part.

L'APPORT PSYCHANALYTIQUE

Avec la montée des théories psychanalytiques sur l'anorexie mentale au cours de la première moitié du 20^{ème} siècle, une vision plus nuancée et élaborée du rôle des parents a vu le jour (Cook-Darzens, 2002). L'accent continuait à être mis sur la présence d'influences parentales (notamment maternelles) pathogènes sur le développement psychologique de leur fille, mais ces théories avaient le mérite d'analyser minutieusement les relations mère-fille et de proposer un projet thérapeutique réparateur plutôt qu'une « parentectomie » purement protectrice.

Cette perspective a été particulièrement bien mise en exergue par Bruch (1975). Elle situe les troubles alimentaires dans une perspective ontogénétique : les troubles alimentaires sont liés à une relation précoce problématique entre la mère et la fille, caractérisée par une méconnaissance des besoins du corps, et à un trouble secondaire à la perception de l'image de son corps. Cette méconnaissance serait liée aux premières expériences défectueuses du nourrisson : il aurait reçu de sa mère des réponses inadaptées, chaotiques, négligentes ou excessives à ses diverses demandes. L'enfant apprendrait à répondre exclusivement aux sensations et aux besoins corporels de la mère et non aux siens.

Ces apprentissages précoces trompeurs ne permettraient pas au nourrisson, puis à l'enfant et l'adolescent, de reconnaître les besoins de son propre corps (notamment ses besoins d'indépendance), créant une confusion interne qui constitue le lit des perturbations intéroceptives, des distorsions de l'image corporelle, des sentiments d'inefficacité et d'impuissance exprimés ultérieurement dans le cadre de l'anorexie. Dans ces familles, la croissance et le développement ne sont pas considérés comme un accomplissement de l'enfant mais comme celui des parents. Dans ce contexte peu propice aux mouvements d'individuation, l'anorexie serait une lutte pour établir autonomie, compétence, contrôle et respect de soi-même.

Au-delà de cette conception maternelle de la genèse de l'anorexie mentale, l'auteur relève des modes de transactions spécifiques aux familles d'anorexiques, se faisant ainsi le précurseur des modèles familiaux ultérieurement proposés par les thérapeutes familiaux : familles exaltant la notion d'harmonie et de bonheur, frontières floues entre les pensées des membres de la famille, secrets familiaux, autant de caractéristiques qui contribueraient à une « imperméabilité aux besoins authentiques de l'enfant ».

D'une manière générale, nombreux sont les auteurs qui insistent sur les défaillances dans les processus d'identification mère-fille marqués par un lien de dépendance où domine l'ambivalence, et où la fille tente de s'identifier à une mère idéalisée, qui se défend de sa grande fragilité par une image dévouée qu'elle s'efforce de projeter. Un des éléments de la thérapie est donc une réhabilitation de la mère : « pour guérir, la fille a donc besoin de reconnaître et extérioriser les aspects persécuteurs de sa mère qu'elle a incorporés, assimilés dans son corps » (Hall, 1985, p 215), ou bien une séparation d'avec le milieu familial pathologique et hostile (Beresin et al., 1989).

D'autres ont intégré la théorie des relations d'objet et la théorie familiale systémique, développant l'hypothèse de défaillances transgénérationnelles dans les capacités de soutien (« holding ») de l'environnement, en référence aux théories de Winnicott : la défaillance de l'environnement dans les capacités d'adaptation affecte la qualité et le degré de l'expérience intra psychique de l'individu, aussi bien que le fonctionnement inter personnel et systémique dans son ensemble (Humphrey, 1992). Afin de corriger ces expériences développementales défectueuses, des psychothérapies individuelles séparées de la patiente et de sa mère étaient généralement préconisées, visant à aider la patiente à exprimer ses propres pensées et émotions et à se construire un moi authentique d'une part, et à aider la mère à résoudre ses propres difficultés névrotiques d'autre part. Le père, souvent décrit comme effacé et distant, avait peu de place dans ces premières conceptualisations et par conséquent dans les préconisations thérapeutiques qui en découlaient.

Dans l'ensemble, ces perspectives restaient essentiellement individuelles et ne cherchaient ni à faire de l'anorexie une véritable entité ni à inclure directement la famille dans le processus thérapeutique, si ce n'est dans une perspective de reconstruction des modes d'interactions développementaux. Le traitement étant basé sur l'individu et visant à développer son moi déficient, seuls les aspects relationnels ayant interféré avec le processus d'individuation de l'enfant étaient pris en considération, de manière à corriger les fausses croyances qui se sont installées dans l'enfance (Bruch, 1982).

Le mérite de cette perspective psychanalytique a été d'élaborer une compréhension de l'organisation psychique des patientes anorexiques et de favoriser l'épanouissement d'approches thérapeutiques psychodynamiques individuelles.

La France, très influencée par la pensée psychanalytique, a ainsi vu naître et se développer plusieurs théories psychopathologiques des processus anorexiques ayant actuellement valeur de référence dans ce domaine (Kestemberg et al., 1972 ; Brusset, 1977 ; Jeammet et Corcos, 1999).

LES PREMIERS MODÈLES THÉORIQUES EN THÉRAPIE FAMILIALE

Avec le développement de la perspective systémique et de diverses écoles de thérapie familiale au cours des années soixante et soixante-dix, une nouvelle ère s'est dessinée dans la conceptualisation du rôle de la famille dans la survenue et le traitement de l'anorexie mentale. Deux auteurs ont révolutionné la prise en charge de l'anorexie mentale de la jeune fille en proposant des modèles étiologiques systémiques qui se démarquaient de manière radicale des conceptualisations antérieures, intra psychiques et dyadiques.

Salvador Minuchin aux Etats-Unis (1975) et Mara Selvini Palazzoli en Italie (1978), tous deux issus de la tradition psychanalytique et tous deux créateurs de courants pionniers de thérapie familiale, ont développé de manière indépendante mais convergente des théories sur le fonctionnement des familles de patientes anorexiques qui, en ouvrant l'anorexie mentale à la thérapie familiale, ont largement contribué au développement même de celle-ci, favorisant la création de liens théoriques et cliniques forts entre ce trouble clinique et cette modalité thérapeutique.

En resituant l'anorexie mentale dans son contexte de développement naturel, c'est-à-dire la famille, ce trouble n'était plus uniquement défini en termes de pathologie mentale individuelle ou dyadique (mère et fille) mais également en termes interactionnels : la famille, perçue comme directement impliquée dans le développement, le maintien, voire l'aggravation du trouble alimentaire, devait donc être tout autant impliquée dans le processus thérapeutique. La thérapie familiale étant loin de représenter un système conceptuel unifié, tous les modèles majeurs de thérapie familiale ont eu leurs partisans qui l'ont appliqué au cadre des troubles du comportement alimentaire. Nous présenterons les principales approches conceptuelles étiologiques et thérapeutiques ayant été utilisées dans la prise en charge des patientes anorexiques mentales, avec en premier lieu une description du modèle traditionnel puis des deux courants précurseurs fondamentaux sus cités.

Enfin, nous exposerons les modèles stratégiques et féministes de thérapie familiale.

I. LE MODÈLE TRADITIONNEL MÉDICAL

La figure suivante, proposée par Dare et Eisler (1997) est une représentation schématique du modèle médical traditionnel. Selon cette conception, les influences génétiques, socioculturelles et familiales sont perçues comme ayant un effet (unique ou additif) sur la constitution psychobiologique de l'individu, dans un sens unidirectionnel et isolé. Les influences génétiques, sociales et familiales empiètent de la même façon sur la personnalité de l'individu. Celle-ci comprend en effet les aspects psychologiques soumis à des influences biologiques, sociales et familiales. Ses caractéristiques sont au centre de la plupart des théories sur la nature et le développement de l'anorexie mentale : Vitousek et Make (1994) associent une remarquable cohérence des observations cliniques des traits de la personnalité de l'anorexique à une convergence et un croisement de leurs interprétations et significations étiologiques. Ainsi, ce modèle conceptuel attribue un rôle causal central à ces traits de personnalité dans l'émergence et le maintien des symptômes, les comportements pathologiques ayant valeur fonctionnelle au regard de ces caractéristiques pré déterminantes. Les facteurs étiologiques proprement dit sont situés hors du patient, mais ayant une influence sur celui-ci, dans un sens unidirectionnel et indépendamment les uns des autres.

De même, les facteurs socioculturels, familiaux et environnementaux influencent l'individu, sa vulnérabilité à développer un trouble du comportement alimentaire ainsi que, dans une certaine mesure, la présentation des symptômes.

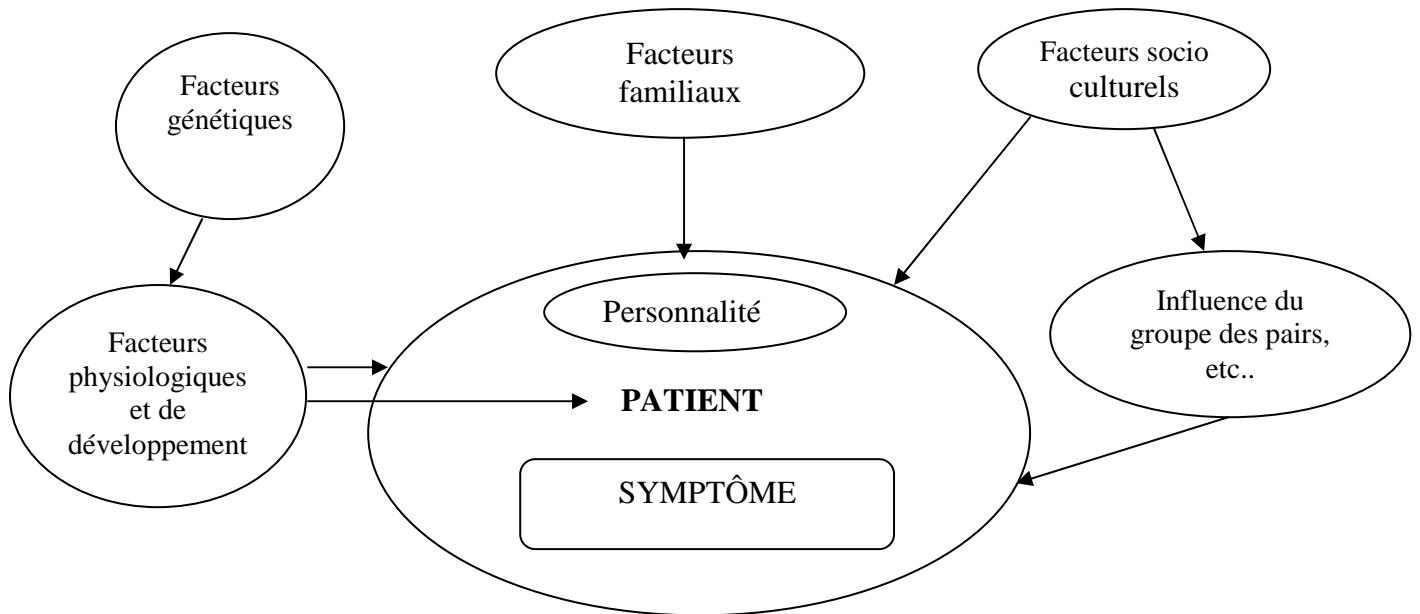
Dans ce schéma, la maladie est donc représentée par le « symptôme », à l'intérieur d'un diagramme, et le symptôme devient une propriété de l'individu.

Le processus thérapeutique agit au niveau de l'individu, en neutralisant les effets de sa vulnérabilité par optimisation et renforcement des facteurs protecteurs : les traitements psychologiques et pharmacologiques interviennent au niveau de l'individu, alors que les processus psycho éducatifs tendent à réduire les effets des pressions sociales et culturelles.

Une intervention familiale est ici conçue soit comme un moyen de modifier la nature dysfonctionnelle de la famille, soit plus radicalement comme une « parentectomie » (Harper, 1983), c'est-à-dire une mise à l'écart de l'enfant d'influences parentales jugées négatives.

Ce modèle comporte comme limite essentielle d'être un modèle de causalité linéaire.

Figure n°1. Le modèle médical traditionnel : facteurs étiologiques simples ou additifs (Dare et Eisler, 1997)



II. LES PRECURSEURS

II-1 L'approche structurale de Salvador Minuchin

II-1-1 *Le modèle systémique ouvert*

Salvador Minuchin et ses collègues du Philadelphia Child Guidance Clinic ont développé, à partir d'observations cliniques, un modèle conceptuel de la « famille psychosomatique » chez l'enfant, et en particulier de l'anorexie mentale (Minuchin et al., 1975 et 1978). Conjointement, c'est un modèle thérapeutique original qu'ils ont mis en oeuvre.

Ils ont développé parallèlement une école dont les principes, tout en ayant été sujet à de nombreux défis et remises en question théoriques, n'en demeurent pas moins largement influents dans la pratique de la thérapie familiale.

L'originalité de Minuchin aura été de se dégager du modèle linéaire traditionnel de la maladie psychosomatique, basé sur l'hypothèse qu'une dynamique psychologique donnée est associée à un type de maladie somatique particulière. Alors que l'importance du contexte social, et notamment familial, était reconnu parmi les auteurs, les seuls traitements proposés consistaient en une thérapie individuelle, ou bien une thérapie comportementale ou « parentectomie », c'est à dire que dans tous les cas, c'était au patient de porter le « poids » du changement. Minuchin qui avait déjà réfléchi à un nouveau modèle dit systémique ouvert, l'a utilisé comme instrument de réflexion pour redéfinir le concept de maladie psychosomatique, et surtout pour mettre en place des techniques thérapeutiques plus efficaces.

Ce glissement conceptuel depuis l'enfant malade vers l'enfant malade dans sa famille postule que certains types d'organisation familiale sont fortement liés au développement et au maintien des symptômes somatiques, et que d'autre part les symptômes jouent un rôle majeur dans le maintien d'une homéostasie familiale.

Dans le modèle des systèmes ouverts, la « crise psychosomatique » comprend deux dimensions :

- Une *phase d' « allumage »* pendant laquelle une situation familiale conflictuelle induit une « stimulation » émotionnelle chez l'enfant, déclenchant une réponse physiologique.
- Une *phase d' « extinction »*, ou retour à un niveau de base. Ce processus d'extinction peut être entravé par le type de relations existant entre chacun des membres (mode de résolution des conflits notamment).

Alors que les interactions familiales affectent, lors de la crise psychosomatique, l'enfant à différents niveaux (psychologiques et biologiques), la maladie est située au sein du processus de rétroaction, ou feedback, du système « enfant-famille ». A partir de ces considérations, Minuchin situera les cibles du thérapeute à plusieurs niveaux : l'enfant, la famille et les processus rétroactifs du système transactionnel familial, en ce qu'ils maintiennent les symptômes.

II-1-2 Le modèle familial

Pour Minuchin, la conjonction de trois facteurs est nécessaire pour que se développe une maladie psychosomatique grave :

- l'enfant doit être physiologiquement vulnérable, c'est à dire présenter une dysfonction organique spécifique,
- la famille présente plusieurs caractéristiques transactionnelles : l'enchevêtrement, la surprotection, la rigidité et le manque de résolution des conflits,
- L'enfant malade joue un rôle important dans la dimension familiale d'évitement du conflit, ce rôle étant une source importante de renforcement.

1. Vulnérabilité et développement du symptôme

- La vulnérabilité individuelle

Minuchin situe l'anorexie mentale dans les troubles psychosomatiques dits secondaires, c'est-à-dire dans lesquels on ne retrouve pas de trouble physiologique préexistant. L'élément psychosomatique apparaît dans la transformation de conflits émotionnels en symptômes somatiques.

- Le choix du symptôme

Ce « choix » est lié à l'histoire et à l'organisation particulière de la famille. Des préoccupations excessives autour des fonctions corporelles sont fréquemment retrouvées, et notamment d'une bonne tenue à table, d'un régime ou d'habitudes alimentaires particulières.

Dans ce type de famille, l'enfant va être privé du contrôle de son propre fonctionnement, psychologique et corporel, qui sera le terrain des préoccupations des autres, derrière le masque d'une protection.

C'est dans un contexte qui associe le déni de soi au bénéfice des autres, la valorisation du sacrifice de soi et de la loyauté familiale que se développe l'enfant.

- L'événement précipitant

Certains événements correspondant à des crises développementales normales obligent les membres de la famille à prendre des décisions pour affronter les déséquilibres qui en découlent. Un tel déséquilibre, non évitable, est fréquemment l'événement précipitant du processus anorexique, car la future patiente, ressentant la tension ambiante, pourra y répondre par le symptôme comme voie de détour. La famille va s'unir autour du symptôme, dans un mouvement de protection fédérateur.

L'adolescence, qui peut être considérée comme un moment à la fois désorganisateur pour le groupe familial, et créateur de nouveaux échanges et de modifications des liens pour chacun, représente un facteur de crise familiale tant elle menace les parents dans ce qu'elle représente comme autonomie. La survenue de l'anorexie mentale peut être comprise à la fois comme un indicateur et un facteur de crise familiale.

2. Les caractéristiques des transactions familiales

- L'enchevêtrement

Il caractérise un type pathologique de familles dans lesquelles on retrouve un degré élevé de réceptivité et d'implication relationnelle. Ceci est observé au travers de relations d'interdépendance, particulièrement proches et intenses, d'intrusions au-delà des limites individuelles, de perceptions peu différenciées du soi et de celui des autres, et de limites floues, fragiles et perméables entre les différents sous systèmes.

Le bas niveau de différenciation interpersonnelle aboutit à ce que les membres de cette famille tendent à faire intrusion dans les pensées et les sentiments d'autrui. Une personne viendra relayer des messages entre deux autres, bloquant ainsi toute forme de communication directe.

Dans les familles hautement enchevêtrées, les changements chez l'un des membres ou dans sa relation avec un autre vont irradier sur l'ensemble du système. Ainsi, un conflit entre deux membres déclenchera des alliances en chaînes, changeantes, dans lesquelles tous les membres de la famille seront impliqués.

Enfin la fragilité des limites rend les hiérarchies particulièrement mal définies, un enfant pourra créer une coalition avec l'un des deux parents contre l'autre parent, s'attribuer une fonction parentale inappropriée vis-à-vis des autres.

- La surprotection

Elle se traduit par une attention excessive au bien être de l'autre, et des réponses tournées vers le soin et la protection. Les signes de souffrance donnent fréquemment le signal d'approche vers des niveaux dangereux de tension ou de conflit, tant les membres de ces familles sont hypersensibles et vigilants vis-à-vis des différents signaux.

Les perceptions des autres se structurent autour d'inquiétudes et de préoccupations protectrices, et cette surprotection freine le développement des compétences et de l'autonomie de l'enfant.

En retour, l'enfant, surtout s'il est malade, se trouve « gratifié » de la responsabilité de protéger sa famille.

- La rigidité

Ces familles cherchent à tout prix à maintenir un *statu quo* intangible, et vivent très difficilement les périodes qui nécessitent un changement et une maturation. Les règles familiales ne peuvent être changées et les caractéristiques transactionnelles doivent être maintenues de manière inflexible pour garder le sentiment d'unité familiale qui confère à chacun son identité. Par conséquent, lorsqu'un événement se produit et implique des changements, les membres de la famille vont fonctionner comme un système fermé, en maintenant les modes d'interactions habituels. Des circuits d'évitement doivent se mettre en place, un « porteur de symptôme » offrant l'opportunité d'une voie de détournement des conflits. C'est ainsi que ce mode de déviation des enjeux menaçants se perpétue, du fait de son utilité dans le maintien d'un équilibre du système, aussi précaire soit-il.

- L'évitement des conflits

Le seuil de sensibilisation aux conflits étant très bas, ces familles tendent à éviter des différends en se référant à un code religieux ou éthique très strict. Les problèmes restent ainsi irrésolus et menacent en permanence de réapparaître : si bien que des circuits d'évitement du conflit dont la forme est dictée par la structure et le fonctionnement familiaux doivent être continuellement réactivés. Dans la plupart des familles psychosomatiques, le consensus et l'harmonie sont fortement investis : les problèmes sont occultés tout comme les « raisons » d'un désaccord. Il peut arriver que des oppositions se manifestent ouvertement mais les thèmes conflictuels sont dilués par diverses manœuvres (interruptions constantes du discours par un tiers, changements de sujet ou de position, distractions visant à dissiper les tensions, etc...) avant qu'ils ne deviennent aigus : les membres de ces systèmes se mobilisent rapidement afin de maintenir un niveau de conflit gérable, et leur incapacité à tolérer les différences peut interdire toute possibilité de négociation ou de résolution des désaccords.

Sargent et al. (1985) ont souligné que ce modèle s'accordait particulièrement bien aux théories développées par Bruch (1975) autour du développement psychogène de l'anorexie mentale. Ainsi, la future patiente percevra d'autant moins ses sensations propres que la famille sera surimpliquée dans le développement et l'autonomisation de celle-ci. De même, le contexte de non résolution des conflits peut fragiliser le développement d'un sentiment de compétence suffisant, notamment en ce qui concerne les stratégies de résolution des problèmes.

3. Rôle de la maladie

L'anorexie joue un rôle de renforcement de certains traits familiaux tels que l'évitement des conflits, mais aussi de stabilisateur du système familial : le symptôme anorexique est une tentative de maîtrise en lien avec l'adolescence, à l'origine d'une rigidification des transactions entre ses membres qui ne peuvent tolérer cette désorganisation transitoire.

D'autre part, elle confère une identité à la patiente à l'intérieur de la famille, ce qui renforce sa difficulté à abandonner son symptôme.

L'implication de l' « enfant-symptôme » dans le conflit parental ou triangulation peut prendre trois formes :

1. Le détournement : les parents transforment leur difficulté de couple en union protectrice face à l'enfant malade, dans un processus de renforcement de la dyade conjugale.
2. Le conflit conjugal se transforme et se déplace en conflit parental axé sur la patiente et la manière de la prendre en charge.
3. L'enfant forme une alliance avec l'un ou l'autre parent, soit qu'il en soit incité, soit qu'il s'attribue de lui-même un rôle de médiateur ou de soutien.

La rigidité est un autre facteur d'implication de l'enfant dans le conflit. En effet, alors que les frontières extérieures des familles de patients anorexiques sont solides et bien définies (maintien de la surimplication mutuelle des membres de la famille, renforcement de la séparation d'avec le reste du monde), à l'intérieur du système, en revanche, les frontières sont plutôt diffuses et fragiles, et notamment entre la famille nucléaire et la famille d'origine : une forte affiliation à la famille d'origine peut être reproduite au sein de la famille nucléaire et contribuer à la persistance des conflits intra conjugaux.

Ces formes d'évitement du conflit parental impliquant l'enfant tendent à perpétuer le conflit dans sa forme latente.

De telles configurations sont souvent présentes dans des familles qui fonctionnent efficacement, comme des stratégies de réponse à un conflit, mais dans ce cas, ces familles pourront utiliser différents modes de confrontation et de négociation autour d'un conflit.

Dans les familles à transaction pathologique, des séquences mal adaptées vont se répéter et se perpétuer, sans possibilité de changement vers un autre mode de réponse à un conflit.

Du point de vue relationnel, le symptôme alimentaire acquiert donc la signification d'un régulateur du système familial, dont l'organisation repose sur l'implication de l'enfant dans le conflit parental, à tel point que ce dernier facteur constitue une cinquième caractéristique des familles psychosomatiques.

Ce symptôme joue également un rôle d'intermédiaire dans un système d'alliances croisées entre les générations.

II-1-3 Le modèle thérapeutique familial

Dans la logique de son modèle théorique, Minuchin et ses collègues ont développé un modèle thérapeutique de thérapie familiale structurale qui initialement se concentre sur l'élimination des symptômes anorexiques (contrat comportemental, déjeuner familial thérapeutique), constituant une première étape nécessaire mais insuffisante si elle n'est pas accompagnée ou suivie d'une restructuration du système familial adaptée aux dysfonctionnements perçus dans la famille : dans la thérapie familiale structurale, les techniques sont utilisées dans des objectifs structuraux, prenant en compte les « raisons d'être, les buts des symptômes, c'est à dire ce qui leur donne du sens dans le contexte familial, [...], ces techniques sont sous-tendues par des processus de compréhension qui tendent non seulement à supprimer le symptôme, mais aussi à ouvrir et renforcer de nouvelles voies pour répondre aux motivations ayant maintenu le symptôme en premier lieu » (Aponte et Van Deusen, 1981).

Les cibles principales de la thérapie sont les dysfonctionnements relationnels, les modes de communication et l'organisation hiérarchique, le but étant de réorganiser les hiérarchies en suggérant et renforçant des modalités interactionnelles nouvelles et alternatives plus adaptées tout en diminuant les traits considérés comme dysfonctionnels.

Une des premières étapes est d'opérer un changement depuis la focalisation familiale autour du trouble alimentaire de la jeune fille vers une prise de conscience de son refus de grandir, qui évite ainsi les mécanismes fréquents de détournement des conflits sur le symptôme.

Par la suite, les interventions auront pour objectif d'interrompre les processus pathologiques qui renforcent ou maintiennent les symptômes du patient et de modifier en profondeur l'organisation familiale afin d'éviter une rechute et de prévenir l'apparition de nouveaux symptômes ou l'émergence de nouveaux porteurs de symptômes.

A ces objectifs correspondent des interventions thérapeutiques précises orchestrées par un thérapeute directif et très impliqué qui remet en question les processus dysfonctionnels familiaux, en particulier le triangle parents-enfant anorexique, et qui vise à renforcer la coalition parentale au détriment de la triade pathologique (accroître la distance entre les parents et leur enfant malade) qui s'est mise en place entre les parents et l'enfant malade.

Les thérapeutes familiaux doivent à ce modèle structural des techniques d'observation et d'intervention telles que la codification d'une « carte familiale visuelle » des distances et des

frontières, les « lunch sessions » ou repas thérapeutiques. Ces derniers ont été mis en place initialement par Minuchin (1975) dans les cas d'anorexie grave nécessitant une hospitalisation : ce type de séances permet à la fois d'observer les configurations familiales rigides qui maintiennent le symptôme et de choisir des stratégies adaptées à la configuration du système familial. Le thérapeute, dans ce contexte, pourra recadrer le comportement de l'enfant anorexique comme un acte de désobéissance et d'obstination, tout en encourageant en même temps les parents à contrôler plus étroitement l'alimentation et les manifestations éventuelles de rébellion, et donc de les confronter aux conflits pouvant être suscités par le contexte du repas.

Souvent utile en début de traitement pour faire manger l'anorexique, cette focalisation sur les thèmes alimentaires pourra être ensuite abandonnée, la thérapie se poursuivant alors de la même façon que pour les autres familles dites « enchevêtrées » (Goldbeter-Merinfeld, 1995).

L'adjonction de séances individuelles pour le patient et la famille viennent créer et renforcer les limites inter générationnelles et l'affiliation entre les parents et la fratrie.

Les objectifs et stratégies associés à ces différentes interventions dépendent de l'étape du développement du patient et de la famille, mais dans tous les cas, une restructuration hiérarchique est souvent nécessaire (Lemmon et Josephson, 2001).

De telles interventions structurales sont souvent efficaces, avec un effet immédiat et visible sur l'organisation familiale autour du symptôme.

L'impact de cette théorie explicative originale a été considérable à la fois dans la recherche théorique mais aussi dans le développement thérapeutique, même si le fondement empirique de ce modèle s'est avéré fragile (voir chapitre V).

Le principal changement a résulté de l'implication de la famille dans le traitement de manière à modifier certains des aspects dans les interactions familiales.

La figure suivante résume le modèle théorique d'une intervention de type structurale : une famille nucléaire y est représentée, même s'il existe d'autres types d'organisation familiale rencontrés dans l'anorexie mentale. La patiente est incluse dans une ellipse connectée à sa mère, tandis que la fratrie est située à la limite de la famille, c'est-à-dire à la limite de quitter le foyer.

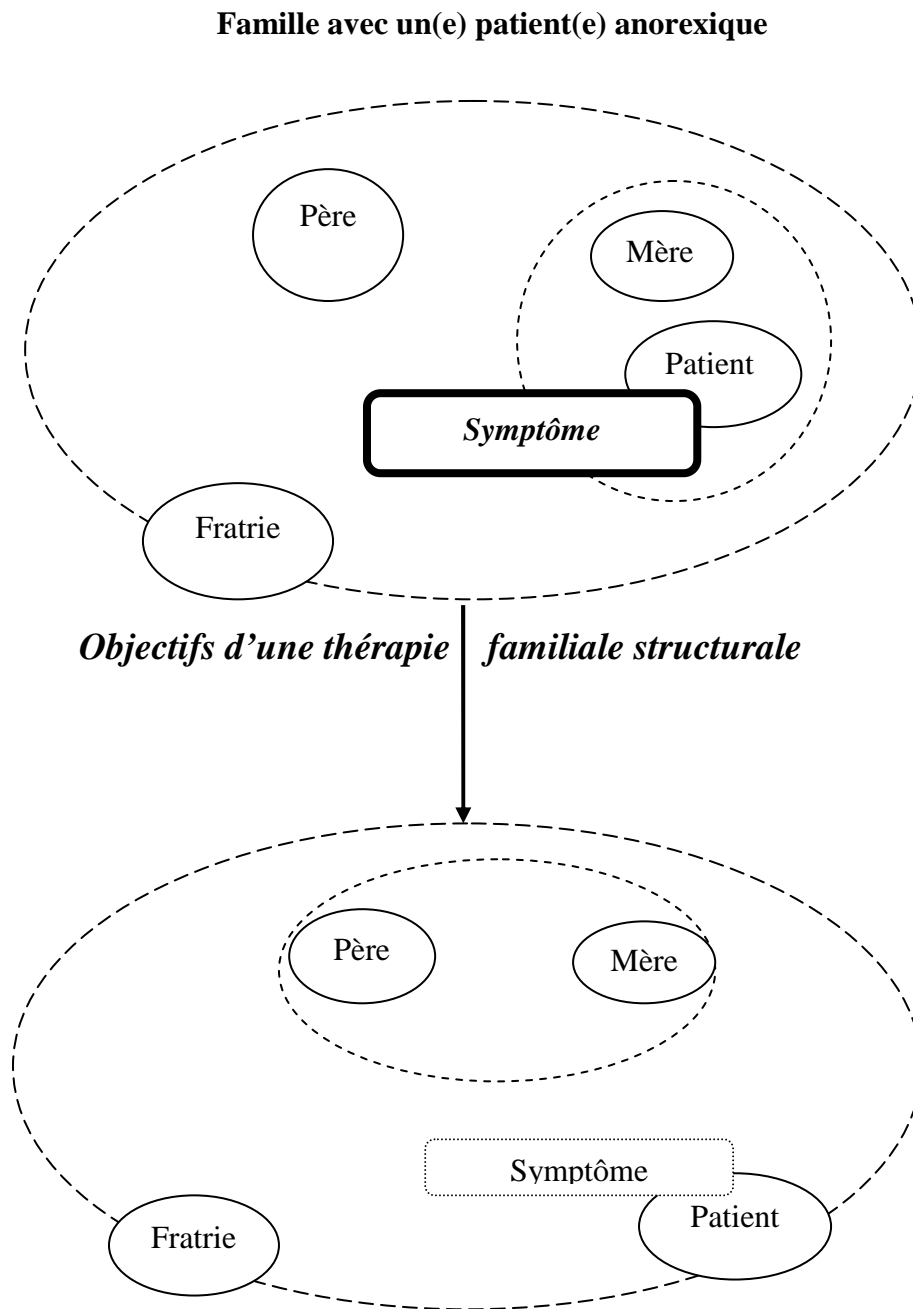
Le symptôme est quant à lui à l'interface des différents sous systèmes bien que majoritairement « ciblé » sur le patient. C'est-à-dire qu'il est représenté comme une propriété

du patient et de la famille, entièrement contenu à l'intérieur de la structure familiale dysfonctionnelle.

A noter que pour Minuchin, des facteurs de stress tant physiologiques qu'extra familiaux contribuent au développement de la maladie, même s'ils ne sont pas représentés dans le schéma.

L'accent est mis ici sur l'objectif thérapeutique, ciblé sur une modification à type de restructuration des dysfonctionnements familiaux, en limitant certains aspects des interactions tout en encourageant d'autres. Si par exemple le thérapeute perçoit des difficultés pour la famille à résoudre des conflits, il s'attachera à cette dimension ou bien si celle-ci montre une tendance à créer des alliances entre un enfant et un parent, des interventions directives seront faites pour encourager une coalition plus forte entre les deux parents tout en renforçant le sous-système représenté par la fratrie. Chacun des membres est encouragé à développer une forme de communication plus ouverte aussi bien dans la famille qu'à l'extérieur. Tous ces aspects ont leur importance dans la mesure où une amélioration de la qualité du fonctionnement familial aura un impact sur les processus impliqués dans l'apparition des symptômes.

Figure n°2 : modélisation d'une intervention familiale structurale (Dare et Eisler, 1997)



II-1-4 L'évaluation du modèle

La première étude sur les effets de la thérapie familiale chez les patientes anorexiques a été conduite par Minuchin au centre de guidance infantile de Philadelphie (Minuchin et al., 1975, 1978). Il s'agissait plus précisément d'une étude naturalistique évaluant le devenir de 53 adolescentes suivies en thérapie familiale. Les résultats étaient particulièrement positifs avec des taux de guérison situés autour de 86%. Ces résultats, associés à la nature aussi consistante que persuasive du modèle théorique sous jacent ont rendu celui-ci hautement influent même si l'étude a été critiquée pour sa faiblesse méthodologique (évaluation conduites par les thérapeutes eux-mêmes, durée du suivi allant de 18 mois à 7 ans, absence de groupe contrôle). Les autres études de devenir chez les patients traités selon le modèle structural tel que décrit par Minuchin étudiées par plusieurs auteurs (Wood, 1993 ; Wood et al., 1989 ; Dare et al., 1994), donnent des résultats contrastés : alors qu'un bas niveau de critique exprimée par les parents allait dans le sens d'un évitement du conflit tel que décrit dans la famille psychosomatique, la surprotection parentale ainsi que le sentiment de distance affective et d'indifférenciation n'étaient pas perçus comme tels par les patients (Dare et al., 1994).

Ces auteurs ont développé l'idée selon laquelle les caractéristiques décrites par Minuchin (enchevêtrement, surprotection, rigidité, évitement des conflits) reflétaient d'avantage des tendances adaptatives dans la relation parent-patient qu'un simple facteur comportemental de nature causaliste, une description familiale répétée et cohérente ne devant pas être assimilée à un facteur étiologique.

De même, l'interprétation par le clinicien d'une surprotection maternelle, par exemple, comme une preuve du fonctionnement pathologique de la famille peut être dommageable dans le sens où elle traduit dans une certaine mesure une réaction adaptative maternelle à l'égard de son enfant malade.

D'une manière plus générale, ce modèle a été largement critiqué, en raison de son raisonnement causaliste linéaire, d'un cadre conceptuel peu structuré et défini, de l'absence de comparaison avec d'autres groupes ni de prise en compte des différences dans le degré de sévérité de la maladie, enfin l'exclusion de la dimension psychologique individuelle.

II-2 Selvini Palazzoli et la thérapie systémique de Milan

II-2-1 Modèle familial systémique

Dans les années 1970, Mara Selvini Palazzoli et ses collègues, psychiatres et psychothérapeutes d'orientation psychanalytique, (Selvini Palazzoli, 1974, 1978 ; Selvini Palazzoli et al., 1978) ont initialement développé un modèle qui se rapproche de celui de Minuchin dans leur manière de situer la problématique familiale dans un système d'alliances et de coalitions.

A contrario, l'équipe de Milan a défini la configuration familiale anorexique en des termes différents, mettant plus l'accent sur les processus de communication intrafamiliale que sur la structure de la famille, et sur la fonction adaptative de l'anorexie à un type de famille particulier. Néanmoins, ces descriptions qui se déclinent également en cinq points rejoignent considérablement le modèle de la famille psychosomatique de Minuchin.

Dès 1974, elle met en évidence certaines caractéristiques des familles de patientes anorexiques (Selvini Palazzoli, 1974) :

1. Une *Cohésion familiale très forte*, avec un partage prononcé des émotions, valeurs et postulats, reflétant une loyauté au groupe familial au détriment de l'individu. Ces familles ont souvent vécu (pendant l'enfance des parents ou plus tard) une incidence élevée de séparations précoces, déracinement et pertes brutales qui renforceraient les tendances fusionnelles de la famille. Ce concept semble proche de celui de l'enchevêtrement de Minuchin.

2. Dans ces familles, *le sacrifice de soi* est considéré comme l'une des qualités personnelles les plus importantes et les plus valorisées. Les auteurs décrivent de manière intéressante des processus de rivalités dans le sacrifice chez les femmes, au sein d'une même génération et/ou d'une génération à la suivante, entraînant une escalade au fur et à mesure des générations, dont la patiente anorexique serait la championne absurde. Le message tacite de la mère à sa fille serait donc qu'elle s'est sacrifiée pour ses propres parents et que c'est le tour de sa fille de le lui rendre en en faisant autant. De toute évidence, ces dynamiques gênent les processus d'individuation dans la famille.

3. Une *insistance sur le contrôle pulsionnel* des émotions, de la nourriture et de la sexualité. Les émotions et attitudes négatives d'envie, de colère et d'hostilité sont vécues comme

particulièrement menaçantes pour l'harmonie familiale. Le conformisme et le respect des normes constituent les réponses attendues, toute déviation entraînant honte et culpabilité. Cette préoccupation s'accompagne souvent d'une intériorisation d'idéaux très élevés sur le plan des réalisations scolaires et professionnelles.

4. *Un sentiment très fort de justice*, prenant souvent la forme d'une justice parentale faite d'amour et de traitement strictement égalitaire des enfants. Associée à la forte cohésion familiale, cette caractéristique milite contre toute alliance ou coalition intrafamiliale et contre la reconnaissance de préférences ou d'injustices qui sont pourtant le lot de la plupart des familles (temporairement du moins).

5. *Dysfonctionnement conjugal et stabilité du couple*. Les dynamiques précédemment citées entraînent au sein du couple un vide hiérarchique avec tendance à se saboter ou se paralyser mutuellement, un risque de rapports de force non avoués ainsi que des coalitions intergénérationnelles masquées qui rendent difficile l'endossement d'un rôle de leadership efficace. Ces mêmes dynamiques ont l'effet paradoxal de favoriser une grande stabilité conjugale avec un investissement plus marqué du rôle de parent (et de bon enfant de ses parents vieillissants) que du rôle de partenaire amoureux. Malgré les tensions et déceptions, les forces de cohésion et d'harmonie rendraient ces mariages plus durables que nombre de mariages moins rigides et plus assertifs.

Dans ce contexte, l'anorexie représenterait une recherche de contrôle, de pouvoir et d'individuation à un moment où les forces de cohésion menacées (par l'adolescence, le départ des aînés, le décès des grands-parents) sont à leur apogée. Tout en paraissant se conformer à la profession de foi de la famille, l'anorexique se désolidariserait en mettant ses parents en échec et en remettant en question le fonctionnement superficiellement stable et harmonieux de la famille. Les symptômes seraient également l'expression de l'implication de l'adolescente dans le jeu parental dysfonctionnel.

II-2-2 Les modèles thérapeutiques de l'école de Milan

L'objectif princeps de la thérapie ne serait pas d'éliminer le symptôme mais de construire des hypothèses éclairant la fonction des symptômes anorexiques au sein du système familial.

Pour ce faire, Selvini Palazzoli et al. (1980) préconisent l'utilisation de techniques d'entretien telles que la circularité et le questionnement circulaire ainsi que des modalités paradoxales, qui sont maintenant au cœur du courant de thérapie familiale dit systémique.

Ces techniques, loin d'être acquises et immuables, ont subi une évolution notable au sein de l'école de Milan, avec trois principaux courants thérapeutiques successifs : la méthode paradoxales, la méthode de la série des prescriptions invariables et celle du dévoilement du jeu familial.

1. La méthode paradoxale

Le travail thérapeutique s'est fondé d'abord sur la méthode paradoxale. Publié en 1975 dans sa version originale, le livre *Paradoxe et contre paradoxe* expose les techniques thérapeutiques mises au point par le groupe au cours de cette première phase d'application du paradigme systémique, qui consistaient en ce qui suit :

- la connotation positive du comportement de chacun des membres de la famille ;
- la reformulation paradoxale du jeu familial existant et sa prescription ;
- la prescription de rituels familiaux ;
- la règle visant à réserver un intervalle d'un mois entre chaque séance.

• La *connotation positive* est certainement la plus originale des techniques élaborées. Selon la théorie de l'époque, cette dernière mettait tous les membres de la famille sur un même pied d'égalité, évitant toute démarcation moraliste ou subjective entre bons et méchant, sains et malades. En renonçant aux critiques et aux jugements négatifs, surtout en ce qui concerne le comportement des parents, le thérapeute ne risque pas d'offenser qui que ce soit ni de briser l'alliance avec la famille. La connotation positive approuvait explicitement la tendance homéostatique dominante de la famille et visait implicitement à la rassurer quant aux intentions conservatrices des thérapeutes, tout en stimulant paradoxalement sa capacité à changer.

La connotation positive a par la suite évolué en empathie pour les souffrances vécues tant par la patiente que des autres membres de la famille, où le thérapeute se met à la place de chacun des membres, pour en comprendre les motivations par rapport à sa propre histoire, sans pour autant le décharger de sa responsabilité pour la souffrance infligée à autrui.

Le principe de neutralité, théorisé au cours de ces années (Selvini Palazzoli et al., 1980), invoquait une répartition « équidistante » de l'empathie du thérapeute entre tous les membres de la famille, remplacée plus tard par le terme d'« équiproximité ».

- La *reformulation paradoxale* est une forme particulière de connotation positive, qui prescrit à chacun des membres de ne rien changer à son comportement pour le bien d'autrui, soulevant la question des méthodes paradoxales, et qui vise à comprendre pourquoi une si puissante cohésion familiale, définie comme « bonne » par les thérapeutes, ne peut s'instaurer qu'aux dépens de la « patiente désignée » .

- Au nombre des autres techniques mises à profit peut être également cité la prescription de *rituels familiaux*, qui consiste en une communication implicite au terme de laquelle toute la famille se voit prescrire une série d'actions visant à substituer un nouveau code de comportement au type de relations habituels, sans recourir à aucune explication ni à de quelconques critiques.

Malgré l'influence évidente du modèle stratégique, le groupe de Milan en diffère en ce que le thérapeute dans ce dernier cas doit rester neutre, aussi bien dans le cadre de sa relation avec la famille (pas de prise de position) que dans l'idée qu'un changement doit se produire (et si tel est le cas, la direction qu'il doit prendre).

Une telle attitude thérapeutique, loin d'être nihiliste, se justifie par la conception de la famille comme un système homéostatique, vis-à-vis duquel la moindre pression externe orientée vers un changement va s'opposer à une contre-réaction du système visant à la maintenir inchangée, dans son état d'équilibre.

Les interventions sont aussi moins directives que dans le modèle structural, même si elles peuvent comporter des prescriptions de tâches qui visent à mettre en évidence, à partir des entretiens, les divergences entre chacun des membres. Ces nouvelles informations vont être autant de matière à réflexion et discussions sur eux-mêmes, leurs croyances ou bien leurs relations entre eux, dans une perspective de changement qu'ils pourront expérimenter par eux-mêmes.

Ceci permet d'éclairer la fonction des symptômes anorexiques au sein du système familial et de chercher les ressources pour un éventuel changement.

Par la suite, les postulats fondamentaux de cette méthode seront graduellement remis en question par leurs propres auteurs, pour deux séries de motifs interdépendants :

- La prise de conscience du rôle fondamental du thérapeute dans la « mise sous tutelle » des membres les plus « faibles », la neutralité pouvant être interprétée comme une alliance implicite avec les « dominants ».

- La réévaluation du concept d' « insight » : faire changer un patient sans qu'il comprenne ce qui lui arrive, comme dans la tradition pragmatique médicale (dont Milton Erickson, en 1967, fut l'initiateur sur le plan de la thérapie familiale) est apparu comme un appauvrissement inutile et déshumanisant de la thérapie.

2. La méthode de la série des prescriptions invariables

Au début des années 80, cette première équipe se scinda, et la nouvelle équipe de Selvini Palazzoli mis en œuvre une nouvelle stratégie thérapeutique nommée méthode de la *série des prescriptions invariables*, consistant à prescrire aux parents certaines attitudes dont ils ne doivent parler ni donner aucune explication aux enfants : par exemple, convoquer les parents seuls et leur demander de s'absenter de la maison sans donner aucun préavis concernant ces disparitions ni d'explications à leur retour, et de dire aux enfants que le médecin leur a demandé de garder le secret de ce qui se passe pendant les séances.

Cette méthode a permis de faire cesser le contrôle obsessionnel réciproque (escalade et instrumentalisation), qui, dans ce type de famille, masque le manque de confiance, d'empathie et d'intimité. Son intérêt structurel est évident, car, en démystifiant le jeu relationnel, elle favorise une solidarité accrue au sein de la fratrie tout en soudant très fortement le couple parental. Enfin, elle a fourni une mine précieuse d'informations sur les différentes réactions des membres de la famille, leurs positions spécifiques, et les dysfonctionnements importants qui caractérisent ces familles.

Parallèlement, Selvini Palazzoli et Viaro (1988) ont construit un modèle historique à 6 stades : prenant son origine dans le malaise réciproque du couple parental, ce modèle diachronique met en relief l'implication tout à la fois volontaire et forcée de la patiente dans

le système. Dans ce processus familial, le patient joue un jeu tacite où les pensées, émotions, besoins et buts sont dissimulés et par lequel il modifie les coalitions entre lui et les parents. L'enchevêtrement relationnel entre le patient et sa mère s'accompagne d'interactions familiales de plus en plus problématiques, ceci ayant pour résultat que l'adolescent perçoit un pouvoir que lui confèrent la maladie et un retour aux privilèges de l'enfance.

3. La méthode de dévoilement du jeu familial

L'abandon progressif de la méthode de la série des prescriptions invariables, du fait de son inefficacité dans certains types de famille (en particulier dans lesquelles domine l'hostilité), et du caractère restrictif de son application à certains cas de figure, a donné lieu à une réflexion autour d'une nouvelle approche, celle du *dévoilement du jeu familial*, qui repose sur deux postulats :

- la reconstruction du jeu familial,
- une série d'indications de nature non paradoxale, visant explicitement le changement souhaité.

Contrairement à la méthode paradoxale, celle-ci se caractérise par l'absence d'une quelconque connotation positive. Le thérapeute, tout en gardant une position neutre remettant en cause simultanément tous les membres de la famille, favorise également l'émergence des dysfonctionnements familiaux. Cette technique est beaucoup plus explicite et directe que les précédentes.

II-2-3 L'approche actuelle

Plus récemment, l'approche de Mara Selvini-Palazzoli a évolué vers une prise en compte plus marquée des réalités intra psychiques, à la fois individuelles et transgénérationnelles, dans ce qu'elle définit comme une « pensée par va-et-vient » ou « pensée multidimensionnelle complexe », qui consiste à mettre en lien des choix subjectifs sous-tendant une symptomatologie donnée avec l'histoire de la famille dans ses différentes intrications temporelles.

Cette réflexion autour de ces corrélations complexes est considérée comme unique et spécifique à une patiente et une famille particulière. Il s'agit d'une analyse au présent de la

personnalité de chaque membre, qui apparaît comme le fruit aussi bien des relations présentes que de l'histoire des relations passées.

L'intégration d'une pensée soulignant le mode de développement unique associé à chaque individu a permis l'émergence d'une pensée originale ainsi qu'une remise en question de l'ancien modèle qui s'attachait à classifier et uniformiser la personnalité anorexique, celle de ses parents et des jeux relationnels : « il existe une corrélation entre *une certaine constellation de symptômes accompagnant un type de trouble de la personnalité* d'une part, et *un certain type de famille* d'autre part, ce qui nous fait dire *qu'il est donc nécessaire de travailler sur trois pôles et non seulement deux*. Il ne peut y avoir de corrélation directe entre le symptôme et la famille. » (Selvini-Palazzoli et al., 2002).

Un détachement s'est donc opéré vis-à-vis d'un modèle plus médicalisant, causaliste et unidimensionnel, ainsi que des représentations typologiques des « jeux familiaux » et de la « personnalité anorexique » qui caractérisaient sa pensée théorique jusqu'alors (Selvini-Palazzoli et al., 2002).

Malgré cette distinction, l'auteur reste dans des considérations « pathogéniques », définissant le symptôme anorexique comme le « symbole de l'échec de la relation de nourrissage originelle ».

Dans cette lignée, elle identifie plusieurs formes d'attachements avec les figures parentales, selon la manière dont les fonctions parentales sont infiltrées par la problématique conjugale et par la fragilité personnelles des époux. Elle distingue ainsi un groupe A qui regroupe les anorexiques essentiellement attachées à leur mère, un groupe B dans lequel les patientes sont liées tacitement à leur père, ainsi qu'un groupe C, où les jeunes filles n'ont pu établir de liens affectifs stables ni avec le père ni avec la mère. Ce dernier groupe comprend en particulier les patientes dont le lien établi avec l'entourage est caractérisé par un isolement chronique. Ce regroupement sert de fil conducteur en thérapie familiale pour orienter le choix des personnes à convoquer : pour le traitement d'un anorexie de type A par exemple, un travail avec la mère, même seule, se révélera fructueux, contrairement à l'anorexique de type B.

Dans la continuité de cette classification, elle définit différents types de personnalité selon le type d'attachement aux figures de références :

- Le type dépendant, caractérisé par un attachement excessif à la mère ou à d'autres figures féminines (type A) : les patientes développent un attachement de type anxieux-ambivalent, et le symptôme apparaît comme une forme de revendication de leur autonomie.

- Le type état limite : ces patientes fondent leur propre croissance sur l'investissement paternel (type B), se défiant du rapport ambivalent et désorganisé qu'elles entretiennent avec leur mère. L'attachement au père est motivé par le besoin de trouver un point de repère stable dans un monde de relations affectives marquées par l'abandon et l'agressivité. Le contrôle alimentaire vise alors à stabiliser un monde intérieur chaotique et fluctuant.
- Le type obsessionnel-compulsif : ces cas sont caractérisés par des expériences d'attachement de type évitant, partiellement compensées par des phases d'attachement plus sûr. La relation avec la mère est marquée par la distance, l'incommunicabilité et l'inaccessibilité.
- le type narcissique : l'histoire de ces jeunes filles est marquée par des carences graves infligées très tôt dans l'enfance et des demandes constantes qui visent à faire trop précocement de l'enfant un adulte. Ces carences, accompagnées d'un attachement de type évitant, sont ensuite stabilisées par une éducation privée d'empathie.

Sur un plan thérapeutique, les objectifs sont définis comme suit par l'auteur : « aider la patiente à identifier ses propres besoins, à réintégrer sur le plan de la conscience ses perceptions personnelles, en l'aidant à exprimer ses propres demandes et critiques, en interagissant avec des figures significatives de sa vie et en s'appuyant sur le sentiment renouvelé de ses propres droits et valeurs, [...], d'accompagner l'enfant dans le processus de critique explicite, ciblée et constructive, de ses proches ».

Il s'agit d'une attitude thérapeutique cherchant avant tout à créer une alliance empathique avec la patiente, les parents et la fratrie étant quant à eux soutenus mais dans un but qui est de leur faire adopter, vis à vis de la patiente, une attitude calquée sur celle du thérapeute.

Elles se distingue de la démarche adoptée par d'autres thérapeutes (Bruch, 1983 ; Crisp, 1980 ; Garner et Benis, 1985) pour qui la condition préliminaire à la thérapie est de reprendre du poids, situation peu adéquate d'après l'auteur compte tenu du fait que l'on demande à la patiente de renoncer à sa défense avant même d'en avoir été soulagée (par le thérapeute et par les mouvements réparateurs de la famille).

II-2-4 Evaluation du modèle

La première étude ayant évalué un modèle thérapeutique familial inspiré de l'équipe de Milan a été réalisée par Stierlin et Weber (1987 et 1989). Les auteurs ont inclus 42 adolescentes (anorexiques et quelques boulimiques) et leur famille sur une période qui s'est étalée sur 10

ans. Les patientes étaient en moyenne âgées de 18,2 ans au moment de l'inclusion et le début des troubles remontait à plus de trois ans.

Après une durée de suivi allant de 2 à 9 ans (4,5 ans en moyenne), un peu moins de deux tiers des patientes avaient atteint un poids dans la norme et étaient réglées, alors que l'amélioration à la fin du traitement était modeste (20% seulement étaient dans la catégorie de devenir « bon ou intermédiaire »). Une amélioration dans les relations sociales (amicales et familiales) a pu être observée à la fin du suivi.

De leur côté, Mara Selvini Palazzoli et son équipe ont réalisé un suivi de 143 patientes anorexiques (restrictives : 60%, et boulimiques : 40%) ayant été traitées en thérapie familiale entre 1971 et 1987. L'évaluation s'est faite après une période de suivi allant de 8 à 24 ans (pour une moyenne de 13 ans et demi). Elle montre les résultats suivants : absence de symptômes anorexiques et psychopathologiques dans respectivement 89 et 64% des cas.

Les auteurs soulignent l'intérêt de promouvoir les interactions entre pairs et les changements relationnels qui sont fortement associés à une diminution des symptômes alimentaires.

II-2-5 Conclusions

A la différence d'approches familiales telles que celle pratiquée par Minuchin ou par l'équipe anglaise du Maudsley, les auteurs ne centrent pas la thérapie sur le symptôme alimentaire, « le fait de baser le « contrat » thérapeutique sur la prise de poids risquant d'engager un bras de fer stérile à propos du symptôme anorexique attisant les conflits *au sein* de la famille également, alors que le premier objectif thérapeutique consiste, au contraire, à *détourner* l'attention de la patiente et de ses proches du symptôme » (Selvini-Palazzoli et al., 2002).

Le principe de « non causalité » édicté par le modèle actuel de Selvini-Palazzoli et ses collègues nous paraît contradictoire avec ce que ce même auteur écrit dans le même temps au sujet de l'intervention thérapeutique sur la famille : « notre approche s'appuie donc essentiellement sur le *changement radical de la mère*.[...], l'une des méthodes envisageable vise à transformer sa dépression en une prise de conscience constructive,[...], puis à prendre en charge les besoins de sa fille, réparant ainsi le sentiment d'abandon et le manque de valeur qui la fait tant souffrir. » (souligné par nous).

Quant au travail avec les pères, il consiste également en une prise de conscience autocritique de sa responsabilité dans le vécu de sa fille et de son incapacité à comprendre les noyaux

psychiques douloureux de sa femme, même si les changements demandés auprès de celui-ci aussi bien que des autres membres de la famille sont subordonnés, d'après les auteurs, au succès du travail avec la mère.

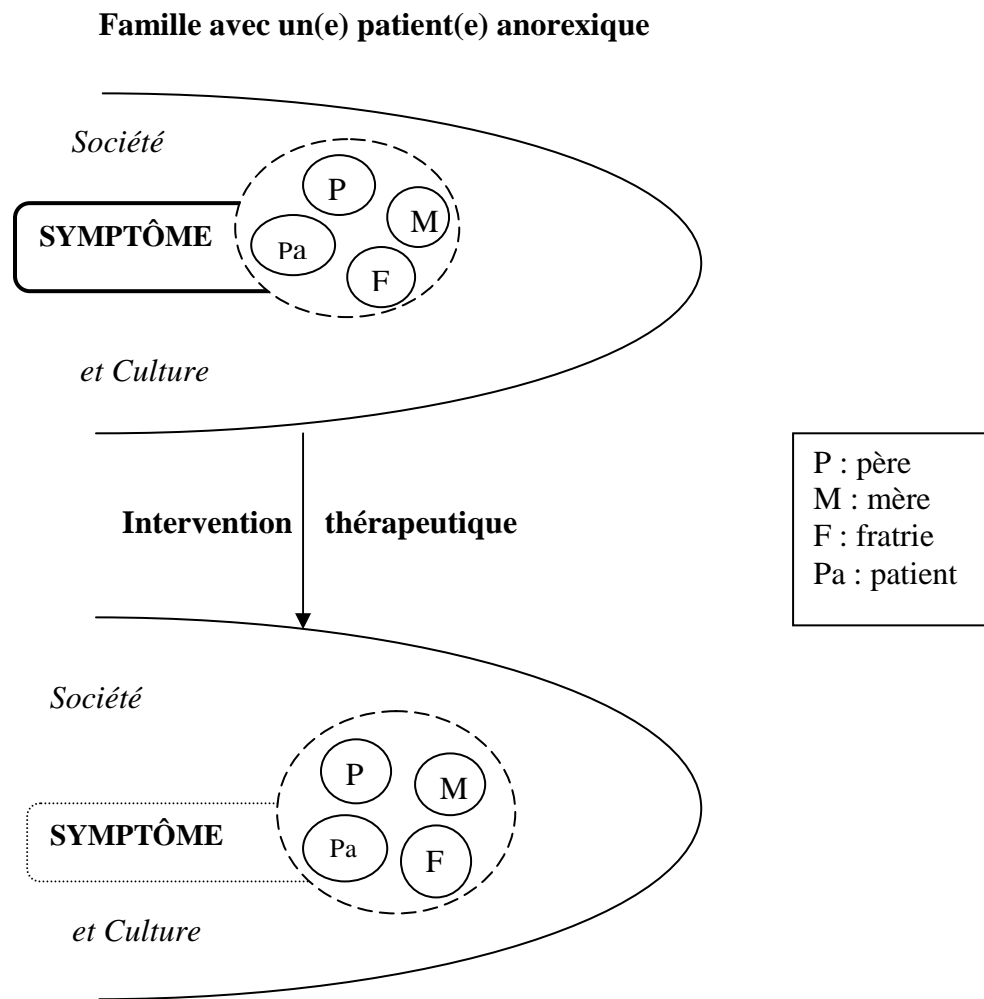
II-3 La thérapie systémique post Milan

Parallèlement, les théories développées par la deuxième moitié du groupe initial (Boscolo et Cecchin) puis par d'autres auteurs (Boscolo et al., 1987 ; Hoffman, 1985 ; Campbell et al., 1991 ; White, 1987) ont notablement enrichi les bases conceptuelles et pratiques de la thérapie familiale, avec une réflexion autour du concept de normalité familiale.

Influencés par les théories biologiques de Maturana et Varela définissant la réalité comme une réalité construite, dont la connaissance se fait au travers d'un processus psychologique et social de construction d'un sens, ces auteurs considèrent d'avantage les croyances et significations attachées à des comportements que par les comportements eux-mêmes. Les membres de la famille développent une compréhension (une « histoire »), décrivant leurs croyances et leurs attitudes. La maladie est intégrée et en quelque sorte co-crée par ce processus de construction.

La figure suivante montre une intervention du type post Milan, stratégie qui intègre une influence féministe (voir paragraphe III-2 : La thérapie familiale féministe) dont l'enjeu consiste à donner d'avantage de pouvoir au patient et à sa famille.

Figure n°3 : le modèle thérapeutique familial du type post milan (Dare et Eisler, 1997)



Dans ce modèle, le symptôme résulte d'un ensemble de constructions sociales telles que la nature de la féminité, la forme corporelle et le processus de développement de l'adolescence. Le thérapeute n'est pas tant un expert de la maladie qui aide le patient et sa famille à changer que celui qui facilite l'évolution des différentes significations (croyances et explications autour de l'origine de la maladie, interprétations des histoires personnelles et des relations interindividuelles) vers une version différente de la famille. Au lieu de promouvoir une autre réalité, qui serait considérée comme plus vraie ou saine, le thérapeute va aider chaque individu à questionner et explorer ses propres conceptions, et à assumer ses propres croyances aux dépens de celle que lui formate son milieu social.

Il s'agit là d'un changement majeur dans le rôle assigné au thérapeute, non plus considéré comme un observateur extérieur au système mais comme celui qui propose de se joindre au

système familial et lui permet d'observer et de modifier son propre fonctionnement (Hoffman, 1985).

II-4 Conclusions

Ces auteurs précurseurs, dont l'influence est toujours actuelle, ont mis en place un modèle de compréhension répondant à une étiologie familiale des troubles du comportement alimentaire, tout en justifiant et soutenant le rôle de la thérapie familiale dans cette perspective.

Bien qu'exprimés en des termes différents, les modèles familiaux de Minuchin et Selvini Palazzoli se rejoignent pour dépeindre la famille de l'anorexique comme fusionnelle et « centripète » (au moment particulier qu'est l'adolescence, où elle devrait être alors guidée par des forces plus « centrifuges » c'est-à-dire ouvertes vers l'extérieur), rigide, peu adaptable et valorisant le groupe familial plutôt que l'individu. Toutes ces transactions familiales considérées comme dysfonctionnelles doivent être abordées en thérapie familiale pour que la patiente puisse évoluer favorablement et de manière durable.

Les différences conceptuelles et thérapeutiques initiales sont le fait du parcours propre de chacun des auteurs, mais aussi certainement des populations différentes ayant fait l'objet de leurs études : le travail de Minuchin et de ses collègues a été réalisé avec des adolescents qui, pour la majorité, avaient une histoire des troubles relativement courte, contrairement à l'équipe de Milan qui recevait des patientes au long parcours de soins.

Ces modèles ont certes eu le mérite de resituer l'anorexie dans son contexte familial et de la conceptualiser en des termes plus circulaires et interactionnels, mais n'ont-ils pas dans une certaine mesure déplacé la responsabilité étiologique d'un membre de la famille à la famille entière ?

III. LES AUTRES COURANTS INFLUENTS

III-1 La thérapie familiale stratégique

Certaines des activités décrites par la thérapie familiale structurale s'attaquent directement au rôle du symptôme et dans ce sens sont considérées comme stratégiques. Parmi les collègues de Minuchin, certains sont ou ont été partisans de la thérapie familiale stratégique, tels Jay Haley et M.Duncan Stanton qui se sont intéressés aux patients dépendants et aux consommateurs de substance et à leurs familles. L'approche intégrative, structurale et stratégique de Stanton dans le traitement des troubles liés à l'usage de substances se rapproche du travail plus récent de certaines équipes sur les troubles alimentaires (voir plus loin le modèle du Maudsley).

Les modifications attendues du fonctionnement familial sont moins spectaculaires ici que pour les thérapies structurales : il s'agit d'offrir l'opportunité au patient et à sa famille d'entrer à nouveau dans des modes de vie adaptés à l'étape de leur cycle de vie. Même si le patient est étroitement lié à sa mère, leur relation n'est pas pour autant perçue comme une dysfonction.

La plupart des techniques décrites par les thérapeutes stratégiques cherchent à induire le changement, dans une perspective focalisée sur le symptôme. La prescription paradoxale fait partie des techniques les plus couramment pratiquées dans cette approche. Les exemples sont la prescription du « non changement pour le moment », les conseils au patient de mettre en acte des attitudes visant à défier les symptômes (lui conseiller de manger un peu plus pour renforcer sa capacité à s'opposer aux exigences de ses parents vis à vis de l'alimentation ; lui recommander de développer des secteurs où il pourrait manifester son entêtement et son obstination autrement que par l'amaigrissement). Le concept d'« épreuve thérapeutique » (terme introduit par Haley), même s'il n'est pas spécifique de l'anorexie mentale, est utile dans ce cadre du fait de sa conformité avec la dimension ascétique du patient.

D'autres aspects spécifiques de la thérapie stratégique divergent de ceux de l'approche structurale. En particulier, Haley (1973) maintient une approche « agnostique » concernant l'étiologie des troubles psychologiques.

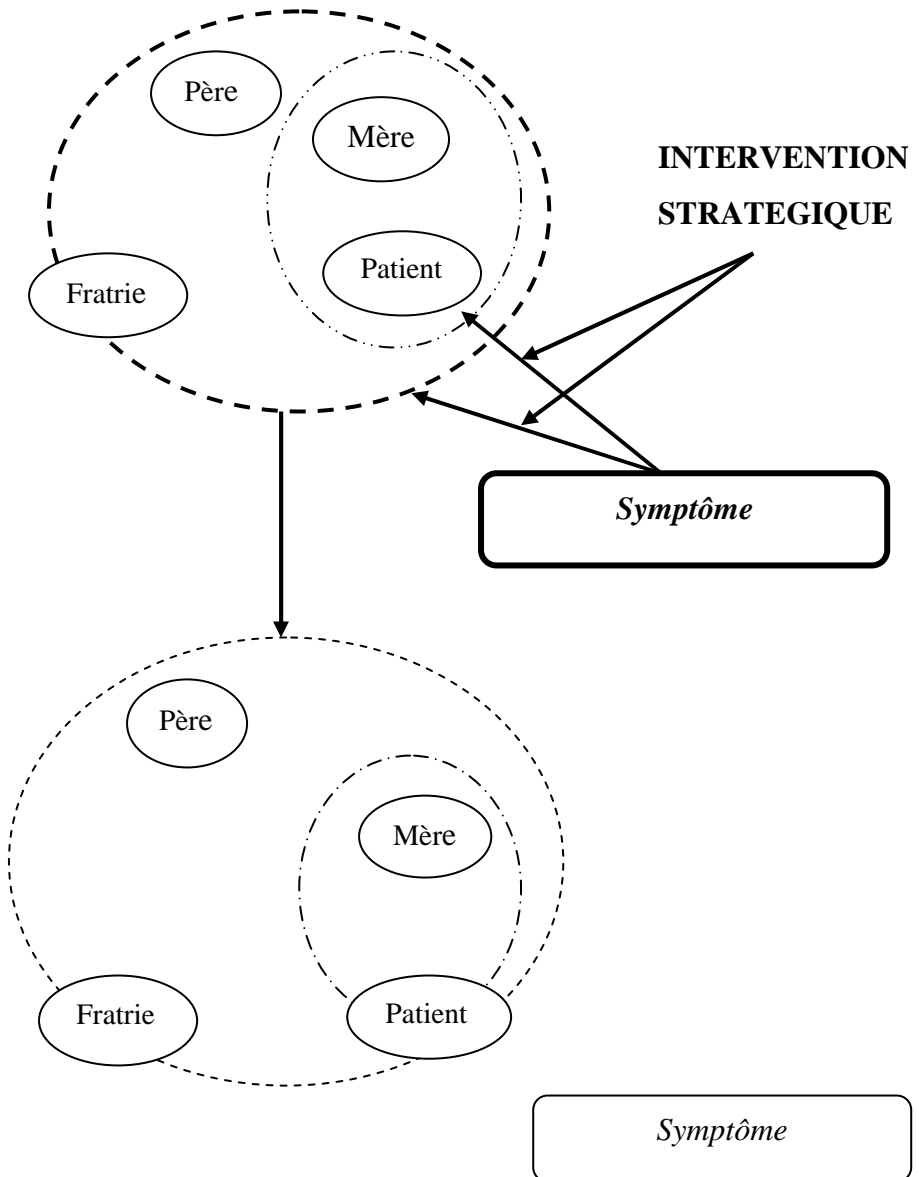
Ceci est illustré dans la figure suivante, où le symptôme est situé en dehors de l'individu et de la famille, non pour suggérer une origine externe du trouble mais pour faire ressortir le manque d'intérêt et le caractère spéculatif accordé à l'étiologie qui caractérisent le travail de Haley et de Madanes (1981) dans le traitement des troubles du comportement alimentaires.

Dans ce schéma, la configuration de la famille est la même que pour le modèle structural, avec une fratrie sur le point de quitter la maison, un patient très proche de sa mère. Même si les symptômes sont hors champ, ils ont un effet à la fois sur chaque individu et sur la famille dans son ensemble.

Le sens unique des flèches souligne l'impact fort de la maladie sur l'ensemble du système qui vient entraver le développement normal du cycle de vie, mais sans pour autant qu'il lui soit associé une fonction spécifique.

Les interventions visent à limiter l'impact du symptôme sur l'individu et sa famille, comme le souligne la persistance du symptôme, mais dans une forme atténuée : c'est moins l'éviction de la maladie qui est visée que l'influence de celle-ci sur les personnes, et notamment l'affaiblissement de son rôle tout-puissant dans la régulation relationnelle entre patient et famille.

Figure n°4 : modèle d'une intervention de type familiale stratégique (Dare et Eisler, 1997)



Les différentes techniques paradoxales ont parfois été critiquées du fait de leur caractère « sournois, manipulateur et irrespectueux » (Treacher et Carpenter, 1984), notamment lorsque le degré de gravité met en jeu le pronostic vital et plonge les parents dans le plus grand désarroi. C'est donc le devoir et la responsabilité du thérapeute d'être particulièrement prudent avec les patients et leurs familles.

III-2 La thérapie familiale féministe

La thérapie familiale féministe, sans être une école à proprement parler, a fourni plusieurs bases de réflexion importantes autour des modèles existants en général, et du travail avec les familles de patientes anorexiques et boulimiques en particulier.

La réflexion principale a trait aux critiques féministes autour de la position inéquitable de la femme dans la société. Le système social définit un mode de pensée largement répandu sur le rôle de la femme dans la société d'une part, et sur la demande de conformité à des normes d'attraction physique culturellement établies d'autre part. La pathologie anorexique serait étroitement associée à la culture dans la mesure où c'est elle-même qui définit et guide notre idéal de beauté, notre conception de la féminité et de la masculinité, les rôles et identités reliés à chaque sexe.

La famille, dans sa dimension pluri-générationnelle, est le lieu naturel privilégié de la transmission et de l'expression de ces valeurs et normes socioculturelles ainsi que des attitudes et comportements qui y sont rattachés. En particulier, la famille est le médiateur de prédilection auprès de la future adolescente des messages, souvent contradictoires, véhiculés par la société sur son identité et son futur rôle de femme : d'un côté, un rôle traditionnel de dépendance, de soumission et de disponibilité aux autres, et de l'autre réussite professionnelle, indépendance financière et épanouissement psychologique personnel.

Cette relecture sociale et familiale de la pathologie alimentaire est bien explicitée par Schwartz et Barrett (1988) : « nous voyons maintenant l'anorexie mentale et la boulimie non plus comme des habitudes alimentaires aberrantes mais comme des modèles rigides et extrêmes de pensée, de ressentie et d'interaction avec les autres. Ces modèles s'établissent à l'intérieur des contextes familial et socioculturel de l'individu ».

Toutes ces valeurs et exigences souvent paradoxales, mais aussi les pratiques éducatives qui s'y rattachent, contribuent d'une part à la construction d'un « moi féminin sexué » caractérisé par une faible estime de soi, un manque de contrôle, des sentiments d'incompétence et d'inefficacité, et forment d'autre part la matrice dans laquelle se développent les troubles du comportement alimentaire (Schwartz et Barrett, 1988 ; Luepnitz, 1988).

D'un point de vue fonctionnel, le trouble alimentaire viserait à la fois à maintenir un statut de dépendance et de fragilité, et à se construire un sentiment de pouvoir et de contrôle : « par conséquent, les troubles alimentaires maintiennent à la fois la position d'une personne

dépendante en besoin constant de soin et d'attention et la position d'être un démagogue tout-puissant. Ce moyen indirect de gagner du pouvoir et du contrôle, tout en restant secondaire, est conforme au message que la société a enseigné aux femmes, [...], une femme peut à la fois remplir des responsabilités excessives et des tâches sacrificielles tout en se voyant très peu récompensée.[...]. Les conséquences physiques qui résultent à la fois de l'amaigrissement et des conduites purgatives créent un système reposant sur le déni dans lequel la personne renie la faim, ses besoins mais aussi ses sentiments et émotions. Par conséquent, elle peut s'occuper des besoins des autres tout en déniaient les siens. » (Schwartz et Barrett, 1988).

Pour Benjamin, ces jeunes patientes sont submergées par les demandes des autres au point que leur essence propre est tenue d'être niée et disqualifiée. Défendre leur condition anorexique devient le seul moyen de se protéger de la soumission aux autres.

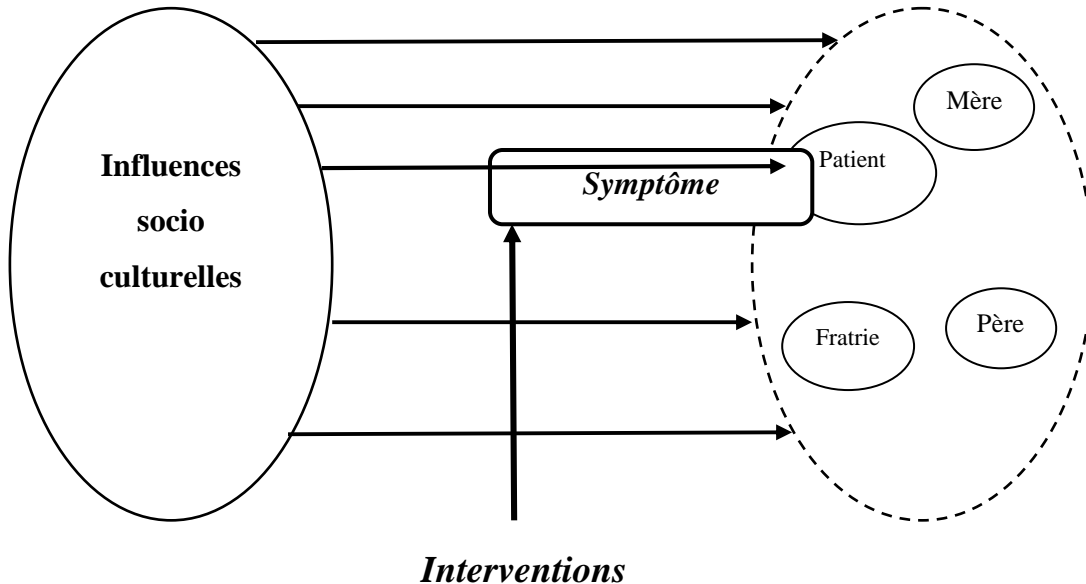
Les attentes socioculturelles qui reposent sur les femmes sont particulièrement importantes au passage de l'adolescence. Comme le remarque Ussher (1989), lorsque la jeune fille adolescente regarde son corps changer, elle le compare à une certaine norme de beauté qu'elle a intériorisée, se situant à une certaine distance de celle-ci. Dans le cas le plus extrême, ce mode de rapport à une réalité intériorisée, s'il est associé à une perte de contrôle, peut donner lieu à une pathologie alimentaire.

Le modèle répandu de la famille d'anorexique « pathologique » ou « dysfonctionnelle » renvoie pour ces auteurs à la question de savoir quel style d'organisation familiale est juste et comment cette exactitude peut être définie.

Les féministes reprochent également aux approches structurales et stratégiques d'attribuer un rôle tout puissant au thérapeute. Elles considèrent le rôle du thérapeute comme devant maintenir une position neutre, placée sur un même plan hiérarchique, et donc de pouvoir, que le patient, favorisant des formes de partenariat et de collaboration plus souples avec la famille, en respect de ses compétences propres.

La figure suivante montre l'approche féministe des troubles du comportement alimentaire : la famille est représentée par les nombreuses flèches qui émanent de l'ellipse représentant les influences sociétales, irradiant le système perméable de la famille. Le symptôme est situé en dehors et dans la famille, recouvrant le patient. Les interventions ciblent les moyens par lesquels la culture est exprimée.

Figure n°5 : un modèle d'intervention d'une thérapie familiale de type féministe (Dare et Eisler, 1997)



L'impact des théories féministes a moins été de définir des techniques spécifiques que de développer des attitudes thérapeutiques de sensibilité aux rôles de fille et de femme (et de garçon et d'homme) dans la famille, de recadrage dans un contexte social plus large des relations et distributions de pouvoir entre les hommes et les femmes dans la famille, d'écoute des affects familiaux, et plus généralement d'analyse explicite des croyances familiales régies par l'identité sexuelle.

En reformulant certains dysfonctionnements familiaux en termes d'exigences de rôles plutôt que de pathologie individuelle ou interpersonnelle, ces attitudes thérapeutiques luttent contre le stéréotype de la mère responsable et coupable et optimisent les liens entre mère et fille.

VERS UNE REMISE EN QUESTION DES MODÈLES CLASSIQUES

I. Variabilité des descriptions

I-1 Les patientes

Cliniquement d'abord, l'anorexie mentale se caractérise par une diversité importante, qu'il s'agisse de l'âge de début des troubles (anorexie dite prépubère, anorexie à début tardif), de l'aménorrhée (qui précède la perte de poids dans 10 à 30% des cas ou au contraire apparaît tardivement, alors que la perte de poids est déjà importante), des comportements pathologiques (hyperactivité, conduites boulimiques, usage de laxatifs et vomissements inconstants), de la personnalité sous-jacente (type obsessionnelle, narcissique, limite ou hystérique-dépendante), du niveau de développement du moi, du développement psychosexuel, des compétences sociales et scolaires, etc... Les descriptions sont tout aussi différentes après la guérison : certaines sont studieuses, déterminées et généralement compétentes, tandis que d'autres apparaissent inhibées.

Des tentatives de regroupement des patientes anorexiques ont été faites, selon les traits psychopathologiques : Selvini Palazzoli (2002) les répartit initialement en deux groupes (A et B) selon le type d'alliance avec les figures parentales, qu'elle requalifiera ensuite comme des réponses trouvées au besoin d'attachement. Une troisième catégorie a été définie par la suite (groupe C) pour les sujets n'ayant pu établir de liens affectifs stables avec les parents. Il est remarquable de voir que ces descriptions nosographiques se font dans une perspective à la fois intersubjective et transgénérationnelle.

A cette diversité se rajoute la variabilité clinique au cours du temps chez une même patiente, ainsi qu'une évolution de la signification des symptômes au cours du temps (contrôle sur l'environnement au travers de l'amaigrissement, puis aliénation par le symptôme vis-à-vis duquel la patiente se retrouve impuissante).

I-2 Les parents

I-2-1 Les descriptions cliniques dans la littérature psychanalytique du 20^{ème} siècle

Les *mères* de patientes anorexiques ont été au centre de la plupart des descriptions. Elles sont décrites comme anxieuses et hypocondriaques, utilisant volontiers leur enfant comme une valorisation narcissique d'elles-mêmes. L'intérêt dans l'apparence physique de l'enfant est excessif. Tantôt surprotectrices, intrusives, contrôlant leur fille (Laporte et al., 2001) et ayant des difficultés à percevoir ses besoins propres, tantôt « froides », peu intéressées par la rêverie, l'imaginaire, valorisant chez leur fille l'aspect opératoire, ou bien affectueuses et protectrices par rapport au père (Chuchra et al., 2006).

Pour Selvini palazzoli (2002), la mère est située aux confluent de facteurs sociaux, culturels et familiaux caractéristiques d'une certaine époque, qui conditionnent un statut maternel caractérisé par une forte implication émotionnelle en famille, un partage différencié des coresponsabilités et une certaine forme d'isolement par rapport au réseau familial et social. Certains traits tels que le sens du sacrifice et la conformité à « ce qu'une mère doit faire » sont retrouvés. Elle entretient une relation très étroite avec sa fille qu'elle tend à soumettre par une anticipation exagérée de ses besoins qui la privent d'autonomie. D'une telle configuration familiale, il résulte pour l'enfant une mauvaise différenciation d'avec sa mère, son corps étant vécu comme en symbiose avec elle.

Rappelons certaines conclusions parmi les nombreux écrits d'auteurs d'orientation psychanalytique ayant écrit à ce sujet. Masserman, puis Lorand ont décrit la mère comme le personnage « fort » de la famille, exacerbant en les frustrant les désirs oraux d'appropriation, et renforçant le surmoi archaïque. Warren et Sours complètent ces descriptions en insistant sur l'anxiété et l'hypochondrie des mères. Sours met en évidence l'investissement narcissique de l'enfant par ses parents, avec notamment une valorisation exagérée des performances scolaires aux dépens de toutes les formes d'expression personnelle.

Lebovici et Boutonnier soulignèrent, en 1948, la gravité du conflit avec la mère dès les premières années de vie avec une frustration au stade oral passif.

Selon Laboucarié et Narrés, l'attitude générale des parents conditionne une dépendance exagérée qui s'oppose au besoin d'autonomie de la jeune fille. Cette situation pathogène peut être le fait des deux parents ou être avant tout liée à un excès de protection ou un défaut de présence affective de la mère, l'image paternelle étant trop forte ou trop faible.

Enfin, il faut signaler les observations faites par Millard et ses collègues au cours des entretiens hebdomadaires et des groupes de familles auxquels participaient les malades quand leur poids était jugé insuffisant : ils décrivent un souci exagéré des apparences extérieures avec une rigidité et une méfiance à l'égard des sentiments positifs considérés comme une perte de contrôle. Selon eux, les mères sous une apparence de passivité et de déférence envers leur mari, sont les détentrices du pouvoir (Brusset, 1977).

Les *pères* ont été l'objet d'une attention certaine, bien qu'à un moindre degré par rapport aux mères. En effet, comme dans d'autres affections psychiatriques, les mères focalisant les discours, parfois dommageables, ils sont restés longtemps à l'arrière-plan, négligés voire négligeables. Aujourd'hui, certains y verraient un curieux signe de respect, ou peut-être d'intouchabilité de la figure paternelle d'autrefois (Bochereau, Corcos, 2008). Selvini Palazzoli (2002) les décrit comme d'avantage carencés que leurs épouses, avec une personnalité marquée par l'efficiace et l'indépendance contrastant avec un besoin important de soutien et de présence de la part du conjoint. Les relations transgénérationnelles sont caractérisées par une idéalisation forte, en lien avec des aménagements défensifs.

Ailleurs, ces derniers seront plutôt chaleureux, volontiers permissifs et effacés, intervenant peu dans les décisions familiales : les silhouettes des pères se sont dessinées au fil du temps. Ainsi, en 1962, Doumic croque le portrait type du père de l'anorexique, effacé, s'évadant dans son travail, fuyant vis-à-vis de ses enfants. Puis Launay distingue 4 portraits : le père faible, exclu ou s'excluant de la famille ; le père autoritaire, tyrannique, hostile ; le père maternel ; le père idéalisé, inaccessible. Fait important, ces pères semblent habituellement tenir une place satisfaisante avant la puberté. C'est à partir de l'adolescence qu'ils montrent des difficultés à accompagner leur fille et à « tendre la main au futur fiancé ». Il existe souvent un lien père-fille teinté de grande connivence. On a aussi parlé de « pères maternisés » (Kestemberg et al., 1972). E. et J.Kestemberg et S.Decobert ajoutent un point de vue dynamique, observant un fréquent mouvement de « maternisation » du père : par son attitude d'opposition, la jeune fille conduit son père non pas à énoncer autoritairement sa volonté mais, au contraire, à assouplir interdictions et exigences...posées par la mère ; il joue ainsi un rôle de « bonne mère » tandis que s'exacerbe la tension entre mère et fille. Autre cas de figure : la mère devient le relais par lequel père et fille communiquent, le père est alors d'avantage un objet de la mère que l'instance tierce à qui se référer.

D'autres auteurs ont fait le lien entre l'impulsivité, préexistante à la maladie, des patientes anorexiques boulimiques et certaines caractéristiques paternelles telles que des

préoccupations excessives autour de la discipline et du contrôle de soi (dimension obsessionnelle forte) et une propension à développer des troubles affectifs : ces pères seraient menacés par l'amélioration clinique de leurs filles qui impliquerait la réémergence et la maîtrise de l'impulsivité ancienne de leur fille, source d'anxiété et de dépression, les troubles alimentaires étant fortement corrélés à la morbidité psychologique parentale et familiale (Crisp et al., 1974).

Schématiquement, il semble que plus le père existe (sans excès), meilleur est le pronostic. Aux pères-ours, schizoïdes, repliés, absents, apeurés ou ennemis de la gent féminine, correspondraient les anorexiques les plus dépressives, les plus résistantes, les plus restrictives et monolithiques. Aux pères « contre-oedipiens », passionnés jusqu'à accaparer les soignants, voire les attaquer en justice, les plus hystériques, boulimiques plus ou moins vomisseuses, promptes aux passages à l'acte, révélant avec complaisance l'appétit que dissimulait leur attitude antérieure (Bochereau, Corcos, 2008).

I-2-2 Les études empiriques

Les parents d'anorexiques ont fait l'objet de nombreuses études autour de leur psychopathologie et de leur personnalité, avec comme hypothèse sous-jacente qu'il pourrait en ressortir un profil et une typologie particuliers.

Ainsi, plusieurs études ont examiné les antécédents psychiatriques des membres des familles présentant une anorexie restrictive. Certains auteurs rapportent un taux plus élevé de troubles affectifs ou de problèmes d'alcool ou de drogue chez les parents de ces femmes comparativement à la population en général, et soulignent la grande vulnérabilité de ces familles à la psychopathologie (Lilenfeld et al., 1998 ; Strober et al., 1990).

Selon certains auteurs, les symptômes (anxiété maternelle, dépression paternelle) traduiraient une fonction protectrice du symptôme anorexique pour l'un des parents voire les deux, surtout quand la relation conjugale est fragile et menacée par l'autonomie des enfants (Crisp et al., 1974).

A l'opposé, les parents des jeunes femmes anorexiques restrictives étudiés présentent parfois moins de symptômes que dans une population psychiatrique « ambulatoire » (Ravi et al., 2009) ou bien ne diffèrent pas de ceux des jeunes femmes témoins au niveau de leur santé mentale (Steiger et al., 1995 et 1996 ; Garfinkel et al., 1983).

De même, certains rapportent une fréquence plus élevée d'anorexie ou de boulimie ou de dysfonctions alimentaires atypiques chez les membres des familles anorexiques lorsqu'elles sont comparées à des familles témoins et prônent une agrégation familiale de cette maladie (Lilenfeld et al., 1998 ; Strober et al., 1990 et 2000).

D'autres auteurs ne rapportent pas plus de psychopathologie alimentaire (préoccupations diététiques, contrôle pondéral, insatisfaction corporelle, idéal de minceur, surestimation de leur poids) chez les parents comparativement à des familles témoins (Garfinkel et al., 1983 ; North et al., 1995 ; Steiger et al., 1995).

Certaines difficultés familiales (prédominantes du point de vue des mères et de leurs filles) autour de l'identification et la résolution de problèmes, de l'attribution des rôles respectifs, et de troubles dans la communication et l'expression des affects, ont pu être mises en évidence (Garfinkel et Garner, 1982 ; Garfinkel et al., 1983). Cependant, les auteurs ne concluent pas à l'implication de ces perturbations dans la pathogenèse de la maladie, soulignant la difficulté de distinguer facteurs de risques préalables et conséquences des troubles sur le fonctionnement familial.

Au total, il ressort de ces descriptions une diversité importante, n'allant pas dans le sens de caractéristiques stables retrouvées chez chacun des deux parents (Dally, 1969 ; Yager, 1982). De plus, la variabilité des critères diagnostics utilisés, et parfois leur manque de précision, limite l'interprétation de ces essais, certains auteurs parlant de « perturbation émotionnelle », d'autres de « perturbation affective », d'autres de « névrose » ou de « psychose », d'autres de « tempérament » ou de « personnalité ». Le caractère plus ou moins contrôlé de ces études, la variabilité des échantillons et du degré de gravité des patients vont également dans ce sens.

I-3 La famille et les relations intrafamiliales

I-3-1 Au niveau conjugal

Certaines descriptions ont mis en avant conflits et insatisfactions (Kalucy et al., 1977 ; Dally et Gomez, 1979 ; Crisp et al., 1980), et ont vu dans le symptôme alimentaire un moyen de dilution du conflit, le patient devenant rapidement l'objet central d'un mode de transaction familiale. Les parents seraient réticents à assumer leurs responsabilités, justifiant leurs

propres décisions par rapport à l'autre et se vivant comme victimes, sacrifiés pour le bien des autres (Selvini-Palazzoli, 1978).

Il existerait un déséquilibre et une insatisfaction importants, l'épouse étant dans une adéquation excessive aux désirs de son mari, alors que les besoins individuels inassouvis pénalisent les velléités d'autonomie et l'exploration de nouvelles modalités relationnelles. La crise conjugale est rarement vécue de manière explicite (Selvini Palazzoli, 2002).

L'interprétation de ces résultats est cependant limitée par l'ancienneté des études et par l'absence de groupe contrôle, c'est-à-dire un groupe de parents soumis à une situation pathogène chronique, telle que peut l'être l'anorexie mentale. D'autres auteurs ont également opposé à ces descriptions leur absence de légitimité éthiopathogénique, dans la mesure où la guérison n'est pas résolue par une meilleure harmonie conjugale ni par une interruption du conflit (Dally et Gomez, 1979).

I-3-2 Au niveau familial

1. Les études empiriques

Les descriptions des familles d'anorexiques se sont considérablement développées dès le début des années 70, souvent dans la lignée des descriptions princeps de Minuchin, autour d'une théorie selon laquelle les familles de patients anorexiques et boulimiques avaient des qualités et fonctionnement spécifiques, et dans l'hypothèse d'une pathogénie familiale.

On peut distinguer d'une part des descriptions isolées de familles de patientes anorexiques et d'autres part des études comparatives entre familles d'anorexiques et familles dont les membres sont dépourvus de tout symptôme psychiatrique.

- Les premières montrent des familles typiquement perçues comme fusionnelles, rigides, vouées au sacrifice de soi et à la loyauté du groupe (Stierlin et Weber, 1989).

De même, les parents feraient preuve d'une méconnaissance de la réalité tant pour eux-mêmes que pour leurs enfants, contribuant à ce que leur futur enfant anorexique prenne difficilement conscience de ses sentiments et émotions propres (Garner et al., 1982). L'environnement familial apparaît ainsi peu propice à répondre aux besoins émotionnels et affectifs de leur

enfant, environnement qui contribue à renforcer des attitudes de contrôle et de restriction aux dépens de son autonomie et de son affirmation de soi (Strober et Humphrey, 1987).

- Les études comparatives sont très variables dans leurs méthodologies et au niveau des variables étudiées : il peut s'agir de la cohésion familiale, de l'expression des émotions, de la présence de conflits ou encore de la surprotection ou des soins prodigués par les parents (Kog et Vandereycken, 1989b ; Steiger et al., 1991 ; Stern et al., 1989 ; Waller et al., 1990a ; Wewetzer et al., 1996). A titre d'exemple, Humphrey (1989) a comparé les interactions entre des familles de patientes (anorexiques, boulimiques-anorexiques et boulimiques) et des familles dites « normales ». Les parents d'adolescentes anorexiques communiqueraient typiquement selon un double message d'attention affectueuse et de négligence des besoins de leur fille dans leur façon d'exprimer leurs sentiments. En retour, les jeunes filles sont partagées entre deux tendances : révéler leurs émotions et se soumettre à leurs parents.

Plus récemment, des essais se sont penchés sur certaines dimensions familiales spécifiques qui seraient impliquées dans la pathogénie de l'anorexie mentale dans ses aspects cliniques, tels que les dimensions de tempérament et de caractère (Fassino et al., 2002) ; les liens entre dépressivité maternelle et tendances ascétiques et sacrificielles des patientes (Bachar et al., 2008) ; les liens entre recherche de contrôle des patientes et hostilité maternelle (Chuchra et al., 2006) ; les perceptions autour des troubles (Salbach-Andrae et al., 2008) et des formes corporelles (Benninghoven et al., 2007) ; la transmission de croyances familiales et l'attribution de rôles (White et al., 1983).

Une étude qualitative particulièrement intéressante a mis en relief les processus d'attachement impliqués dans la dynamique relationnelle des familles d'anorexiques (Dallos et Denford, 2008). Elle fait ressortir des vécus relationnels conflictuels ainsi que des modes de communication flous et imprécis. Les adolescentes anorexiques apparaissent comme jouant un rôle pivot dans les tentatives de réparation des expériences infantiles négatives de leurs parents.

Cette liste non exhaustive montre à la fois l'intérêt qu'a pu susciter la famille de l'adolescente anorexique et la complexité des mécanismes en jeu du point de vue psychopathologique : l'étiopathogénie de l'anorexie mentale reste sujette à de nombreux questionnements, ce dont témoigne la diversité des thématiques étudiées et des angles d'approche utilisés.

2. *Les limites*

L'hypothèse tant d'une spécificité que d'une étiopathogénie familiale s'est heurtée à un certain nombre de limites :

- Au niveau méthodologique :

Les études réalisées sont peu comparables dans leurs recrutements, leurs modes de recueil d'informations (instruments variables, auto questionnaires ou observations directes, un seul ou deux parents évalués, fratrie inconstamment incluse), les dimensions étudiées, le mode de comparaison (groupe contrôle ou pas et/ou comparaison avec d'autres pathologies : sous catégories de troubles alimentaires, troubles « psychosomatiques ») et les populations étudiées (type d'échantillon, âge des sujets, nombre restreint, degré de sévérité, chronicité, stade de la maladie).

De même, l'ensemble des observations a été réalisée seulement après l'apparition des symptômes, c'est à dire d'un *point de vue rétrospectif*. Or, la dynamique familiale étant fortement influencée par les préoccupations autour de la santé de la jeune fille, il est difficile de faire la distinction entre les antécédents de la maladie et ses conséquences.

- Au niveau des résultats:

Parmi les études inscrites dans la lignée des descriptions classiques, la configuration psychosomatique ou anorexigène s'est montrée parfois incomplète (Crisp et al., 1980), d'intensité modérée (Kog et al., 1987 ; Kog et Vandereycken, 1989b), ou absente pour certaines familles (Humphrey, 1986, 1987), voire opposée aux descriptions de Minuchin ou de Selvini Palazzoli puisque certaines d'entre elles relèvent un profil de famille distante/désengagée et conflictuelle /désorganisée, inverse du profil attendu d'enchevêtrement rigide.

Selon Kog et al. (1987), les familles d'anorexiques se rapprochant le plus du modèle psychosomatique seraient des familles dites intactes et relativement saines d'anorexiques restrictives, jeunes et non chronicisées, une observation intéressante dans la mesure où Minuchin a principalement travaillé avec ce type de familles.

De la même manière, un nombre important d'études récentes et plus rigoureuses n'ont révélé aucune différence notable entre les familles d'anorexiques et les familles témoins au niveau de l'organisation familiale, des interactions, de l'implication affective ou de la présence de conflits (North et al., 1995 ; Russell et al., 1992b ; Thieneman et al., 1993 ; Wonderlich et al., 1990), alors que d'autres repèrent une grande hétérogénéité d'une famille à l'autre (Laporte et al., 2001 ; Roijen, 1992, Wallin et al., 1996).

De même, et contrairement aux attentes, les auteurs n'ont pas retrouvé d'attitudes anormales autour de l'alimentation dans ces familles (Steiger et al., 1995) alors qu'un lien conséquent avait été mis en évidence entre les préoccupations alimentaires des enfants et de leur parents dans des populations dites « normales » (Hill et al., 1990).

De nombreux auteurs ont ainsi suggéré que la diversité des fonctionnements retrouvés était trop vaste pour qu'on puisse considérer un type de psychopathologie familiale comme étant spécifique à cette maladie car ni la présence systématique de perturbations familiales, ni l'existence d'un profil type de famille anorexique (lorsque ces perturbations étaient présentes), n'ont pu être confirmées (Bliss, 1960 ; Crisp et al., 1974 ; Kalucy et al., 1977 ; Dally, 1979 ; Sours, 1980 ; Yager, 1982 ; Colahan et Senior, 1995 ; Dare et Eisler, 1995 ; Eisler, 1995 et 2005 ; Vandereycken, 2002).

Le rôle de la famille dans l'échec thérapeutique et la perpétuation des troubles est tout autant discuté, tel que Dare et ses collègues (1995) l'ont souligné en reliant l'échec de la thérapie familiale pour certains patients à des facteurs cliniques plus qu'à des dysfonctions familiales, sur la base des conclusions d'un essai thérapeutique (Russell et al., 1987).

L'ensemble des résultats des études empiriques ne confirme donc pas l'hypothèse de caractéristiques spécifiques dans les familles de patientes anorexiques. Au contraire, celles-ci semblent caractérisées par une grande diversité de types et de niveaux de qualité de fonctionnement familial ne correspondant pas toujours aux dysfonctionnements décrits par les premiers modèles systémiques et se situant pour la plupart dans une zone considérée comme « non pathologique » selon ces modèles.

- Au niveau de l'interprétation des résultats :

a) Il existe des désaccords entre les différents auteurs quant à la *signification des modes de fonctionnement* retrouvés. Pour les uns, les dysfonctions familiales pourraient être le reflet

d'une prévalence élevée de troubles psychiatriques chez les parents de premier degré (Strober, 1982 ; Humphrey, 1986), pour d'autres, ces troubles n'ont pas été identifiés (Stern et al., 1984 et 1989).

De même, alors qu'une plus grande proximité relationnelle avec la mère par rapport au père est rapportée par certaines patientes, des auteurs soulignent la prédominance actuelle des mères dans les soins apportés aux enfants ainsi que dans « l'aspect émotif de la vie familiale » de façon encore disproportionnée comparativement aux pères, malgré leur présence plus importante depuis les deux dernières décennies (Laporte et al., 2001). Ceci pourrait expliquer certains des résultats sans que l'on puisse parler de caractéristiques propres aux familles dans lesquelles se développe l'anorexie.

La transmission « maternelle » des préoccupations autour de la nourriture et de l'image corporelle a également été avancée, du fait de leur rôle prépondérant dans l'alimentation et l'acquisition des sensations corporelles, avec un risque de confusion entre dimension familiale ou transgénérationnelle et facteur de risque développemental (Steiger et al., 1996).

b) *Le lien entre dysfonctionnement familial et sévérité des troubles* n'est pas toujours retrouvé (Wallin et al., 1996, Ravi et al., 2009), tout comme celui entre l'amélioration clinique des patientes et celle du fonctionnement familial (Gowers et North, 1999). Des études contrôlées n'ont pas confirmé d'effet influent de la psychopathologie parentale sur l'évolution clinique de la patiente (Lock et al., 2005 ; Lock et al., 2006).

Lorsqu'une normalisation clinique et familiale en parallèle est retrouvée, il n'est pas toujours possible de savoir si les changements au niveau familial sont une conséquence d'un traitement systémique ou d'un mieux être de la patiente (Wallin et al., 2002).

c) Les résultats renvoient souvent à des *concepts différents*, même s'il existe des points communs entre eux. Par exemple, Minuchin et Selvini palazzoli se réfèrent tous deux à la « rigidité » de ces familles, mais alors que le premier parle de rigidité dans la manière de résoudre les problèmes, la deuxième décrit une rigidité intergénérationnelle, un refus de renoncer à un aspect de la vie de famille qui est devenu culturellement archaïque.

d) Ces aspects peuvent éclairer le clinicien sur le mode de déclenchement et de maintien des symptômes mais non sur les *mécanismes étiologiques et « intermédiaires »* donnant lieu à la psychopathologie du trouble alimentaire. Comme le souligne Eisler (2005), ces

caractéristiques ne répondent pas à la question des conditions nécessaires au développement du trouble et ne fournissent pas une base solide pour identifier des cibles thérapeutiques.

De même, certaines études sont sous-tendues par l'hypothèse qu'un même trait observé chez l'adolescente et un autre membre de la famille (attitude alimentaire déviante par exemple) est de nature familiale et traduit de fait une relation de cause à effet dans l'apparition des troubles (Steiger et al., 1996) alors que cette similitude psychopathologique peut être expliquée par des mécanismes et processus variés : effets du patrimoine génétique, influence d'un environnement partagé, héritage de traits psychologiques associés à un risque particulier, effets d'induction et de généralisation psychosociale (Strober et al., 1990).

e) *Le sous-bassement théorique des auteurs* menant les études influence fortement la lecture et l'interprétation de certains aspects, par un processus d'attention sélective. Si notre hypothèse de départ est celle d'une organisation familiale dysfonctionnelle associée à l'anorexie, nous chercherons en premier lieu le(s) dysfonctionnement(s) existants et auront toutes les chances de le(s) trouver.

Ainsi, des familles qui expriment moins de désaccord que les familles « normales » sont cataloguées comme évitant les conflits, celles qui montrent une plus grande stabilité par rapport aux groupes contrôles sont étiquetées comme rigides, et lorsqu'elles se perçoivent comme plus cohésives que d'autres, ceci est lié au déni, caractéristique de ces familles (Kog et Vandereycken, 1989b), en référence aux concepts de Minuchin et al. (1978). Alors qu'une vision parentale moins « critique » de sa propre famille peut tout aussi bien correspondre à un idéal familial et coïncider avec une prise de conscience des difficultés de leur enfant.

Réciproquement, le regard plus critique des adolescents par rapport à leurs parents n'est pas spécifique de cette maladie (North et al., 1995) et pourrait être mis en relation avec une plus grande perspicacité de ces patientes par rapport à leur parents (Waller et al., 1990b).

De la même manière, on a souvent pu souligner une plus grande proximité entre les jeunes patientes et leur mère alors que cet aspect pourrait s'intégrer dans le contexte social où les mères gardent fréquemment une relation privilégiée avec leur fille.

f) *La non spécificité du modèle psychosomatique* : les perturbations proches de la constellation décrite par les premiers systémiciens ne sont pas spécifiques des troubles des conduites alimentaires puisqu'on les retrouve dans d'autres affections psychosomatiques telles que la migraine, l'asthme et l'hypertension artérielle (Gustafsson et al., 1987b ; Stierlin et Weber, 1989 ; Wood, 1993), dans d'autres troubles psychiatriques tels que la dépression et

l'anxiété de séparation (Friedmann et al., 1997 ; Thienemann et Steiner, 1993), voire chez les familles d'enfants ayant une maladie médicale chronique comme le diabète et la mucoviscidose (Gustafsson et al., 1987a ; Wood et al., 1989).

g) Enfin et surtout, les relations décrites au sein de ces familles prennent un sens différent lorsqu'on les intègre dans le *contexte de la maladie* (voir paragraphe II : Importance de l'impact de la maladie sur le fonctionnement familial).

I-4 Conclusions

- La variabilité des descriptions issues des investigations empiriques témoigne d'une grande diversité, aussi bien au niveau du profil des patientes et de leurs parents que des relations et modes de fonctionnements familiaux, ne confirmant pas le lien étiologique entre fonctionnement familial et caractéristiques psychopathologiques parentales d'une part, et nature et gravité des comportements anorexiques d'autre part.

- Une explication possible d'une telle divergence empirique serait de considérer certaines dimensions ou traits comportementaux comme de nature familiale mais ne suffisant pas à expliquer le développement d'un trouble du comportement alimentaire. En d'autres termes, des enfants peuvent être exposés à certaines caractéristiques psychopathologiques familiales (intra et/ou intergénérationnelles) en lien ou non avec l'alimentation qui, associées à des facteurs de vulnérabilité (hérédité génétique, interaction avec l'environnement, influence des pairs, expériences de vie, pression sociale), pourraient rendre compte du développement ultérieur d'un trouble du comportement alimentaire.

- S'il ne semble pas y avoir de traits spécifiques à la « famille anorexique » (Dare et al., 1994 ; Rastam et al., 1991), les patientes tendent à être moins satisfaites (souvent dans le sens d'une grande distance dans les relations) et les familles plus en détresse que les familles contrôles sans pathologie chronique (Kog et al., 1987 ; Wallin et al., 1996).

De même, l'écart dans les perceptions respectives de certaines dimensions du fonctionnement par la famille et par le clinicien va dans le sens d'une plus grande difficulté dans la verbalisation et la gestion des émotions pour ces familles (North et al., 1995).

Mais ces traits et particularités ne peuvent être interprétés hors du contexte dans lequel ils sont observés, à savoir celui de l'apparition de la maladie, dont les conséquences touchent inévitablement la famille dans son ensemble.

II. Importance de l'impact de la maladie sur le fonctionnement familial

II-1 Importance de la réaction individuelle et familiale à un facteur de stress

Certains aspects retrouvés chez les familles de patientes anorexiques (manque de cohésion et d'expressivité) le sont également dans les familles soumises à un stress tel qu'un trouble psychiatrique chez l'un des membres (Moos et Moos, 1981). On peut dès lors s'interroger sur l'aspect réactionnel et adaptatif de telles caractéristiques.

En effet, toute organisation familiale est perturbée lorsqu'elle est soumise à un facteur de stress majeur tel qu'une maladie chronique invalidante en général (Bara-Carril et Nielsen, 2003 ; Eisler et al., 2003), et un trouble psychiatrique en particulier (Guethmundsson et Thomasson, 2002).

Ainsi, une famille considérée comme équilibrée pourra passer par différentes étapes avant de retrouver un état d'équilibre : la crise suscitée par la maladie peut créer une proximité relationnelle qui à l'extrême pourra donner lieu à un enchevêtrement des relations familiales. Par la suite, une rigidification dans la structure familiale permettra de stabiliser le système et réorganiser certains fonctionnements dans le quotidien, avant de retrouver un nouvel état d'équilibre.

A titre d'exemple, Steinglass et ses collègues (1987) ont décrit un processus similaire à celui observé dans les familles d'anorexiques dans les familles dont l'un des membres est alcoolique ou atteint d'une maladie chronique (Steinglass, 1998), et où ces familles passent par une réorganisation progressive en réponse aux comportements liés à l'éthylisme. Les préoccupations autour de la maladie prennent une place centrale et viennent altérer le quotidien de la famille, les processus de prise de décision ainsi que les comportements régulateurs, jusqu'à ce que la maladie devienne le principe organisateur principal de la vie de la famille. Alors que les familles essayent de minimiser l'impact de la maladie sur leur enfant

malade et sur les autres membres, ils ne font qu'augmenter leur attention sur l'ici et le maintenant.

II-2 Description empiriques du vécu familial face à l'anorexie mentale

Alors que le rôle de l'environnement familial sur l'apparition et la maintenance des troubles est fortement sujet à discussion du fait des divergences dans les points de vue théoriques et empiriques des auteurs, il ne fait aucun doute que les troubles du comportement alimentaire ont un impact majeur sur la santé physique et mentale des individus d'une part et sur l'environnement familial dans son ensemble d'autre part, les effets de l'amaigrissement étant bien connus et spectaculaires, au niveau corporel, thymique, comportemental et social (Vitousek et Manke, 1994).

Ce retentissement sur la vie familiale a été étudié par plusieurs auteurs (Santonastoso et al., 1997 ; Cottee-Lane et al., 2004 ; Treasure et al., 2001 ; Nielsen et Bara-carril, 2003 ; Haigh et Treasure, 2003 ; Perkins et al., 2004 ; de la Rie et al., 2005) qui ont souligné l'importance de la charge d'attention et de soins vis à vis de la patiente qui empiète inévitablement sur la qualité de vie de la famille, et ce à différents niveaux :

- Au niveau individuel

Les émotions traversées par les familles de patientes anorexiques au fur et à mesure de l'évolution de la maladie ont été l'objet d'un intérêt particulier du fait de leur caractère évolutif: les membres de la famille (notamment les parents) se disent tout d'abord inquiets, perplexes et souvent frustrés. Lorsque le diagnostic est posé, les parents expriment des sentiments aussi intenses que la culpabilité voire l'auto accusation d'être possiblement responsable de la maladie, fréquemment associés à la colère et l'aversion que la maladie soit là pour les punir. Les émotions et affects négatifs tels que des vécus de peur (pour leur fille mais aussi vis à vis de l'état de santé des autres membres de la famille), d'impuissance, de solitude, de confusion, de désespoir et même d'état de choc sont répandus parmi les parents ayant été interrogés (Gilbert et al., 2000 ; Highet et al., 2005 ; Treasure et al., 2003).

Les familles rapportent également une fatigue et un épuisement physique importants ainsi que des perturbations de l'état mental (anxiété, dépression, perte du contrôle émotionnel et comportemental), en rapport avec la maladie qu'elles qualifient de « charge » ou de « stress »

(Santonastaso et al., 1997), un des facteurs de stress perçus comme le plus important étant la crainte d'une dépendance à long-terme (Treasure et al., 2001 ; Haigh et Treasure, 2003).

- Au niveau conjugal

La situation est souvent source de tension et de prise de distance dans le couple (Vandereycken, 1994 ; Espina et al., 2003), celui-ci pouvant à l'extrême être remis en question (Gilbert et al., 2000).

- Au niveau familial

Les patientes sont souvent perçues par les parents comme à distance de la vie familiale, peu accessibles aux autres membres de la famille. Les pères se sentent rejetés par leur fille ou « effacés » par elles, alors que la fratrie peut reprocher à sa sœur de perturber la vie familiale et éprouver à son égard un sentiment de jalousie au regard de l'attention qui lui est accordée (Murphy et al., 2000), ou bien essayer d'être soutenant et protecteur avec elle. Les émotions sont là aussi très variables au fur et à mesure de l'évolution des symptômes, incluant l'inquiétude, la tristesse et la colère, pouvant donner lieu à une prise de distance avec leur sœur (Highet et al., 2005).

Plus généralement, la famille (Highet et al., 2005) et notamment les parents (Gilbert et al., 2000) ressentent une distance globale et un évitement des contacts entre les membres de la famille, alimentant parfois un favoritisme à l'égard d'un des enfants.

La vie familiale dans son quotidien est dans la majorité des cas profondément mise à mal par les symptômes alimentaires (Colahan et Senior, 1995 ; Highet et al., 2005 ; Santonastaso et al., 1997 ; Treasure et al., 2003).

- Au niveau social

Les remaniements du quotidien passent par une restriction des temps libres et de loisir (Highet et al., 2005 ; Santonastaso et al., 1997 ; Treasure et al., 2003), d'autant plus que la nourriture y est présente, ce qui implique que ce sont les repas en premier lieu qui sont scrupuleusement évités, aboutissant progressivement à une restriction des échanges avec l'extérieur et à un isolement social qui prive la famille d'une de ses ressources.

C'est tout à la fois la cohésion familiale et les relations inter individuelles qui se trouvent fragilisés.

II-3 Modalités de réponse familiale au symptôme alimentaire

Plus précisément, les symptômes suscitent de nombreuses contre attitudes, focalisées bien évidemment autour de la prise de nourriture : menace et séduction, prière et chantage, sollicitude et indifférence alternent dans le temps et d'un parent à l'autre. La fratrie peut participer à ce conflit, accusatoire le plus souvent. Brusset (1977) évoque la « demande paradoxale » que l'anorexique exerce sur la famille et surtout sur sa mère : la maigreur, le dépérissement suscitent un besoin culpabilisé de la nourrir, ce qu'intellectuellement l'anorexique refuse avec une extrême énergie, les parents pouvant se sentir coupables de laisser le corps de leur fille dépérir, mais aussi coupables des manœuvres de contraintes ou de séductions. Le lien de dépendance culpabilisé entre les divers membres de la famille ne fait que se renforcer.

Eisler (2005) a décrit certains des mécanismes observés parmi les familles qui font face à la maladie, remarquables par leur uniformité :

II-3-1 Rôle central des symptômes dans la vie familiale

L'impact de la maladie sur la famille est rapidement évident du fait de l'influence que les symptômes détiennent au sein du foyer. Les questions autour de la nourriture, l'alimentation et le poids dominant les pensées et le comportement du patient, mais aussi la vie de famille.

Les parents sont amenés à réaménager leur quotidien, passant par un abandon des activités sociales et un report des projets futurs. Les familles se retrouvent rapidement fragilisées dans leur identité, submergées dans leurs efforts pour répondre aux besoins prioritaires de la maladie, et dans l'incapacité de reprendre d'anciennes activités plaisantes. Les rapports deviennent axés autour de l'alimentation, la maladie devenant le « principe organisateur central » de la vie de famille, source de tension majeure, notamment lors des repas. Ces derniers sont un « champ de bataille » durant lequel la patiente renvoie à la famille des arguments implacables en réponse à ses diverses tentatives, et la repoussant dans ses retranchements. Des réponses rationnelles, en miroir, déclenchent un véritable bras de fer

autour d'un « combat pour le contrôle » qui vient renforcer les convictions « pro anorectiques » de la patiente et sa volonté de ne pas céder. La conséquence à cela est un sentiment de frustration, d'hostilité et de critique à l'égard de celle-ci qui s'en protège en se réfugiant dans le cocon sécurisant de la maladie où elle se retrouve de plus en plus isolée, ce qui vient renforcer encore d'avantage la place centrale qu'occupent les comportements alimentaires.

II-3-2 Rétrécissement du temps sur l'ici et le maintenant

Les conséquences physiques de la maladie s'accompagnent d'un niveau d'intensité émotionnelle élevé et donnent un sentiment d'urgence à l'intérieur du système familial. L'emprise de la maladie, les enjeux autour des repas qui ponctuent le quotidien rendent la famille incapable de se focaliser sur autre chose que le présent, un sentiment largement répandu étant celui d'une vie en suspens, d'une régression à une étape antérieure du cycle de vie, et d'une impossibilité de projection vers l'avenir.

L'inquiétude forte des parents associée à l'échec de leurs tentatives pour réalimenter leur fille aboutit à un état de stress durable qui pourrait s'apparenter à une hypervigilance « paralysante ».

II-3-3 Restriction du champ des possibilités d'interaction disponible

Alors que la maladie s'installe, l'ensemble du système doit s'adapter rapidement.

Tout d'abord, les parents tentent de raisonner leur fille, de l'encourager en se montrant sympathique et rassurant, de rendre les repas moins stressant par un aménagement des menus (adoption des habitudes alimentaires de la patiente au détriment de celles de la famille, évitement des situations désagréables pour leur fille telles que le restaurant), de mettre en place des stratégies attractives autour des repas (alimentation adaptée aux goûts de la patiente) et de la convaincre de manger en lui expliquant la gravité de la situation.

Des stratagèmes (supercheries, distractions, récompenses si prise de poids, etc..) visent à influencer leur fille, alors que d'autres parents vont utiliser l'autorité et la fermeté, la menace (d'hospitalisation notamment), rarement la force physique. La majorité des parents sont soutenant vis-à-vis de leur fille, cherchant à l'encourager et la reconforter, tout en mettant de côté leur propre colère ou leur désespoir (Honey and Halse, 2005). Ces différentes modalités

stratégiques, même si elles ont valeur d'adaptation et qu'elles peuvent s'avérer efficaces dans certains cas, sont rapidement vouées à l'échec, amenant la famille à restreindre ses possibilités d'action et d'adaptation.

Lorsque les cliniciens rencontrent les familles à ce moment là, leur impression est celle de relations intrafamiliales « gelées » par la crainte de s'éloigner d'un schéma établi de leur quotidien, ce qui pourrait être facilement identifié comme un manque de flexibilité voire une rigidité (Minuchin et al., 1978) ayant pu contribuer à l'apparition des troubles.

De même, la restriction du champ des possibles pourrait avoir valeur d'adaptation à la lumière du contexte de crise et d'emprise du symptôme sur l'ensemble de la famille, alors qu'elle peut aussi bien être perçue, en dehors d'un tel contexte, comme un évitement des conflits (Minuchin, 1978).

Alors que ceci pourrait être le cas pour certaines familles, il y a peu de preuve en faveur d'une généralisation des notions de rigidité ou d'évitement à l'ensemble des familles d'anorexiques. Ses membres se décrivent eux-mêmes comme limités dans leur possibilité d'action : la situation est vécue comme endiguée, et ce malgré leurs efforts, reconnaissant un besoin de changement mais s'en sentant incapable.

II-3-4 Amplification de certains aspects du fonctionnement familial

L'ajustement à une maladie grave s'accompagne d'un renforcement du mode de fonctionnement préexistant. Dans une famille où la fille est plus proche de sa mère que de son père, l'effet de la maladie peut s'accompagner d'un renforcement du lien mère-fille et d'un éloignement du père qui se retrouve dans une position périphérique.

Ainsi, une plus grande proximité entre l'adolescente et les figures parentales, proximité soutenue par un fort sentiment d'inquiétude, peut aboutir à l'extrême à un enchevêtrement de leur relation, enchevêtrement qui pourrait traduire l'effort d'un système familial « désengagé » afin d'augmenter sa propre cohésion.

De même, des divergences normales d'opinions entre les parents seront à même de devenir source de tension, surtout lorsqu'elles concernent l'attitude à adopter face à la maladie ou les limites à imposer : les parents se sentent fréquemment divisés dans leur autorité parentale. La polarisation des réactions familiales, la perception des clivages et conflits sous-jacents s'accompagnent souvent d'un sentiment de culpabilité, dont l'impact sur le fonctionnement familial est délétère.

II-3-5 Diminution de la capacité à identifier les besoins liés au cycle de vie

Le processus d'évolution et de progression au travers des étapes du cycle de vie est fortement embolisé par la maladie. Alors qu'ils sont à une étape de la vie où ils offrent d'avantage d'indépendance à leur fille, les parents vivent difficilement la « régression relationnelle » qui accompagne la maladie (Whitney, 2005).

Parallèlement, la fratrie peut se sentir oubliée, ne recevant pas le soutien et l'attention dont ils ont besoin, ce dont les parents ont conscience et peuvent se reprocher. Paradoxalement, les patientes ressentent négativement l'attention extrême dont elles sont l'objet, se sentant tout à la fois coupables d'imposer un fardeau supplémentaire à la famille, mais aussi victimes de l'intrusion de la part de leurs parents. Les besoins de ces derniers, individuels comme conjugaux, sont quant à eux relégués à un second plan.

II-3-6 Perte du sens de l'action (impuissance)

Parallèlement aux aménagements intrafamiliaux secondaires à l'apparition des symptômes, les parents vont mettre en place des stratégies concrètes de réponse aux troubles, telles que la recherche d'une aide efficace et de différentes options thérapeutiques possibles auprès du médecin généraliste et du réseau de soin, de l'entourage et parmi les différentes sources d'informations ouvertes au public. Les parents vont s'organiser autour des soins prodigués à leur fille (accompagnements, financement des soins, encadrement scolaire si absence) et interagir avec l'environnement (fratrie, famille au sens large, amis mais aussi professionnels de santé) de manière à l'accompagner dans le processus de soin (conseils autour de l'attitude « optimale » à adopter, soutien) (Honey et Halse, 2005).

Après cette phase d'adaptation tant individuelle que familiale, sociale et médicale, la famille va parfois être confrontée à la persistance de l'amaigrissement ou au mieux à la stabilisation pondérale (Cottee-Lane et al., 2004 ; Perkins et al., 2004 ; Whitney et Eisler, 2005).

Dans certaines situations, chaque initiative parentale va se heurter à un échec à la fois relationnel et personnel. Un ressenti très négatif, souvent lié à une culpabilité forte, alimente fréquemment un sentiment de colère vis à vis de leur fille, colère qui pourra rester à l'état de latence ou bien se manifester au travers d'une hostilité patente (Barrowclough et al., 2001).

Il est important alors de faire la distinction entre une hostilité qui viendrait traduire une problématique interindividuelle préexistante et une hostilité liée à des sentiments ambivalents de colère et de désespoir.

De la même manière, un bas niveau d'hostilité voire un évitement des conflits pourraient s'entendre comme une crainte autour des réactions délétères de leur enfant.

Une hypothèse possible est qu'une perte du sens de l'action soit liée à un processus d'« induction de culpabilité » et non à un problème spécifique de ces familles à gérer un conflit.

Ces différents aspects renvoient à la question des conditions dans lesquelles un système donné est appréhendé. A ce titre, nous citerons les auteurs de l'école systémique de Palo Alto : « Si on étudie isolément un individu qui manifeste un trouble du comportement (psychopathologie), la recherche portera sur la *nature* de cet état, et en un sens plus large, sur la *nature* de l'esprit humain. Si l'on repousse les limites de cette recherche pour y inclure les effets du comportement étudié sur autrui, les réactions d'autrui à ce comportement, et le contexte où tout ceci se déroule, l'accent se déplace de la monade artificiellement isolée à la *relation* qui existe entre les différentes parties d'un système plus vaste. L'observateur du comportement humain passe alors d'une étude de l'esprit par inférence à une étude fondée sur l'observation d'une relation dans ses manifestations.» (souligné par l'auteur, Watzlawick et al., 1972, p.15)

Au-delà de ces aspects communément observés, dont il faut souligner le caractère très généralisant, les modalités de réponse au stress sont variables à l'échelle individuelle et familiale, dans un continuum allant du normal à la réaction pathologique : qu'il s'agisse du déni ou de l'hypervigilance anxieuse, l'ampleur des perturbations familiales est, dans une certaine mesure, déterminée par la nature et la sévérité des troubles.

Ce processus d'adaptation est pour une large part lié à l'interprétation des comportements pathologiques, co-construction aux multiples facteurs (notamment intergénérationnels) : simple problème alimentaire ou véritable maladie, en lien avec l'appétit ou bien processus indépendant de la volonté, du ressort de leur fille ou bien des professionnels de santé. Le caractère évolutif de la maladie est ainsi déterminé en partie par l'efficacité des mesures mises en place mais aussi par le discours de l'entourage (Honey et Halse, 2005).

Le type de réajustement d'un individu donné va aussi avoir un impact sur l'ensemble du système. Le schéma familial qui en résulte est un ensemble d'interactions aux caractéristiques

très variables qui évoluent au cours du temps, selon l'étape donnée de la maladie, son degré de gravité ou bien son degré de chronicisation (Treasure et al., 2001).

Réciproquement, il est intéressant de considérer que, dans une perspective homéostatique telle que décrite par Minuchin, on pourrait s'attendre à ce qu'une reprise pondérale s'accompagne d'une perturbation de l'équilibre familial, ce qui n'a pas été confirmé dans la littérature scientifique.

III. Importance de l'impact du fonctionnement familial sur le devenir

Plus récemment, le ciblage des études sur le fonctionnement des familles d'anorexiques s'est déplacé depuis la recherche de ressemblances entre les familles d'anorexiques à l'étude de différences visant à repérer des caractéristiques familiales spécifiquement associées à un pronostic favorable ou défavorable de l'anorexie mentale.

Il s'agirait d'identifier une(des) configuration(s) de familles à risque d'une évolution péjorative de la maladie, afin de leur porter une attention plus soutenue et d'adapter au mieux le traitement.

Contrairement aux recherches consacrées à l'existence d'une « famille type » d'anorexique, les études prédictives ont débouché sur des conclusions plus univoques, qui peuvent être succinctement résumées de la manière suivante :

- Les patientes issues de familles dysfonctionnelles (perturbations relationnelles : conflit conjugal, rejet vis-à-vis de l'adolescente ; désengagement émotionnel ; troubles psychiatriques) ont un devenir et un pronostic à court et à long terme moins favorables que les autres (Dally, 1969 ; Crisp et al., 1974 et 1980 ; Morgan et Russell, 1975 ; Dally et Gomez, 1979 ; Steinhausen et al., 1991 et 2008 ; Herzog et al., 1992).
- Des perturbations familiales sévères sont associées à une moins bonne adhésion thérapeutique et donc à des risques plus élevés d'interruption précoce du traitement (Bryant-Waugh et al., 1988 ; Le Grange et al., 1992a ; Ratnasuriya et al., 1991 ; Strober et Humphrey, 1987). Ceci est lié en partie au fait que l'acceptation du trouble alimentaire peut être entravée par des difficultés familiales telles qu'un manque de communication, une instabilité relationnelle ou un évitement des conflits (Zraly and Swift, 1990), les ressources adaptatives

familiales étant à ce titre déterminantes aussi bien au niveau de d'accès à des aides thérapeutiques que du travail d'alliance (Kazak, 1992).

- L'évolution de la maladie est fortement corrélée à l'évolution de la qualité des relations familiales au cours de la période de traitement et de suivi ultérieur (North et al., 1997 ; Strober et al., 1997 ; Wewetzer et al., 1996).

- De la même manière, d'autres études ont montré l'importance des ressources parentales comme facteur d'amélioration du pronostic (Eliot et Baker, 2000 ; Le Grange, 1999 ; Lock et al., 2001) ainsi que le rôle significatif de la qualité du fonctionnement familial dans l'évolution et le devenir de la maladie (Le Grange et al., 1992 ; North et al. 1997 ; Strober et al. 1997 ; Wewetzer et al. 1996).

Un certain nombre de chercheurs se sont intéressés à un instrument de mesure du niveau d'expression affective familiale, développé par Brown et Rutter (1966) : l'échelle d'émotion exprimée (EE pour « Expressed Emotion »). Cette échelle évalue le climat émotionnel qui règne entre les parents et un membre de la famille, généralement le patient, en termes de niveau d'expression critique et de surinvestissement émotionnel à l'égard du patient identifié. Un EE élevé reflète une relation empreinte de critique, voire d'hostilité et/ou une implication émotionnelle excessive. Initialement utilisée pour identifier des facteurs familiaux prédictifs de devenir chez de jeunes adultes schizophrènes, elle a montré plus récemment son intérêt pronostic auprès des familles d'anorexiques.

Bien que dans l'ensemble, ces familles présentent un faible niveau d'EE, en comparaison avec les familles de schizophrènes ou de boulimiques, les patientes dont les familles ont un niveau d'EE élevé auraient un moins bon pronostic que celles pour lesquelles ce niveau est bas. Ceci pourrait être expliqué par une plus grande difficulté pour ces familles à s'engager dans un processus de soins et un échappement thérapeutique plus fréquent (Szmukler et al., 1985 ; le Grange et al., 1992a ; Van Furth et al., 1996).

Dans la mesure où le niveau de l'EE familiale n'est pas une mesure statique et où elle peut évoluer au fur et à mesure du travail familial, elle devient une « cible » thérapeutique intéressante dans un objectif d'amélioration de l'engagement thérapeutique et de pronostic de la maladie.

Enfin, un nouvel axe de recherche de critères familiaux ayant valeur pronostic et thérapeutique se dessine autour du concept d'alexithymie appliquée à la famille.

Ce concept renvoie à la difficulté repérée chez un grand nombre de patientes anorexiques (de 50 à 77% selon les études) à identifier et exprimer leurs affects, et à distinguer leurs états émotionnels de leurs sensations corporelles (Bourke et al., 1992 ; Corcos et al., 1998). Dans le cadre plus vaste des pathologies somatiques, psychosomatiques et psychiatriques, les patients alexithymiques sont décrits comme ayant vécu des expériences corporelles altérées favorisant plaintes corporelles et manifestations psychosomatiques variées, formes d'expression non verbale d'un état de détresse constant mais diffus ou d'une absence totale d'expérience de détresse.

Dans la mesure où plusieurs études indiquent qu'il s'agit d'un style cognitif durable et difficilement réversible plutôt que d'une réaction passagère ou d'un état transitoire, plusieurs auteurs d'orientation systémique ont été tentés d'élargir cette caractéristique de personnalité à l'ensemble du système familial et d'en dégager le caractère transgénérationnel (Granier et al., 1993 ; Onnis, 1996 ; Espina, 2003), l'alexithymie pouvant dès lors être considérée comme un symptôme maternel voire familial, source d'évitement des conflits et de tension émotionnelle qui perpétuent les troubles et en aggrave le pronostic.

C'est ainsi qu'une étude clinique descriptive des familles de patients alexithymiques (Granier et al., 1993) souligne leur hyperadaptation au réel, leur mauvaise gestion des affects et des états émotionnels (soit endigués soit libérés de manière incontrôlée) ainsi que leur mode relationnel symbiotique qui oblige les membres de la famille à choisir entre attachement intense ou rupture. Cette description n'est pas sans rappeler la famille psychosomatique de Minuchin. Dans le même esprit, Onnis (1996) affirme que l'alexithymie n'est autre que l'expression des modalités d'interactions et des mythes rigides qui dirigent la famille et que le « langage du symptôme n'est pas seulement le langage du corps du patient, mais celui de tout le corps familial ».

Néanmoins, une étude préliminaire rapportée par Cook-Darzens (2002) n'a pas repéré de liens entre le niveau d'alexithymie des patientes et celui des parents, ni avec le type de fonctionnement familial.

IV. Modèles de maintenance et d'aggravation des troubles

Ces modèles se situent à l'interface des deux chapitres précédents, à savoir sur les relations existantes entre le symptôme d'une part et le système familial pris dans son ensemble d'autre part. Ils s'inscrivent dans un déplacement épistémologique depuis des modèles explicatifs de l'apparition des conduites anorexiques vers des modèles de perpétuation des troubles.

Cette évolution est particulièrement bien explicitée dans l'article de Pauzé et ses collègues (1996) intitulé « *Perspectives multifactorielle, interactionniste et diachronique de l'anorexie.* »

Il met en perspective deux modèles particulièrement explicites de ce mouvement :

- Le premier concerne le modèle en six phases qu'ont mis en place Selvini-Palazzoli et Viaro dans leur article publié en 1988 « Le processus anorexique dans la famille : un modèle en six phases comme guide pour la thérapie individuelle » et dans lequel les auteurs émettent l'hypothèse que « l'apparition d'un comportement anorexique est lié à une évolution spécifique des relations familiales - par exemple, un abandon, un volte-face - à laquelle la patiente réagit et contribue activement en même temps » .

Le jeu familial en cause prendrait sa source dans la relation qui s'établit entre le père et la mère, relation au sein de laquelle chaque parent provoque constamment l'autre sans jamais obtenir une réponse appropriée.

Ainsi observe-t-on assez invariablement une femme revendicatrice envers son mari concernant non pas ses propres exigences mais plutôt ses devoirs de bon père envers la famille. Le père, lui, se soustrait aux revendications de sa femme en lui opposant une définition différente de ses mêmes devoirs et en refusant la sienne.

L'impasse dans laquelle le couple parental se retrouve s'étend alors à l'ensemble de la famille (phase 1).

De façon précoce, la future anorexique s'implique dans le jeu des parents en s'identifiant à la mère (type A) ou au père (type B). Etablissant une relation privilégiée avec l'un ou l'autre de ses parents, elle en arrive à occuper une position privilégiée dans la famille (phase 2).

L'adolescence va alors amener une série d'évènements décisifs dans la vie de la future patiente, changeant de façon abrupte la façon dont elle perçoit son père ou, l'amenant même à se rapprocher de lui de façon beaucoup plus intense. Dans les deux types de configuration, la patiente se rapproche de son père, se sentant unie à lui en tant que victime, comme lui, d'une

femme fausse et mesquine (du fait d'un détournement de l'attention de la mère dans le type A) (phase 3).

C'est pendant cette période d'intense malaise relationnel qu'a lieu l'avènement du régime alimentaire. L'adolescente déteste l'idée de ressembler de quelque façon que ce soit à sa mère. Le régime amaigrissant est à considérer comme un défi, une tentative de protestation muette envers sa mère et un rejet de celle-ci. L'apparition du symptôme procure à la jeune fille un pouvoir extraordinaire. Il lui permet de retrouver un statut privilégié dans la famille. Contrairement à ses attentes, la réduction de la prise de nourriture renforce les jeux parentaux et par conséquent son implication. La mère est alors souvent tentée d'intervenir dans le régime de sa fille. L'adolescente entre alors en opposition de plus en plus grande avec sa mère, ce qui l'amène à manger de moins en moins. Cette grève de la faim se trouve alors renforcée par l'attitude du père qui se montre indécis et incapable de suivre son exemple en s'opposant, lui aussi, à la mère (phase 4).

Se sentant trahie par lui, ses sentiments à son égard se transforment alors en rancœur puis en désespoir et en mépris. Elle réduit à nouveau sa prise de nourriture jusqu'à des extrêmes absurdes : c'est la seule façon pour elle d'amener sa mère à se soumettre, et de montrer à son père jusqu'à quel point elle peut aller (phase 5).

Progressivement, l'anorexique découvre l'incroyable pouvoir que lui procure son symptôme : elle occupe, grâce à son symptôme, une position centrale dans la famille. Cependant, avec le temps, les différents membres de la famille apprendront à utiliser ce symptôme pour influencer indirectement le comportement d'une troisième personne. Nouvel élément dans le jeu familial, le symptôme en vient progressivement à se cristalliser (phase 6).

Cette véritable « saga » au cours de laquelle la restriction alimentaire s'organise dans un contexte familial à la fois très inducteur et stabilisateur du symptôme, est un modèle particulièrement élaboré et schématisé, quasi prédictif, de l'anorexie mentale.

Ce modèle qui porte uniquement l'attention sur le jeu relationnel dans la famille, a laissé dans l'ombre les dimensions sociales, culturelles, psychologiques et physiologiques associées à l'apparition et à l'évolution de la conduite anorexique.

- Parmi les auteurs ayant remis en question les modèles linéaires, Martin (1990) a proposé un modèle structural et cybernétique de la conduite anorexique. Selon lui, différents niveaux doivent être pris en considération pour comprendre le maintien et l'aggravation de la conduite anorexique : intrafamilial, sociofamilial, psychologique et physiologique, Martin mettant plus

spécifiquement l'accent sur l'identification des boucles de rétroactions positives, récurrentes, non adaptatives entre ces différents niveaux systémiques. Ce modèle vise d'avantage à décrire la manière dont ces différents niveaux systémiques interagissent lorsque la conduite anorexique est installée que d'expliquer comment celle-ci se développe.

Il s'inscrit dans la lignée des approches intégratives actuelles, tels que les modèles biopsychosocial d'Engel (1977), de Smolak (1996) ou du Maudsley, plus fidèles à la trajectoire développementale des troubles alimentaires ainsi qu'aux interactions adaptatives et pathologiques qui se jouent entre l'individu et son environnement au cours du temps.

V. Conclusions

Les modèles familiaux étiopathogéniques en général et psychosomatique en particulier sont l'objet de critiques d'ordre scientifique, théorique et thérapeutique.

- Sur le plan *scientifique*, ces modèles sont essentiellement basés sur des observations cliniques non contrôlées n'ayant reçu jusque là aucune vérification empirique rigoureuse, d'autant que celles-ci excluent les familles qui ont su s'adapter de manière suffisamment optimale et qui ont contribué à la disparition des symptômes alimentaires.

La double nécessité de confirmer que ces configurations familiales étaient bien spécifiques de l'anorexie, mais également de valider l'hypothèse d'une filiation étiologique entre l'anorexie et les particularités du groupe familial n'a pas été possible. En effet, le thérapeute familial n'observe généralement la famille qu'après l'apparition des symptômes, ce qui ne permet pas de déterminer si les dysfonctionnements familiaux observés en représentent la cause, les conséquences ou une interaction des deux.

- Sur le plan *théorique*, la restriction des facteurs étiologiques à des variables uniquement familiales et psychosociales sont en contradiction avec le développement de nouveaux courants issus non seulement de la thérapie familiale, mais de disciplines aussi variées que la psychologie médicale, la pensée féministe ou l'approche biopsychosociale, qui encouragent l'intégration de déterminismes très divers et d'approches thérapeutiques différentes.

- Enfin, sur le plan *thérapeutique*, la vision pathologique des familles d'anorexiques contraste avec l'approche issue d'une génération montante de thérapeutes familiaux sensibles à la

nécessité d'une mobilisation des ressources familiales pour construire une alliance thérapeutique positive.

Par conséquent, il est fort probable que certains des dysfonctionnements observés dans des familles de patientes anorexiques ne soient pas exclusivement un facteur de risque (préexistant) de trouble alimentaire mais au moins en partie le résultat d'un processus adaptatif face au développement d'une maladie engageant le pronostic vital, à l'échec fréquent des tentatives thérapeutiques initiales, ainsi qu'au vécu fréquent de culpabilité.

VERS UNE NOUVELLE APPROCHE ÉCOSYSTÉMIQUE

Plusieurs courants théoriques d'orientation écosystémique, en interaction avec les données de la littérature empirique, ont eu un impact considérable sur la conceptualisation des processus psychosomatiques au sein de la famille en général, et des familles anorexiques en particulier. Ces nouvelles modélisations comprennent plusieurs dimensions : l'intégration de plusieurs niveaux d'influence sur la maladie, une vision normative, une plus grande flexibilité dans la relation thérapeutique ainsi qu'une mise à contribution de la famille en tant que ressource à part entière.

I. Une approche basée sur des résultats empiriques

Les auteurs des premiers modèles systémiques de l'anorexie mentale ont fait état de succès thérapeutiques importants, mettant en avant des transformations durables des comportements alimentaires et du fonctionnement familial.

Ainsi, le groupe de Minuchin (1978) cite un taux de succès de 86% auprès de 53 patientes anorexiques âgées de 9 à 21 ans, avec un recul de 1 an et demi à 5 ans.

Le groupe de Milan (Selvini-Palazzoli, 1996) quant à lui cite des taux de réussite de 100% dans des cas d'anorexie récente (moins de deux ans) avec l'utilisation de la méthode de la série des prescriptions invariables. Dans les deux cas, les estimations de réussite thérapeutique s'appuyaient sur des observations cliniques non contrôlées et des méthodes empiriques peu rigoureuses.

Par la suite, Il s'est avéré nécessaire de réaliser des essais méthodologiquement contrôlés et de répondre à un certain nombre de questions :

- L'approche familiale est-elle plus efficace que d'autres modalités thérapeutiques (telles que la thérapie individuelle) ?
- Son efficacité varie-t-elle en fonction de certains paramètres de l'anorexie, tels que l'âge de la patiente, l'âge de début des troubles, le type d'anorexie ?

- Dans la mesure où la thérapie familiale regroupe des courants théoriques et pratiques très divers, un modèle particulier de thérapie familiale serait-il plus efficace que d'autres ?

Ce sont essentiellement ces trois questions qui ont guidé la rigoureuse série d'études menées par l'équipe de l'hôpital du Maudsley à Londres entre 1987 et 1997 et qui ont depuis valeur de référence.

- La première étude (Russell et al., 1987), portant sur 80 patients (57 anorexiques et 23 boulimiques) a réparti au hasard les sujets selon deux modalités thérapeutiques, la thérapie familiale (TF) et la thérapie de soutien individuelle (TI), menées toutes deux pendant un an dans des conditions strictement similaires. Par ailleurs, les sujets anorexiques ont été regroupés dans trois sous-groupes distincts selon l'âge de début des troubles et la durée de la maladie, deux facteurs reconnus importants dans le devenir de l'anorexie. Le groupe 1 comprenait les sujets dont l'anorexie avait débuté avant l'âge de 18 ans et d'évolution récente (moins de trois ans) ; le groupe 2 se distinguait des précédents par une durée des troubles supérieure à 3 ans ; le 3^{ème} groupe avait développé la maladie après l'âge de 18 ans ; le 4^{ème} comprenait les sujets boulimiques.

Après un an de traitement, l'évolution des patientes (en terme de devenir) a montré des différences importantes selon l'âge de début et la durée des troubles : la thérapie familiale était plus efficace dans le traitement des jeunes patients non chronicisés (groupe 1), tandis que la thérapie individuelle donnait de meilleurs résultats auprès des anorexiques plus âgés (groupe 3). Ces différences étaient encore présentes 5 ans après la fin de la thérapie (Eisler et al., 1997). En revanche, il n'y avait pas de différences entre les deux traitements pour les groupes 2 et 3.

Il est intéressant de remarquer que l'acceptabilité du traitement, mesurée en termes de taux d'interruption précoce de traitement, reflétait les mêmes tendances : les patients du groupe 1 avaient moins tendance à interrompre le traitement s'ils étaient suivis en thérapie familiale, alors que ceux du groupe 3 abandonnaient beaucoup plus facilement la thérapie familiale (50%) que la thérapie individuelle (0%).

Les auteurs concluaient avec un certain étonnement que l'impact de la thérapie familiale était moins déterminé par les facteurs familiaux que par les facteurs de maladie (âge, durée de la maladie), même si son efficacité confirmait la nécessité d'endiguer certains processus familiaux pathologiques. Ces résultats doivent être pondérés par la présence de biais notables (importance des interruptions précoces de traitement : 63% en TI versus 10% en TF dans le groupe 1 ; pourcentage des traitements intercurrents à 39% ; biais de gravité initial pour le

groupe TI car la durée moyenne d'hospitalisation avant le début de l'étude était significativement supérieure).

- Dans une deuxième série d'études (le Grange, et al., 1992b, Eisler et al., 2000, Eisler et al., 2007), les auteurs se sont attachés à déterminer les composantes efficaces du traitement familial de l'anorexie mentale, en comparant les effets respectifs d'un modèle de thérapie familiale conjointe et d'un modèle de guidance où parents et patient(e) sont vus séparément. Ces deux formes de thérapie se sont avérées globalement efficaces sur le plan nutritionnel et psychologique, même si la thérapie séparée était supérieure au niveau du retour des règles chez la patiente.

Une exception à cette tendance générale concernait les familles à forte tonalité émotionnelle (définie par la présence de trois commentaires critiques ou plus) qui ont réalisé des gains thérapeutiques supérieurs en situation de thérapie familiale séparée. Il avait déjà été remarqué lors de précédentes études qu'un niveau élevé d'expression émotionnelle dans la famille avait un impact délétère sur l'engagement et le devenir thérapeutique des patients anorexiques (Szmukler et al., 1985 ; le Grange et al., 1992a).

- Parallèlement à ces études britanniques, une équipe américaine (Robin et al., 1994, 1995 et 1999) a comparé auprès de 27 adolescentes anorexiques l'efficacité d'une modalité de thérapie familiale cognitive et comportementale, la Behavioral Family System Therapy (BFST), semblable à la thérapie conjointe du Maudsley, à une thérapie individuelle « centrée sur le moi » (Ego Oriented Individual Therapy : EOIT) associée à une guidance parentale, proche de la thérapie séparée de cette même équipe.

Les deux options se sont accompagnées d'une amélioration clinique des patientes et du niveau du fonctionnement familial. Cependant, la thérapie familiale a montré un intérêt supérieur pour l'augmentation du BMI et pour la communication mère/fille, même si ces résultats ont pu être biaisés par le fait que 58% des patientes, au cours de la BFST, ont été hospitalisées, contre 28% pendant l'EOIT (Robin et al., 1999). Le faible effectif des échantillons (11 dans chaque groupe) limite également la portée de ces résultats (Robin et al., 1994).

Ces résultats diffèrent de ceux d'une autre étude (Ball et al., 2004) qui ne montrait pas de différences significatives entre thérapies individuelle et familiale d'inspiration cognitive et comportementale, même si cette étude présentait d'avantage de biais que la précédente (effectif limité à 25 patients, importance des perdus de vue : 1/4, durée du suivi limitée à 6 mois).

- Une autre équipe américaine (Lock et al., 2005 et 2006) a cherché à comparer une forme courte de thérapie familiale (6 mois) à une forme prolongée (12 mois). L'évaluation en fin de traitement et à un peu moins de 4 ans montrait des résultats équivalents entre les deux groupes. Une analyse des facteurs modérateurs montrait cependant que les patients qui présentaient le plus de pensées obsessionnelles et compulsives autour de l'alimentation, du poids et de l'exercice physique (selon le *Yale Brown Cornell Eating Disorder Scale*) bénéficiaient d'avantage du traitement prolongé en terme d'évolution du BMI. C'était également le cas des sujets issus de familles recomposées qui avaient un meilleur EDE avec ce type de traitement.
- L'étude de Geist et ses collègues (2000) est de moindre portée compte tenu des nombreux biais qu'elle comporte (notamment une durée de suivi limitée à 4 mois). Elle indique l'absence de supériorité de la thérapie familiale par rapport à la psychothérapie éducative de groupe.
- Enfin, l'équipe de l'Institut Mutualiste Montsouris (Godart et al., 2006 et 2009, soumis) s'est intéressée à l'apport de la thérapie familiale d'orientation systémique et psychodynamique au programme de soins classiques. Il ressort après un suivi de 18 mois un meilleur devenir (devenir global, BMI, retour des règles) pour les patientes faisant partie du programme de suivi classique avec thérapie familiale additionnelle par rapport à celles bénéficiant uniquement d'un suivi classique (consultations individuelles et parentales ponctuelles). A 54 mois, les résultats montrent une supériorité pour le groupe avec thérapie familiale pour l'état mental et le retour des règles, ainsi qu'une tendance à une plus grande efficacité sur la prise de poids ainsi qu'au niveau du devenir global.

Dans l'ensemble, ces études ont permis d'une part de confirmer l'efficacité des thérapies d'orientation familiale dans le traitement de l'anorexie mentale, et d'autre part de préciser leurs indications selon des critères individuels et familiaux.

II. Intégrative

A ce jour, la thérapie familiale s'organise au sein d'une prise en charge répondant à des modèles multidimensionnels intégratifs de l'anorexie mentale.

- Le modèle biopsychosocial d'Engel (1977) traduit une remise en question du modèle traditionnel biomédical linéaire qui régissait la psychiatrie jusqu'à la fin des années soixante.

Il propose une approche globale du comportement humain, mettant l'accent sur les interactions entre trois systèmes d'influence :

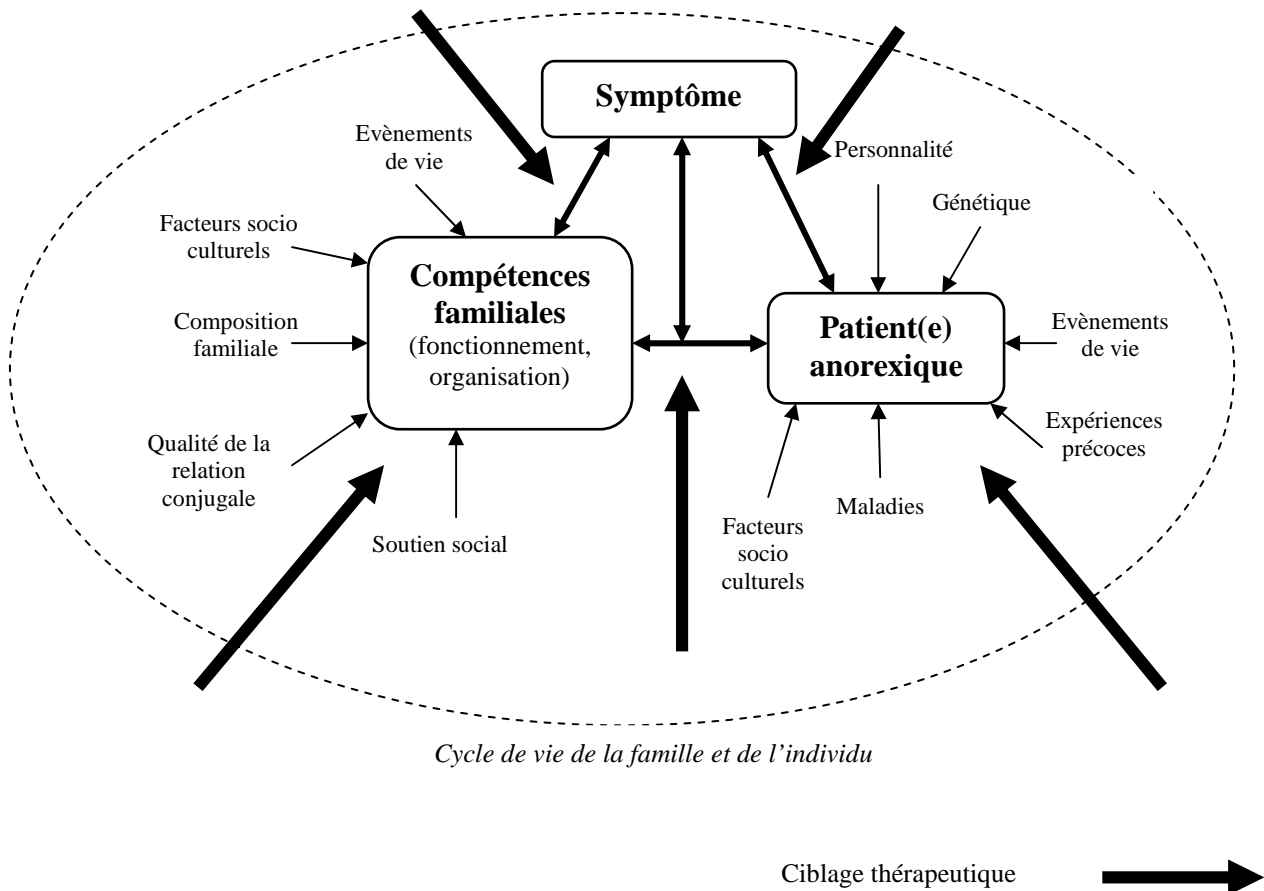
- le système biologique qui comprend les composantes génétiques, anatomiques, structurales et moléculaires de la maladie,
- le système psychologique qui intègre les effets des facteurs intrapsychiques, motivationnels, et de personnalité sur la maladie,
- le système social comprend les influences culturelles et environnementales sur l'expression et le vécu de la maladie.

Cette conception sous tend une approche étiologique et thérapeutique plus complexe, mais certainement plus fidèle à la diversité, à la plasticité et au caractère adaptatif des processus interactionnels présents dans les troubles alimentaires.

- Le modèle multifactoriel du Maudsley (Dare et Eisler, 1997) est un autre exemple intéressant de repositionnement de la maladie dans une trajectoire développementale qui tient compte des interactions adaptatives et pathologiques qui se jouent entre l'individu et son environnement au cours du temps (voir paragraphe I : Le modèle anglais du Maudsley).

Ce modèle décrit les interactions triangulaires qui s'organisent et se déploient entre individu, famille et symptôme au sein du cycle de vie familiale, cycle dont la trajectoire est elle-même puissamment structurée par les symptômes alimentaires, comme l'indique le schéma ci-contre.

Figure n° 6 : Modélisation biopsychosociale de l'anorexie mentale et de ses principaux sites thérapeutiques selon l'approche du Maudsley (Cook-Darzens, 2002)



- D'autres auteurs intègrent également des approches systémiques et développementales plus larges (Fallon et al., 1994 ; Wood, 1993 ; Wright et al., 1996) et mettent l'accent sur les qualités transactionnelles et la plasticité des troubles psychosomatiques.

Ces modèles présentent l'intérêt de moduler l'importance relative du facteur familial dans l'anorexie ainsi que la nature de son rôle. La famille devient un facteur parmi d'autres, même si elle reste un pôle d'articulation entre les différents systèmes impliqués : la valence de son rôle éventuel peut se situer d'un pôle délétère à un pôle optimal, dans une perspective dimensionnelle et sur différents axes de fonctionnement (structure, communication, climat affectif, etc..).

Par conséquent, le poids d'un éventuel dysfonctionnement familial et/ou de ses compétences pèsera plus ou moins lourd dans la balance étiologique et donc thérapeutique, selon où la famille se situe sur l'axe de continuum « fonctionnement optimal-dysfonctionnement ».

La perspective développementale rajoute à cette modélisation une dynamique ininterrompue de transactions uniques entre les divers systèmes ou facteurs impliqués, allant soit vers la création de nouvelles vulnérabilités, soit vers la mise en œuvre de facteurs réparateurs ou protecteurs permettant d'endiguer le processus pathologique.

III. Normative

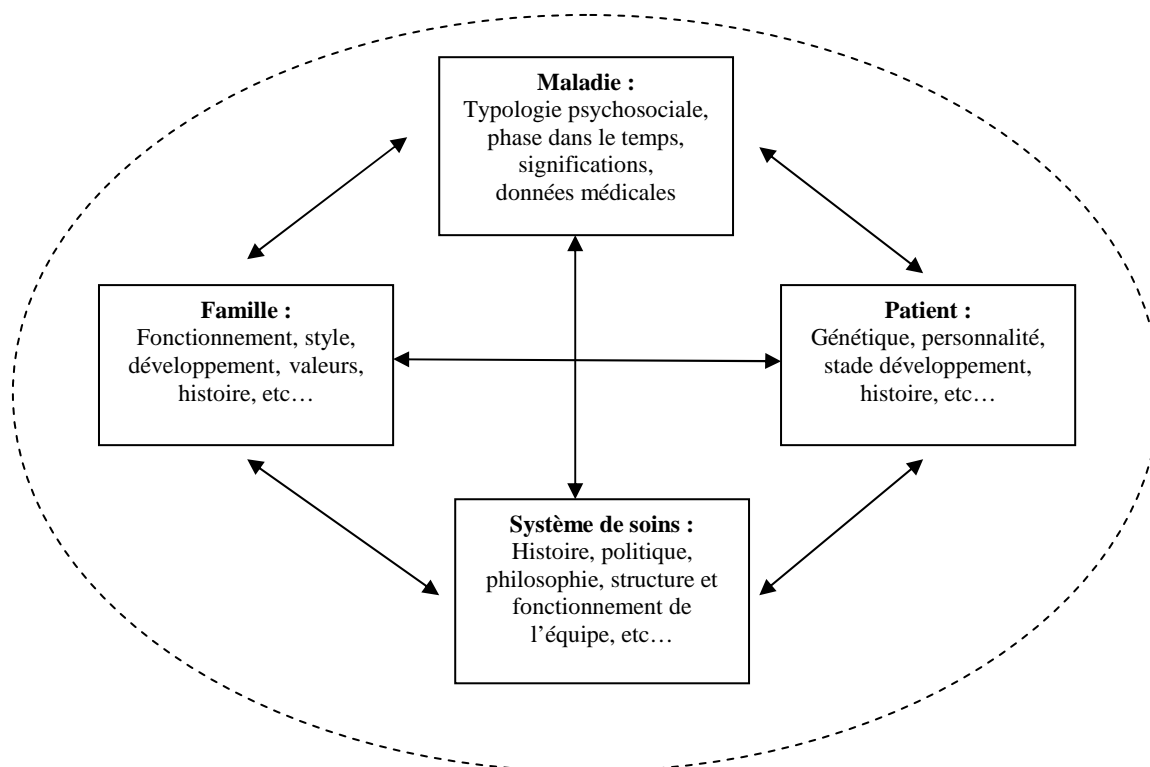
Plusieurs auteurs ont proposé un modèle systémique de maladies psychosomatiques dans une perspective normative, en mettant l'accent sur les processus interactionnels existant entre la maladie et l'organisation familiale.

III-1 Le modèle systémique de santé de Rolland (1993, 1994)

Cet auteur décrit un modèle d'évaluation et d'intervention auprès des familles confrontées à des maladies graves et/ou chroniques. Selon lui, l'organisation familiale ne doit pas être conçue comme un processus pathologique élaboré à partir d'une maladie mais comme un processus normal et inévitable d'adaptation réciproque entre la maladie (avec ses caractéristiques et son évolution propres) et les autres systèmes : le patient (avec son histoire génétique et développementale unique et son organisation psychique actuelle), et la famille (avec ses propres processus intergénérationnels, son fonctionnement actuel et son système de croyances) au cours de leur cycles de vie respectifs.

L'interface de ces trois systèmes définit un processus psychosomatique qui n'est en soi ni sain ni malsain, mais plus ou moins adapté : c'est l'« adéquation de l'ajustement » qui s'opère entre l'individu, la famille, leurs exigences respectives et celles de la maladie à un moment donné de son évolution, qui déterminera la qualité de fonctionnement de la famille. Certaines combinaisons patient-maladie-famille seraient plus adéquates ou adaptatives, et certaines familles seraient ainsi plus à même de relever le défi des exigences de maladies dites somatiques, d'autres de maladies psychosomatiques ou encore de maladies psychiatriques (voir figure n° 7).

Figure n°7 : Nouvelle modélisation des processus psychosomatiques dans la maladie grave d'après Rolland (Cook-Darzens, 2002)

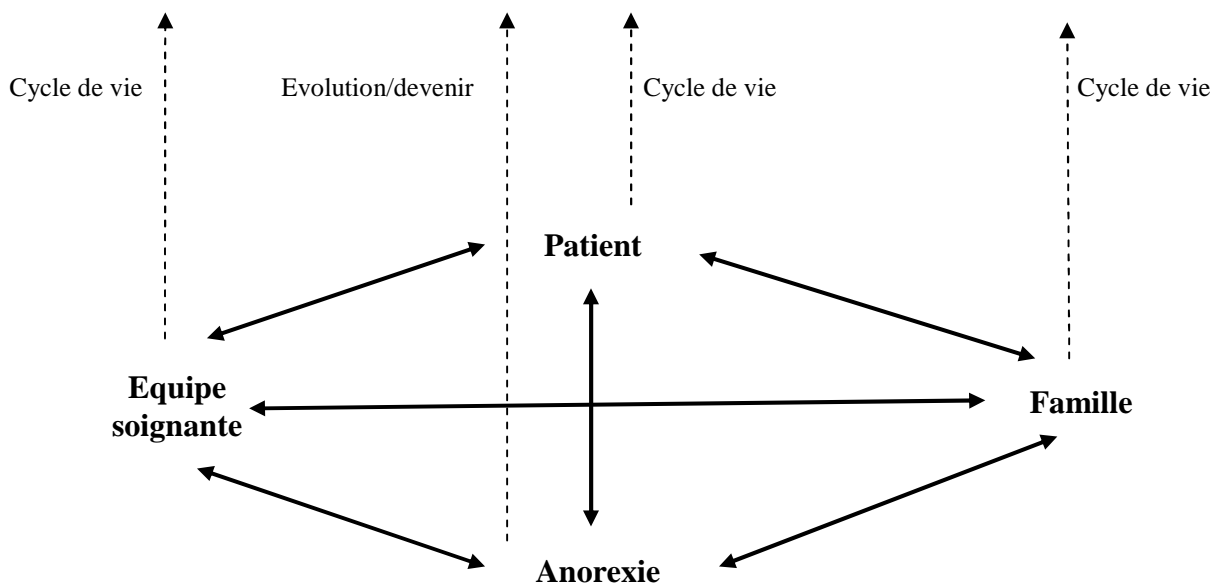


Cycle de vie, famille, patient, maladie, système de soins

L'anorexie mentale, maladie psychosomatique par excellence, survient généralement à une phase de transition dans le cycle de vie individuel et familial (adolescence, départ des enfants, décès de la génération précédente), au cours de laquelle la famille doit renégocier un nouvel équilibre entre les forces d'intimité/dépendance et de distance/autonomie, la rendant temporairement vulnérable.

En termes psychosociaux, cette maladie est caractérisée par un vécu de crise familiale au moment où elle est reconnue et diagnostiquée. Lorsque les premières consultations élargissent le triangle patient-famille-maladie au quadrangle patient-famille-maladie-système de soins (figure n°8), les parents sont informés de la gravité de la maladie, de son évolution incertaine et prolongée.

Figure n°8 : Perspective systémique sur l'évolution de l'anorexie mentale d'après Rolland
(Cook-Darzens, 2002)



Face à un vécu de crise et d'incertitude, la famille va être amenée à surmonter certains défis :

- Faire le deuil de la perte d'identité que possédait la famille avant l'apparition des troubles ;
- Accepter la possibilité d'une nécessité de changements permanents, tout en maintenant un sentiment de continuité entre passé, présent et futur ;
- Un regroupement familial (augmentation des forces de cohésion) permet de faire face à la crise et à la réorganisation qu'elle implique, constituant un « phénomène de loyauté normale » ;
- Dans les maladies d'évolution fluctuante et incertaine, le système familial doit développer une flexibilité particulière afin de s'adapter au mieux à tous les changements internes et externes dictés par le déroulement de la maladie : redistribution des rôles, redéfinition des règles et transformation de l'organisation familiale. Une structure familiale très souple et très cohésive (voire enchevêtrée) pourrait alors refléter, au moins temporairement, un processus d'adéquation optimale entre anorexie, individu et famille à l'adolescence.

Une cohésion familiale faible ou forte n'est donc en soi ni pathologique ni saine car le principe organisateur devient relatif : quel est le meilleur degré de cohésion familiale au stade actuel

de la maladie et de la vie du patient, et comment cette dimension peut-elle évoluer dans les phases ultérieures de la maladie ?

III-2 Le modèle familial biocomportemental de Wood

Dans un article intitulé « Au delà de la famille psychosomatique : un modèle familial biocomportemental de la maladie pédiatrique », Wood (1993) a développé un modèle d'interaction entre maladie, patient et famille. Partant du modèle défini par Minuchin (1978), l'auteur questionne celui-ci autour de plusieurs axes :

- La mise en cause de la dimension de causalité, prévalente dans ce modèle ;
- Le manque de définition opérationnelle des concepts utilisés ainsi que l'indifférenciation dans le degré de gravité des maladies incriminées, qui font de la « famille psychosomatique » un concept fragile ;
- Les bases empiriques du modèle, elles aussi défailtantes : aucune étude n'a investigué celui-ci dans l'ensemble de ses dimensions (relation maritale, triangulation de l'enfant et activité de la maladie), tout comme le rôle de l'activité de la maladie somatique au sein du complexe de « famille psychosomatique » ;
- La question, éludée, du caractère adaptatif ou non de la réponse d'une telle famille à une maladie chronique.

Ce questionnement a été étayé par une étude empirique réalisée par l'auteur (Wood et al., 1989) sur des familles dont l'enfant était atteint d'une maladie inflammatoire intestinale, et dans laquelle seulement deux caractéristiques de la famille psychosomatique ont été associées à l'activité inflammatoire : la triangulation et la dysfonction maritale.

Il s'agit moins ici d'une remise en question radicale du concept de famille psychosomatique que de son intégration dans le sens d'un développement constructif. Le modèle proposé par l'auteur fait l'hypothèse que les propriétés d'une famille au sens structural - proximité, hiérarchie générationnelle, triangulation, relation parentale et réceptivité interpersonnelle -

sont des facteurs qui s'influencent réciproquement et interagissent avec les réactivités bio-comportementales individuelles, de sorte que les processus relatifs à l'activité de la maladie sont soit atténués, soit activés.

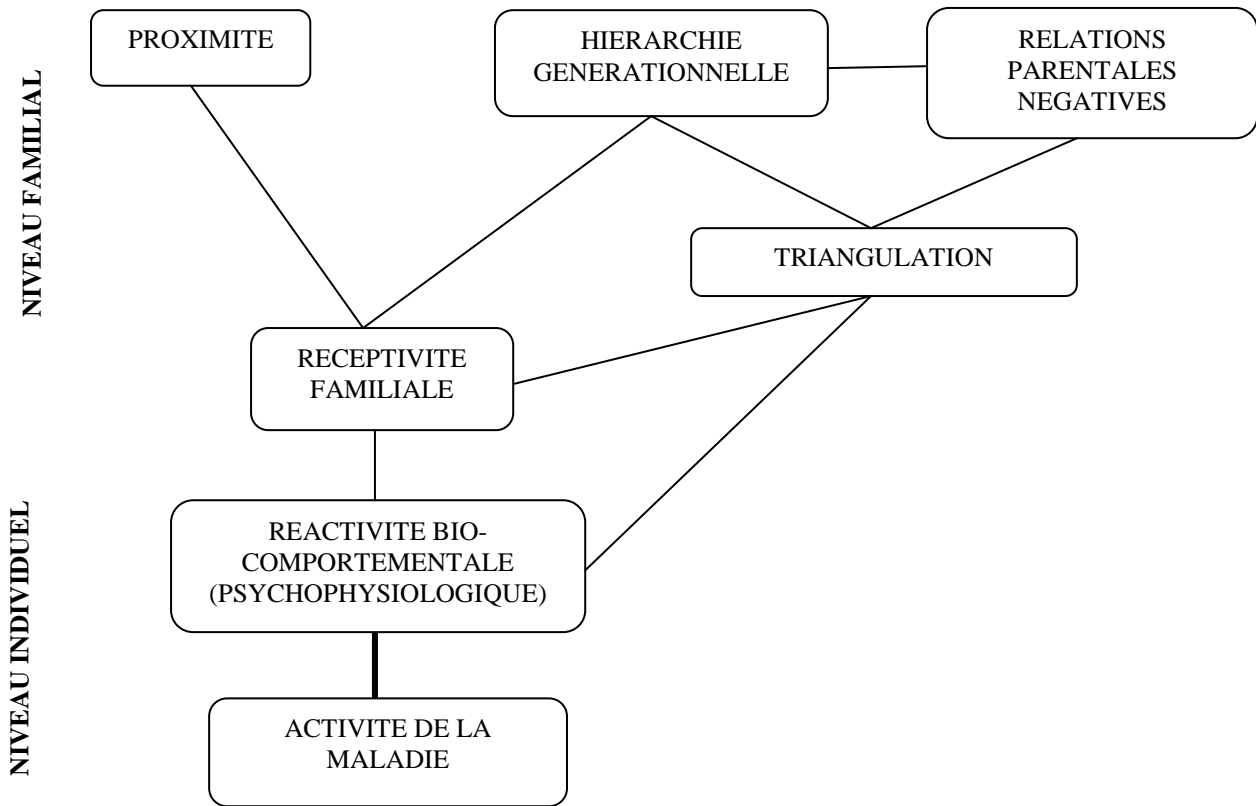
Une particularité de ce modèle est qu'il s'organise autour du concept de réceptivité, concept qui se décline selon deux niveaux, à la fois individuel et familial :

- Du côté de l'individu, la réceptivité est influencée par la réactivité bio-comportementale, typiquement définie comme le degré ou l'intensité avec lesquels un individu répond physiologiquement à un stimulus. Ce concept de réactivité bio-comportementale inclut également les aspects cognitifs, émotionnels et comportementaux de la réactivité.
- Au niveau familial, la réceptivité interpersonnelle est définie comme le degré ou l'intensité avec lesquels les personnes répondent physiologiquement, émotionnellement et sur le plan comportemental l'un envers l'autre.

Il s'agit donc d'un modèle biopsychosocial dans lequel le niveau biologique correspond au processus de maladie (ou bien au processus physiologique lié à la maladie pédiatrique), le niveau psychologique correspond à la réactivité bio-comportementale de l'enfant et le niveau social aux traits interactionnels familiaux.

Ce modèle est schématisé dans la figure suivante, tirée de l'article sus cité (Wood, 1993).

Figure n°9 : le modèle familial bio-comportemental de maladie pédiatrique (Wood, 1993)



PROXIMITÉ : caractéristique familiale consistant en un partage interindividuel d’espaces et informations personnels, d’émotions et de décisions.

HIÉRARCHIE GÉNÉRATIONNELLE : caractéristiques selon lesquelles des parents sont responsables de leur enfant en lui prodiguant des soins et en instaurant des limites au travers d’une alliance parentale forte.

TRIANGULATION : mode d’organisation familiale qui se focalise sur un enfant et/ou une maladie, et dans lequel des coalitions inter générationnelles sont faites entre un enfant et un des deux parents contre le deuxième.

RELATION PARENTALE NÉGATIVE : mode de relation parentale dysfonctionnelle.

RÉCEPTIVITÉ FAMILIALE : mode de réceptivité interpersonnelle, émotionnelle et comportementale.

RÉACTIVITÉ BIO-COMPORTEMENTALE : réceptivité psycho-physiologique d'un enfant atteint d'une maladie.

ACTIVITÉ DE LA MALADIE : activation des processus physiopathologiques à l'œuvre dans la maladie pédiatrique (exemples : augmentation de la glycémie dans le diabète, poussée d'une maladie inflammatoire intestinale).

Ces deux types de réceptivité, associés à diverses configurations familiales plus ou moins adaptatives, interagissent donc soit dans le sens d'un apaisement des processus psychobiologiques associés à la maladie, soit dans le sens d'une activation de ces processus.

Le modèle biopsychosocial, qui met en scène le même triangle maladie-individu-famille présent dans les autres modèles, permettrait d'expliquer les grandes diversités d'évolution repérées au sein de maladies comme l'asthme, le diabète, certaines maladies cardiovasculaires, ou l'anorexie, selon le contexte dans lequel la maladie se déroule. Certaines configurations familiales (dont des configurations proches de celles décrites par Minuchin) seraient particulièrement propices à l'exacerbation ou la non-stabilisation de la maladie.

Ce modèle se distingue du précédent par son souci d'intégration plutôt que de réfutation des premiers modèles systémiques.

III-3 Les modèles centrés sur les croyances familiales

Plusieurs théories insistent sur l'importance du mythe familial et des systèmes de croyances existant dans toute famille ainsi que leur implication dans l'adaptation à la maladie (Onnis, 1996 ; Patterson et Garwick, 1994).

Pour ces auteurs, les systèmes de croyances que développent toutes les familles sur la réalité en général, sur leurs identités propres et sur les concepts de santé et maladie en particulier, constituent un mode de lecture, une « carte cognitive » de perception, d'interprétation et de traitement de la réalité interne et externe.

Ces systèmes de croyance propres aux familles donnent une cohérence et une unité à la vie familiale ainsi que des modalités d'approches particulières aux situations stressantes que représentent les maladies graves. La famille va par la suite utiliser ce système, d'une part pour donner un sens à la maladie afin de préserver sa cohérence et son sentiment de compétence, et

d'autre part pour orienter les décisions relatives aux soins (ajustements des comportements dans la famille, adhésion au projet thérapeutique de l'équipe soignante).

Le processus d'intégration des différents niveaux de croyances (santé, maladie, identité familiale et vision du monde) est décrit comme un processus régulateur qui permet une construction autour des causes et conséquences de la maladie et diminue le poids du reproche et de la culpabilité, tout en renforçant le sentiment de responsabilité partagée et de maîtrise familiale. Il maintient également une identité familiale qui intègre la maladie sans être envahi par elle.

IV. Flexible

Les études réalisées par l'équipe du Maudsley ont donné des arguments en faveur d'une approche adaptée selon l'âge de la patiente et selon le degré d'expression émotionnelle au sein de la famille. En effet, on a vu l'intérêt limité de la thérapie familiale conjointe pour les patientes adultes et même son effet délétère lorsque le degré de critique et d'hostilité ambiantes était important (Szmukler et al., 1985, Russell et al., 1987, Eisler et al., 2000 et 2007).

V. Basée sur les ressources : de la thérapie « de la famille » vers une thérapie « par la famille »

La tendance à imputer à la famille, implicitement ou non, l'origine du processus anorexique encourage un type de stratégie et de protocole parfois rigide et source de confrontation, pouvant mettre à mal l'alliance thérapeutique et aussi renforcer le sentiment d'impuissance et d'incompétence. Mettre l'accent sur les déficits de la famille pénalise l'exploration d'autres issues psychologiques et socioculturelles pouvant soutenir le processus de guérison.

L'approche basée sur les ressources signifie que « les familles ont les compétences nécessaires pour effectuer les changements dont elles ont besoin à condition qu'on leur laisse expérimenter leurs autosolutions et qu'on active le processus qui les y autorise ». C'est à dire que « toutes les familles ont des compétences, mais dans certaines situations, soit elles ne savent pas les utiliser actuellement, soit elles ne savent pas qu'elles en ont, soit elles sont empêchées de les utiliser, soit elles s'empêchent elles-mêmes de les utiliser pour différentes raisons » (Ausloos, 2007).

Depuis le début des années 80, de nombreux auteurs (Rolland, 1994 ; Vanderlinden et Vandereycken, 1991) sont allés dans le sens d'un changement conceptuel depuis la « famille pathogénique » (approche basée sur les déficits) vers une autre où les membres sont perçus comme des ressources et des acteurs dans le processus thérapeutique (approche basée sur les ressources). Cette évolution s'est faite parallèlement à la mise en évidence de l'incidence du fonctionnement familial sur le processus de guérison (Strober et Humphrey., 1987) et de l'impact du mode de rencontre avec les professionnels de santé sur leur capacité à faire face à la maladie. Nombreuses sont en effet les familles qui rapportent une expérience initiale négative avec les professionnels de santé (Haigh et Treasure, 2003 ; McMaster et al., 2004 ; Winn et al., 2004) alors qu'elles sont d'avantage satisfaites par des prises en charge basées sur la famille (Krautter et Lock, 2004). Les sentiments négatifs sont souvent en lien avec un manque d'information de la part des cliniciens et un sentiment d'exclusion du processus de soin (McMaster et al., 2004 ; Winn et al., 2004).

Par ailleurs, l'analyse du discours des parents sur le type de soutien qu'ils souhaitent de la part des cliniciens montre une volonté d'être mis à contribution dans le processus thérapeutique, d'être soutenus et guidés par le clinicien (Honey et al., 2008).

Utiliser la famille comme une ressource thérapeutique présente donc un triple intérêt :

- Pour le patient d'abord qui bénéficie alors d'un soutien et d'un encouragement significatifs (McMaster et al., 2004 ; Winn et al., 2004) ;
- Pour la famille qui renforce son sentiment d'utilité et d'efficacité. Sans positionner les parents dans une position de toute puissance et sans favoriser les sentiments d'intrusion chez leur fille, cette démarche a l'intérêt de redonner une autorité à la famille et d'atténuer les interactions délétères qui peuvent avoir lieu (Treasure et al., 2005) ;
- Pour le thérapeute enfin, qui bénéficie d'information et d'un soutien supplémentaires.

VI. Conclusions

Cette seconde génération de modèles théoriques et thérapeutiques est marquée par un véritable foisonnement des pensées, qui témoigne à la fois du degré de complexité et d'incertitude qui plane sur l'étiologie et la prise en charge de cette maladie, mais aussi de l'intérêt particulier des thérapeutes familiaux dans le champ des troubles du comportement alimentaire et de l'anorexie mentale en particulier.

LES CONTEMPORAINS

I. Le modèle anglais du Maudsley

Le modèle développé par l'équipe de l'hôpital du Maudsley à Londres a fait l'objet de nombreuses publications théoriques, cliniques et scientifiques, ayant actuellement valeur de référence aussi bien en Europe qu'Outre-Atlantique.

L'intérêt spécifique de cette approche thérapeutique est d'avoir été guidée par un modèle théorique systémique très complet, et modelée par toute une série d'études contrôlées visant à définir scientifiquement l'efficacité de la thérapie familiale dans le traitement des troubles du comportement alimentaire et à identifier les indications spécifiques de celle-ci.

I-1 Evolution du modèle

Le postulat de départ était fortement influencé par les théories de Minuchin et de Selvini-Palazzoli : familles d'anorexiques dysfonctionnelles, caractérisées par la transmission intergénérationnelle de certains traits (rigidité notamment) et une prédisposition à l'utilisation de l'alimentation comme foyer central des problèmes familiaux.

La thérapie se donnait pour objectif de corriger les perturbations observées, au moyen d'entretiens avec la famille entière.

Rapidement, les chercheurs ont émis des doutes sur l'hypothèse d'un déterminisme familial dans l'évolution des troubles du comportement alimentaire.

En effet, le premier essai mené par cette équipe (Russell et al., 1987) a montré que les catégories de patients répondaient très différemment à la thérapie, alors même que les observations cliniques soulignaient l'homogénéité de ces patientes et de leur famille.

La réponse à la thérapie familiale semblait être d'avantage déterminée par des facteurs relatifs à la maladie, tels que l'âge de début, la durée des troubles, la présence de symptômes boulimiques, que par des facteurs familiaux.

Parallèlement, plusieurs études contrôlées (Le Grange et al., 1992b ; Eisler et al., 2000) ou non (Wallin et Kronwall, 2002 ; Le Grange et al., 2005) qui ont souligné l'impact bénéfique de l'engagement des parents dans le processus thérapeutique par rapport à une approche

classique ou à de simples conseils donnés aux parents, ont amené l'équipe à repenser leur cadre théorique et thérapeutique.

Depuis, les auteurs se sont détournés de l'approche étiopathogénique familiale telle que définie par les écoles de Philadelphie et de Milan, même si leur approche est restée fortement imprégnée par les techniques structurale et stratégique/systemique.

Par la suite, l'équipe a mis en place une série d'études (Le Grange et al., 1992b, Squire-Dehouck, 1993 ; Eisler et al., 2000 ; Eisler et al., 2007) s'intéressant à l'expression des émotions dans les familles, et à leur relation avec le pronostic clinique des patientes. Elles ont montré que la présence de commentaires critiques était prédictive d'un pronostic moins bon, d'un échappement thérapeutique et d'une rupture des soins dans les familles suivies en thérapie familiale conjointe (c'est-à-dire avec au minimum la patiente et ses parents) alors que cette association n'était pas observée dans les thérapies familiales dites séparées.

Par conséquent, les auteurs ont reconsidéré le postulat d'une « thérapie familiale pour tous », en soulignant que dans familles où le niveau de critique et d'hostilité était élevé, il n'était pas nécessaire voir contre-indiqué (particulièrement dans les premiers stades du traitement) d'imposer une thérapie conjointe ainsi que certaines des techniques dérivées du modèle structural de Minuchin (consistant à rompre avec la tendance de la famille à éviter les conflits).

Les sentiments critiques et hostiles étant la plupart du temps sous-tendus par une culpabilité importante, le rôle du thérapeute est d'être attentif à ce qu'expriment les familles, et notamment leurs croyances et schémas explicatifs autour de la maladie. Une approche empathique et déculpabilisante pourra autoriser les parents à ressentir un sentiment de responsabilité et de compétence plus constructif dans le processus thérapeutique.

Le modèle thérapeutique qui découle de ces études s'applique tout particulièrement aux adolescents dont l'anorexie est de survenue récente (anorexiques de moins de 18 ans dont les troubles remontent à moins de trois ans).

I-2 L'approche actuelle

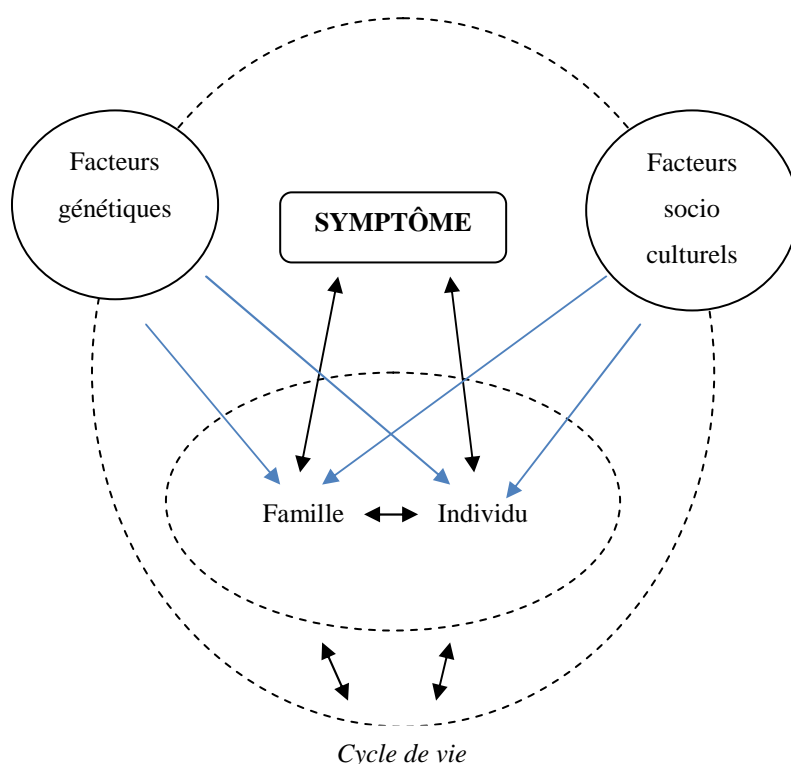
I-2-1 Intégrative

L'approche théorique de l'équipe de l'hôpital du Maudsley tient compte de la plupart des facteurs causaux biopsychosociaux qui semblent influencer à la fois le développement et la perpétuation des troubles du comportement alimentaire. Le symptôme est considéré comme le résultat d'une interaction complexe entre des facteurs étiologiques exerçant une influence à la fois sur le patient et sa famille alors que les traits relationnels observés dans ces familles sont le résultat du développement conjoint de la maladie et des changements comorbides de l'humeur et du comportement de la patiente (Dare et Eisler, 1997 ; Dare et al.1990).

Le cadre thérapeutique développé par cette équipe au fil des années intègre des influences à la fois structurale, stratégique, transgénérationnelle, psychodynamique et féministe. L'accent mis sur la séparation entre le patient et la maladie est basé sur les techniques de la thérapie familiale dite narrative (White, 1987).

La figure suivante schématise le modèle étiologique multifactoriel développé par l'équipe du Maudsley.

Figure n°10 : le modèle systémique étiologique du Maudsley (Dare et Eisler, 1997)



Un des aspects importants est le caractère relativement prévisible du processus de cycle développemental (ou cycle de vie) qui est créé par, mais qui interagit aussi avec un contexte génétique et social spécifique. Ces interactions se font dans les deux sens dans la mesure où l'état du système formé par l'adolescente et sa famille influence aussi le mouvement au travers du cycle de vie. Il existe également une influence réciproque entre l'individu et sa famille, celle-ci étant considérée comme le vecteur principal des valeurs socio culturelles, de certaines attentes et croyances. La maladie est représentée comme ayant une existence à l'extérieur de l'individu, comme si elle se limitait aux manifestations symptomatiques « objectives », soulignant par là l'influence des sources externes, socioculturelles et génétiques notamment, dans l'apparition et la coloration des symptômes. Les influences sociales et génétiques affectent à la fois la patiente et sa famille, dans un mouvement unidirectionnel.

Alors que des interactions triangulaires s'organisent et se déploient entre individu, famille et symptôme au sein du cycle de vie familiale, la trajectoire de celui-ci est puissamment structurée par les symptômes alimentaires.

I-2-2 Différenciée

Elle comporte principalement des caractéristiques proches de celle de Minuchin, avec cependant des distinctions :

- Tout comme l'équipe de Philadelphie, les parents sont activement sollicités et encouragés à mettre en commun leurs efforts pour réalimenter leur enfant, mais à la différence que la famille fait ici partie intégrante de l'équipe thérapeutique : dans la thérapie systémique, la famille est vue dans ses aspects dysfonctionnels, au même titre qu'une entité pathologique à traiter, et un des objectifs est de corriger les processus familiaux perturbés qui ont donné lieu aux symptômes du patient identifié.

L'équipe anglaise considère la patiente comme hors de contrôle, les parents étant chargés dans un premier temps de réduire l'emprise de la maladie sur la vie de l'adolescente. Une fois cette tâche accomplie, ils pourront redonner le contrôle à leur fille tout en l'accompagnant dans les tâches développementales auxquelles elle sera confrontée. L'objectif premier est donc d'améliorer le contrôle parental sur l'alimentation de l'adolescente (Lock et al., 2001).

- Au cours du traitement, le thérapeute s'attache d'emblée à différencier la maladie du patient (externalisation du processus pathologique) de manière à déculpabiliser l'adolescente. Parallèlement, l'approche multifactorielle, c'est-à-dire à distance d'une vision causaliste linéaire, protège les parents d'un sentiment de responsabilité par rapport à la maladie de leur enfant. Ceci peut parfois prendre l'aspect d'informations psychoéducatives, la littérature professionnelle et populaire étant souvent vecteur d'idées préconçues sur les mères d'anorexiques.

- Elle se base sur des approches stratégiques : la famille étant considérée comme une alliée, le thérapeute tient plus un rôle consultatif qu'autoritaire dans la résolution des problèmes et cible certains dysfonctionnements familiaux, le cas échéant, qui empiètent sur la réalimentation.

- Certaines techniques issues du modèle de famille psychosomatique, telles que les techniques d'induction de crise ou de déstabilisation (en présence d'un évitement du conflit), sont considérées comme peu nécessaires voire contre-indiquées dans certains cas (expression d'émotions négatives). De même, la technique du repas thérapeutique familial classiquement décrite par Minuchin est adaptée dans une version moins brutale et provocante, le « pique-nique familial ». Ce déjeuner thérapeutique se déroule au cours de la deuxième session. Auparavant, on demande aux parents d'apporter un repas pour leur fille (et pour le reste de la famille), repas qu'ils considèrent comme répondant aux besoins de celle-ci compte tenu de son état. Les objectifs sont les suivants :

1. Faire une première évaluation des modalités transactionnelles à l'œuvre au cours des repas, et en particulier de la capacité des parents à réalimenter efficacement leur fille ;
2. Donner l'opportunité aux parents d'accomplir la tâche de faire manger l'adolescente avec succès ;
3. Vérifier le soutien familial en général, et de la fratrie en particulier.

Ces différences « techniques » entre les deux modèles traduisent des objectifs respectifs divergents : pour Minuchin, le but était d'induire une crise de manière à déstabiliser le système et mettre en évidence ses dysfonctionnements. Pour l'équipe anglaise, il s'agit d'accompagner des changements rapides dans la gestion du problème alimentaire.

- Les problèmes plus généraux relatifs à l'adolescent ou à la famille et en particulier les aspects conflictuels sont abordés une fois que le poids de l'adolescente est sous contrôle : le thérapeute se focalise en premier lieu sur le rétablissement du poids et garde cet objectif tout au long du processus thérapeutique, contrairement à l'équipe de Philadelphie.

L'influence structurale cohabite avec les théories transgénérationnelles (White, 1983) et l'approche stratégique. Cette dernière a été décrite par Jay Haley dont l'idée princeps est de déstabiliser l'équilibre pathologique présent dans ces familles par l'intermédiaire d'interventions focalisées non pas sur l'origine des troubles (contrairement au modèle structural) mais sur les aspects rigides et inadaptés de la communication. La famille est invitée à explorer les facteurs ayant contribué à l'apparition des comportements problématiques présentés par le patient et les membres de sa famille, et encouragée à utiliser des formes alternatives de communication et d'interaction.

I-2-3 Des particularités thérapeutiques

Une autre originalité du modèle est de combiner étroitement des approches individuelles et familiales qui, souvent menées par le même thérapeute, se complètent et se facilitent mutuellement.

Comme on l'a vu précédemment, la thérapie familiale classique, c'est-à-dire en présence des parents et de leur fille, a pu être remise en question dans certaines situations, notamment lorsque le degré de dénutrition est particulièrement marqué et qu'il existe un dysfonctionnement parental important, une critique et un sentiment d'hostilité manifestes vis-à-vis de l'adolescente. Une thérapie familiale dite séparée est alors préconisée, au moins pendant les premiers stades du traitement. Elle consiste en des entretiens parentaux séparés et une thérapie individuelle pour la patiente, avec ponctuellement des entretiens conjoints avec les parents.

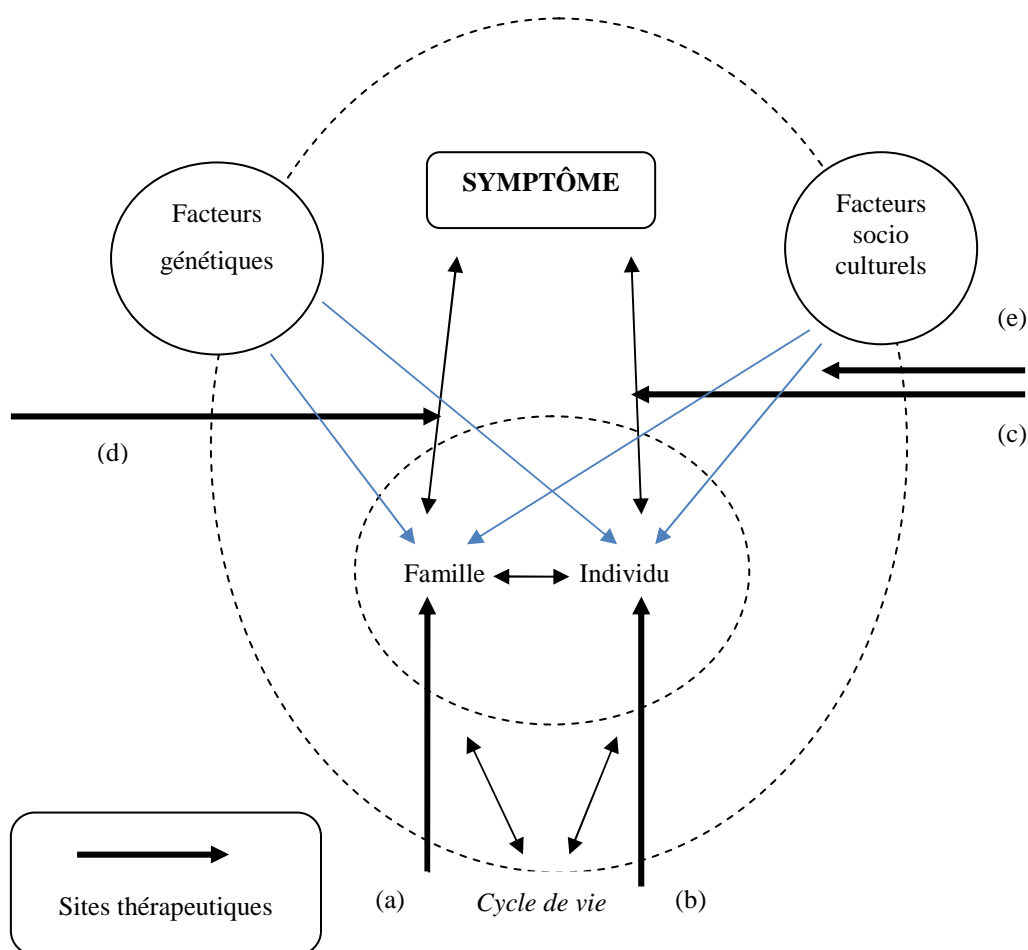
Au niveau de la relation thérapeutique individuelle, le thérapeute s'attache à créer une proximité et une confiance suffisantes et à prendre en compte les mécanismes transférentiels et contre-transférentiels qui interviennent entre lui et la jeune fille.

La figure suivante montre les différents niveaux d'intervention thérapeutiques théoriques déployés selon ce modèle, niveaux impliqués dans l'apparition et le maintien de la maladie :

en premier lieu l'individu (b) et la famille (a), puis les actions rétroactives par lesquelles le symptôme contrôle le patient et sa trajectoire dans le cycle de vie (c), l'impact de la maladie sur le fonctionnement familial et en particulier sur les relations entre l'individu et sa famille (d), et en dernier lieu l'impact du contexte socioculturel (e).

Ainsi, par exemple, les facteurs génétiques seront discutés et réinterprétés de manière plus positive, les traits de tempérament classiquement retrouvés chez la patiente anorexique seront présentés soit comme un facteur de vulnérabilité (en situation de régime alimentaire), soit comme une qualité (capacité d'endurance et de persévération). Des explications complètes seront données sur les conséquences de la dénutrition, surtout en tant que génératrices de dynamiques autoperpétuantes. Les thérapeutes s'attacheront également à explorer et minimiser l'impact de certaines images véhiculées autour de la minceur comme idéal de beauté, des rôles attribués à l'identité féminine ou des valeurs associées à l'alimentation.

Figure n°11 : sites thérapeutiques théoriques (Dare et Eisler, 1997)



Sur un plan pratique, la thérapie familiale est généralement conduite en ambulatoire, prenant le relais d'une hospitalisation centrée principalement sur la renutrition ou bien dans le cadre d'une prise en charge multifamiliale qui cherche précisément à éviter l'hospitalisation (voir paragraphe 1-3 : « Une nouvelle forme de thérapie : la thérapie multifamiliale en unité de jour »).

L'application du modèle du Maudsley dans la pratique clinique hospitalière ayant suscité un premier retour positif, les cliniciens ont voulu conforter et objectiver l'efficacité qu'ils avaient constaté et tester sa validité scientifique en développant un programme de recherche clinique, parallèlement à une théorisation de leur pratique (description des concepts et influences : Dare et Eisler, 1995) et à une modélisation des étapes du traitement (Dare et al., 1995 ; Le Grange, 1999).

I-2-4 La manualisation

La thérapie familiale du Maudsley s'est rapidement étendue outre-atlantique où des auteurs nord-américains s'en sont inspirés dans le cadre d'études randomisées (Robin et al., 1994 et 1999), ou l'ont appliqué avec des résultats prometteurs avec un recul de 3 à 5 ans (Lock et al., 2005 et 2006 ; Wallis et al., 2007).

Face à une efficacité désormais scientifiquement prouvée et devant la difficulté à transmettre le modèle, l'équipe américaine de James Lock a manualisé celui-ci en 2001 afin d'en faciliter la reproductibilité et d'optimiser les méthodes de recherche clinique.

Un tel projet est justifié pour les auteurs par une efficacité prouvée de la thérapie familiale pour les patientes les plus jeunes ayant une durée des troubles inférieure à trois ans (Russell et al., 1987, Eisler et al., 1997). D'autre part, le manuel garantit la structuration et la succession optimales des différentes étapes ainsi que la prise en compte de la totalité des composantes nécessaires au traitement. Il permet également de maintenir le thérapeute ainsi que l'ensemble de la famille dans une même trajectoire et d'éviter une « dispersion » des entretiens (et donc une perte de temps) vers des thèmes moins centraux dans le processus de réalimentation.

La version manualisée du modèle thérapeutique se déroule en trois étapes :

1. Réalimentation du patient

L'objectif de cette phase, qui s'organise généralement sur une dizaine de séances, est essentiellement d'établir une alliance forte avec les parents en combinant soutien et empathie d'une part et optimisation du niveau d'anxiété d'autre part (amplification de l'anxiété ou réassurance selon que les parents banalisent ou portent au contraire une charge anxieuse trop élevée). La fratrie est conviée et encouragée à soutenir sa sœur. La prise en charge est alors axée presque exclusivement sur le trouble alimentaire et seuls les facteurs individuels et/ ou familiaux interférant avec cet objectif seront abordés. Les aspects hiérarchiques sont pris en considération de manière à ce que la patiente soit placée et maintenue dans le même sous-système que sa fratrie, et les parents soutenus dans un rôle parental et autoritaire bien différencié.

Les parents sont encouragés dans ce sens à unifier leurs efforts pour organiser les repas, restreindre l'activité physique de leur fille et tout comportement susceptible d'entraîner une perte de poids (prise de purgatifs, diurétiques, vomissements post-prandiaux).

Au lieu de prescrire des moyens d'actions et des stratégies aux parents, ceux-ci sont invités à réfléchir sur leur fonctionnement antérieur, leurs ressources propres, et comment celles-ci peuvent être utilisées et/ou réadaptées dans le processus thérapeutique actuel.

L'engagement de la famille dans une telle démarche implique un soutien important de la part du thérapeute et sa croyance en la capacité des parents à réussir dans leur tâche, aussi insurmontable qu'elle puisse paraître. Cette confiance doit pouvoir être transmise aux parents, en leur expliquant notamment que les résistances parfois considérables de leur fille ne doivent pas les faire renoncer à leur objectif. C'est aussi le rôle du thérapeute que de montrer suffisamment d'empathie et de compréhension vis-à-vis des craintes de la patiente au regard de la reprise de poids.

Le « pique-nique familial » thérapeutique, durant lequel la famille est invitée à venir à la deuxième séance avec son repas habituel, donne l'opportunité au thérapeute d'accompagner les parents dans la réalimentation de leur fille en identifiant les aspects problématiques relationnels (évitement de la contrainte à l'égard de leur fille), émotionnels (colère, agressivité) ou stratégiques (choix alimentaires inadéquats) et en modifiant directement les patterns interactionnels problématiques. Pendant ce repas, le thérapeute joue un rôle directif mais étayant.

Des informations autour de la nature des troubles alimentaires ainsi que des effets psychologiques et physiologiques de l'amaigrissement seront données à la famille, afin de l'aider à mieux comprendre la nature du problème mais aussi de renforcer le message d'une maladie puissante et résistante, ne permettant pas à ceux qui en souffrent de prendre des décisions pour eux.

2. Négociation vers de nouvelles modalités relationnelles familiales

Cette phase peut s'étaler sur 5 à 7 séances espacées de 2 à 3 semaines. Une fois que la patiente a atteint un poids suffisant (supérieur ou égal à 90% de l'Idéal Body Weight) et que l'ambiance familiale est plus optimale (c'est-à-dire avec un niveau de conflictualité minimum), les parents, tout en restant impliqués dans la gestion alimentaire, redonnent progressivement à leur fille le contrôle de son alimentation et de son poids. Même si les symptômes restent centraux, d'autres enjeux familiaux sont abordés dans la mesure où ils interfèrent avec le contrôle parental et où ils concernent les symptômes : autonomie, évitement des conflits (impact sur les dissimulations et mensonges autour de l'alimentation), expression des affects, etc.

Cette « reprise de fonction » par la patiente est à moduler en fonction de l'âge : un enfant de 11 ans sera beaucoup moins responsabilisé qu'un adolescent de 17 ans. Ce dernier pourra reprendre progressivement ses activités sociales.

Les difficultés, voire les échecs thérapeutiques, surviennent généralement pendant cette deuxième phase. D'autres approches doivent alors être envisagées, notamment des entretiens séparés avec la patiente et les parents, qui permettent d'aborder plus facilement les problèmes conjugaux éventuels faisant obstacle au processus thérapeutique, ainsi qu'une meilleure alliance avec la patiente.

3. Vers des enjeux plus généraux

A ce dernier stade, le rythme des séances s'allège encore, avec une périodicité de 4 à 6 semaines. Elle débute lorsque le poids physiologique est atteint (c'est-à-dire qui permet un retour des règles) et sous contrôle. La thérapie s'oriente alors vers une réflexion autour des relations familiales, de la trajectoire future de l'adolescente et de sa famille, d'autant que ces aspects ont été affectés par la maladie. Ceci est particulièrement important car jusqu'à présent, la maladie était à la base des préoccupations et des interactions familiales. Les défis

persistants autour du développement et du processus de séparation-individuation qui caractérise ce stade du cycle de vie individuel et familial seront abordés.

Pour les patients de moins de 18 ans, les discussions seront centrées sur l'autonomisation progressive, l'importance de limites appropriées, les changements dans la vie sociale du fait du départ prochain des enfants de la maison. Pour les plus âgés, des thèmes tels que les relations adultes, entre patients et parents, seront évoqués, en insistant sur la nécessité de trouver d'autres moyens de communications que le symptôme. Dans tous les cas, le thérapeute devra anticiper la fin du traitement, en répondant aux questions éventuelles et en explicitant les stratégies de prévention des rechutes.

Cette troisième et dernière étape est généralement assez brève (quelques séances) mais doit s'attacher à ne pas négliger les besoins de chaque membre ayant pu être relégués à un second plan durant la maladie.

Cette thérapie manualisée s'applique préférentiellement aux patientes âgées de moins de 18 ans dont la maladie évolue depuis moins de 3 ans. L'ensemble de la famille vivant sous le même toit que l'adolescente est invitée à participer aux séances. Il s'agit donc d'entretiens au cours desquels l'ensemble de la famille est présente, fratrie y compris, ceci impliquant un engagement important tant des parents que des frères et sœurs.

Les auteurs précisent le caractère inapproprié de la thérapie pour les patientes boulimiques, ou présentant un amaigrissement en lien avec des troubles conversifs, psychotiques, obsessionnels-compulsifs ou des phobies alimentaires. Les patients de sexe masculin peuvent être pris en charge même si leur fréquence est faible et le recul en terme d'efficacité limité par leur faible proportion dans les études.

La thérapie manualisée selon le modèle du Maudsley a par la suite fait l'objet de plusieurs études (Le Grange et al. 2005 ; Lock et Le Grange, 2001 ; Lock, et al., 2005 et 2006 ; Loeb et al., 2007 et 2009 ; Pereira et al., 2006 ; Wallin et Kronwall, 2002) dont les résultats semblent prometteurs, tant sur la faisabilité que l'efficacité de sa mise en application.

Même si le traitement manualisé est celui d'une thérapie conjointe, Le Grange et Eisler (2008) soulignent l'importance d'une nécessaire flexibilité dans la mise en pratique : l'expérience clinique et les études montrent l'intérêt des séances conjointes à une étape de la prise en charge où la question alimentaire n'est plus aussi centrale. Selon eux, la prise en charge familiale classique doit être évitée lorsque le poids est très bas, lorsqu'il existe un

dysfonctionnement parental important ou un sentiment d'hostilité manifeste vis-à-vis de l'adolescente. Ces facteurs rendent beaucoup plus difficile et aléatoire la prise en charge au niveau familial (Szmukler et al., 1985), et péjoratif le devenir individuel (Eisler et al., 2000 et 2007).

I-3 Une nouvelle forme de thérapie : la thérapie multifamiliale en unité de jour

Cette approche est inspirée des groupes d'observation de parents et de patients schizophrènes mis en place par Abrahams et Varon au début des années 1950.

L'utilisation thérapeutique de ces groupes multifamiliaux remonte quant à elle dans les années 1960 avec l'équipe de Hes et Handler qui avait observé de nombreux changements liés à l'expression d'affects parmi des groupes mixtes de parents et de patients.

Par la suite, les expériences de thérapie multifamiliale se sont multipliées à un niveau international, et ont permis notamment de pallier aux difficultés de communication générées par les clivages parents/patients, et ceci par le biais d'une réassurance des familles par le discours des autres parents, d'un accès à une plus grande tolérance des troubles et à une meilleure alliance avec l'équipe de soins.

Parmi cette descendance, le modèle britannique fut l'un des mouvements pionniers, avec l'équipe du Marlborough Family Service à Londres. Dès les années 1970, cette équipe s'est inspirée principalement de la thérapie structurale développée par Minuchin, des mouvements de communauté thérapeutique et de thérapie sociale des années 1960-1970, et a également été influencée par le courant de l'« anti-psychiatrie ». L'originalité de ce modèle a été de créer pour des familles de patients psychiatriques dits « intraitables » un milieu thérapeutique « correcteur » (Cook-Darzens, 2007), une « institution du changement ».

L'idée d'utiliser l'institution comme facteur principal de changement et de créer un contexte multifamilial sous forme d'unité de jour familiale (Day Unit for Families) a été mise en place dès 1978. Ce contexte était conçu comme permettant de rompre le cercle vicieux des crises familiales répétées et de la fragmentation des aides en réunissant plusieurs familles en un seul lien thérapeutique de manière intense et durable.

Au cours des dix dernières années, l'équipe du Maudsley a entrepris et développé cette forme de thérapie plus intensive, initialement pour les patients anorexiques n'ayant pas répondu à la seule thérapie familiale habituelle (10% environ des cas), et qui nécessitent une quantité de soins importants, hospitaliers notamment (Dare, Eisler, 2000) : la thérapie multifamiliale intensive en unité de jour.

Cette approche combine l'intérêt de la thérapie multifamiliale d'une part, en tant que traitement novateur et efficace pour les patientes qui seraient sinon vouées à être hospitalisées, et de l'hôpital de jour d'autre part. Par la suite, l'application de cette forme particulière de soins s'est étendue à l'ensemble des patients répondant aux critères d'anorexie mentale et non plus seulement aux patients les plus graves.

Une telle redéfinition des modalités de prise en charge s'appuie sur plusieurs faits empiriques :

- La notion de « famille psychosomatique » n'ayant pas été validée par la recherche empirique, l'objectif de la thérapie était moins de cibler une pathologie familiale présumée que de s'intéresser à la famille en tant que ressource essentielle à la résolution du problème.
- l'importance de l'envahissement des symptômes alimentaires sur le système familial au point que la maladie et la vie familiale deviennent inséparables.

En plus des objectifs classiques des thérapies familiales chez ces patientes (mise en place d'une stratégie parentale de renutrition, discussion autour de l'autonomie, préparation au changement, etc..), les objectifs définis par l'équipe au vu de ces constatations cliniques se situent à plusieurs niveaux :

1. Rompre les liens qui se sont développés entre le symptôme et les interactions familiales, c'est-à-dire réfléchir à la manière dont le symptôme et les interactions familiales se sont enchevêtrés, et en quoi cet enchevêtrement a été délétère pour un retour à un fonctionnement normal.
2. Aider la famille à surmonter les difficultés à communiquer librement sur les dilemmes auxquels elle est confrontée.
3. Favoriser l'élaboration d'un discours de la famille sur ses « narrations » (règles, rôles, rituels et mythes) qu'elle a développées au cours du temps, et le confronter à celui des autres

familles. Les différences qui émergent des confrontations sur la manière dont chaque famille s'est adaptée offrent une possibilité de changement, et aident les familles à comprendre qu'elles n'ont plus besoin de s'isoler du monde extérieur.

4. Aider les familles à découvrir leurs propres solutions pour résoudre le problème alimentaire de leur enfant.

5. Développer des ressources supplémentaires en travaillant avec l'expérience d'autres familles, et renforcer en retour des sentiments de compétence et de maîtrise.

6. Promouvoir la résolution conjointe de problèmes.

La multi thérapie a été décrite par l'équipe anglaise du Maudsley (Dare et Eisler, 2000, Eisler et al., 2003), ainsi que par Scholz et ses collègues en Allemagne (Scholz et al., 2005) : le programme de groupe multifamilial en unité de jour (GMUJ) débute par quatre journées qui sont précédées d'une soirée d'introduction où cohabitent des « nouvelles » familles et d'« anciennes » qui ont déjà terminé le programme. Il leur est expliqué le déroulement du programme ainsi que les différents objectifs.

Des interventions psychoéducatives et des rencontres entre les différentes familles y sont associées, après que le groupe ait été divisé en sous-groupes, par exemple un groupe de pères, un groupe de mères et un groupe de patientes.

Le déroulement des quatre jours de GMUJ (de 9 heures à 17 heures) est influencé par le groupe, les activités et les interventions de l'équipe. A titre d'exemple, le premier jour comprend une introduction des nouvelles familles puis une séparation en sous-groupe où sont abordés différents thèmes (gestion du déjeuner pour les parents, description d'un « portrait » de l'anorexie pour les patients). L'ensemble de la famille est convié (y compris les deux parents s'ils sont séparés), ainsi que la fratrie, qu'elle ait quitté ou non le domicile.

Le repas est observé « in vivo » et étayé par l'équipe de soins. Il est suivi d'un regroupement de l'ensemble des familles pour un « feed-back » approfondi, et durant lequel l'équipe facilite les processus d'échange et de soutien mutuel, puis de réflexion autour du « portrait de l'anorexie ».

Lors du quatrième jour, différentes activités thérapeutiques sont utilisées : inversion des rôles (patientes interviewées dans un rôle de parents), jeux de rôles et/ou sculptures de problèmes spécifiques vécus dans la famille. Les sous-groupes puis les familles sont invités à discuter

sur les changements vécus et les perspectives futures.

La suite du programme comprend deux journées de groupe thérapeutique une semaine puis un mois plus tard. Par la suite, les présences se font par demi-journées sur une période totale de suivi de 12 mois, et parallèlement à un travail familial et individuel.

De nombreuses techniques thérapeutiques sont utilisées : information psychoéducative, techniques issues de la thérapie familiale (structurale, stratégique et systémique), thérapie de groupe, jeux de rôle (par exemple inversions des rôles), psychodrame et sculptures familiales.

Alors que cette nouvelle modalité de prise en charge est de développement récent, des résultats préliminaires ont été publiés. Des groupes de recherche ont rapporté des améliorations symptomatiques notables chez plusieurs patients, incluant une reprise pondérale, un retour des règles, une stabilisation alimentaire et une réduction des comportements purgatifs et boulimiques.

Les échappements thérapeutiques sont limités : aucun sur les 14 familles anglaises (Dare et Eisler, 2000) et un seul sur 37 familles allemandes (Scholz et Asen, 2001).

L'interprétation de ces premières études doit être prudente compte tenu de l'absence de précision des pourcentages de patients améliorés ni des instruments de mesure utilisés (Le Grange et Lock, 2005).

Cette nouvelle pratique reste encore à l'état expérimental et le devenir des patients sur le long terme n'a pas été évalué. Sur un plan économique, la thérapie multifamiliale présente l'intérêt d'un moindre coût pour l'hôpital, ce qui n'est probablement pas le cas pour les familles (distances géographiques, frais de déplacement, arrêts de travail, etc.). Au-delà de ces considérations économiques, on peut aussi questionner le caractère contraignant pour les familles de la charge de responsabilité qui leur est attribuée : le principe sous-jacent restant celui d'une substitution des familles à l'hôpital.

I-4 Conclusions

L'évolution de l'approche de l'équipe du Maudsley est particulièrement intéressante en ce qu'elle reflète l'évolution même de la recherche empirique sur la thérapie familiale chez les patientes anorexiques. Basée initialement sur les idées de Minuchin et de Selvini-palazzoli, elle a mis en place des études cherchant à confronter certaines hypothèses à des données expérimentales scientifiques. Ce sont les résultats de ces études, qui se sont révélés différents

de ce à quoi on pouvait s'attendre, qui, associés aux considérations cliniques et aux réflexions des chercheurs, ont accompagné une évolution épistémologique considérable depuis les années 70 avec une remise en question profonde et une critique des modèles théoriques initialement établis.

Des auteurs ont souligné que l'un des points flous de ce modèle concernait l'absence d'intégration de l'approche familiale dans les différents niveaux de prise en charge de la patiente anorexique (médicale, psychologique, institutionnelle), alors que les programmes thérapeutiques appliqués aux adolescentes anorexiques sont fréquemment complexes (Cook-Darzens, 2002). En effet, l'équipe du Maudsley préconise une organisation séquentielle des programmes de renutrition (effectuée en milieu hospitalier) et de travail familial (effectué en ambulatoire), le second prenant le relais du premier. Or, ce programme de soins est plus ou moins applicable selon les spécificités des systèmes de soins, d'un pays à l'autre et d'une équipe à l'autre.

II. Le modèle familial comportemental nord-américain

La thérapie familiale systémique comportementale appliquée à l'anorexie mentale a été développée par Robin et ses collègues du Children Hospital of Michigan (Robin et al., 1994, 1995 et 1999).

Elle repose sur un questionnement autour d'un type différent de thérapie familiale, d'orientation comportementaliste forte, même si les auteurs décrivent leur approche comme très similaire au modèle de la thérapie familiale conjointe du Maudsley. De la même manière que l'équipe anglaise, l'accent est mis dès les premiers stades du traitement sur le rôle des parents dans le management des troubles alimentaires, puis ultérieurement sur des questions plus générales (individuelles ou familiales).

Dans ce modèle, les patientes étant considérés comme « hors de contrôle », les parents sont « entraînés », avec l'aide du thérapeute, à mettre en œuvre un programme comportemental de reprise de poids.

Par contre, les thérapeutes élargissent leurs champs d'action thérapeutique pour y inclure les cognitions dans la famille alors que les parents sont encore en charge du processus de renutrition, contrairement à l'équipe anglaise qui s'abstient d'aborder des enjeux personnels et familiaux plus larges tant que le poids n'est pas normalisé.

Ce modèle inclus donc à la fois des composantes comportementales, cognitives, psychéducatives, psychodynamiques et structurales qui se déclinent sous diverses formes possibles :

- *La thérapie familiale « conjointe » (Behavioral Family Systems Therapy)*, très proche du modèle du Maudsley, rythmée par un élargissement progressif du ciblage thérapeutique.

Elle se déroule en trois étapes :

1. Les parents sont mobilisés et accompagnés par le thérapeute pour prendre en charge l'alimentation de leur fille.

2. Lorsque le contrôle alimentaire et la prise de poids sont effectifs, l'accent est mis sur la correction des distorsions cognitives (notamment les distorsions de l'image corporelle ainsi que les croyances irrationnelles concernant les « effets » de certains aliments), en combinant des techniques telles que le conseil nutritionnel et la restructuration cognitive.

Le thérapeute va mettre en exergue la signification du symptôme d'un point de vue systémique de manière à opérer une réorganisation familiale de telle sorte que le symptôme ne soit plus le garant de son homéostasie.

3. Lorsque la patiente a atteint son poids cible, le contrôle alimentaire lui est progressivement reconfié. La thérapie s'oriente d'avantage vers des thèmes plus généraux et offre des techniques de résolution de problème et de communication.

La patiente et ses parents sont présents à toutes les séances, contrairement à la fratrie qui n'est qu'occasionnellement invitée à participer.

- *La thérapie familiale « séparée »* comprend une composante parentale ou guidance parentale d'une part, et une composante individuelle ou thérapie individuelle centré sur le moi (*Ego Oriented Individual Therapy*, EOIT) d'autre part.

Elle s'apparente superficiellement à la thérapie familiale « séparée » du Maudsley, même si les objectifs sont différents : alors que cette dernière insiste sur un engagement fort des parents, le thérapeute les aide au contraire à renoncer à ce contrôle alimentaire. Cette version moins directive encourage les parents à être souteneurs tout en se désengageant du problème alimentaire. Le rôle du thérapeute consiste aussi à évoquer avec eux les futurs changements

auxquels ils vont devoir faire face, et notamment les enjeux de séparation et d'individuation de leur enfant.

Plus tard, quand le symptôme suscite moins de préoccupations, d'éventuels problèmes conjugaux ou personnels peuvent être abordés.

Ces deux modalités de traitement, conjoint et séparé, accordent un espace à la patiente pour aborder des questions plus personnelles et relationnelles, qu'elles soient en relation ou non avec la maladie.

Contrairement au modèle thérapeutique familial séparé préconisé par l'équipe du Maudsley, cette modalité se différencie par une orientation beaucoup plus psychodynamique, centrée sur les ressources du moi et ses capacités d'adaptation, les problèmes d'identité, les processus d'individuation, et leurs liens avec la problématique alimentaire. Le renforcement et l'acceptation du moi constituent deux des objectifs principaux de cette approche.

On pourrait souligner que l'absence d'implication de la fratrie, actrice à part entière de la dynamique familiale, la prive d'un soutien qui peut lui être préjudiciable. Cette mise à l'écart peut d'ailleurs accentuer le sentiment d'un rapprochement entre parents et patiente, alimenter une tension voire une mésalliance avec celle-ci ainsi qu'un sentiment de disqualification à leur égard.

III. Les modèles français

III-1 L'approche systémique intégrée de l'hôpital Robert Debré (S.Cook-Darzens)

Cet auteur se distingue des modèles précédents en intégrant la consultation familiale dans le programme de soin habituels, contrairement au mode séquentiel du Maudsley dans lequel la thérapie familiale prend le relais d'une renutrition en milieu hospitalier (ou représente l'unique prise en charge), ou encore à celui des équipes belges (voir chapitre 4 : L'approche familiale belge de l'anorexie mentale) et nord-américaines dans lesquels les dimensions somatiques, psychothérapeutiques individuelle et familiale sont assurées par des intervenants différents.

Le cadre thérapeutique est celui d'un traitement ambulatoire pluridisciplinaire fortement structuré par une orientation systémique et familiale. L'hospitalisation n'est réservée qu'aux

cas médicaux ou psychiatriques graves, ou pour les patients n'ayant pas les ressources psychologiques nécessaires à une prise en charge ambulatoire.

Ce modèle dit « binoculaire » consiste donc à « intégrer les perspectives simultanées de deux (parfois trois) intervenants différents, généralement le psychiatre référent et le thérapeute familial (et parfois la diététicienne) ». Il se décline soit en traitement ambulatoire, chez des patientes jeunes (moins de 14 ou 15 ans), dont l'anorexie est de survenue récente, sans complications médicales ou psychiatriques sévères et lorsque la famille a le désir et l'énergie de s'impliquer en tant que partenaire actif des soins, soit en traitement hospitalier dans les autres cas.

L'organisation des soins s'inspire du modèle pyramidal théorisé par l'équipe belge (Vanderlinden et Vandereyken, 1989 et 1991). Toutes les familles, qu'elles soient compétentes ou dysfonctionnelles, sont considérées comme « vivant une problématique unique à l'anorexie qui exige en quelque sorte un tronc thérapeutique commun initial ». Cette modélisation séquentielle et progressive par niveaux est sous tendue par le fait que toutes les familles ne sont pas dysfonctionnelles et que la crise générée par l'anorexie n'est pas nécessairement un signe de pathologie sous jacente.

III-1-1 Etapes de la prise en charge

- La construction d'une alliance thérapeutique : la mise en place d'un partenariat passe par un travail d'écoute, de soutien et de partage d'informations. Le soutien comprend notamment la valorisation des compétences familiales pouvant contribuer à la réalisation des objectifs thérapeutiques.

- La guidance psychoéducatrice : elle consiste à apporter une information à la famille autour de l'étiologie du processus anorexique, autour de son évolution et de sa gravité. Ces informations permettent une vision plus commune et surtout déculpabilisée du processus anorexique. Les thérapeutes sont attentifs aux croyances familiales autour de la maladie (étiologie, dimension psychosomatique). Les échanges entre l'équipe soignante et la famille doivent aboutir à une vision non causaliste et basée sur les compétences familiales. Cette étape passe par une mobilisation familiale et surtout parentale, en amplifiant le sentiment de responsabilité dans le partenariat thérapeutique et en optimisant le niveau d'anxiété. Les thérapeutes utiliseront des techniques visant à diminuer les attitudes hostiles, telles que

l'externalisation, la concrétisation de la maladie ou bien les techniques d'empathie et de « reconnection » avec la patiente et son vécu.

- Le renforcement et la réorganisation optimale de la famille : comme les modèles précédents, la fonction exécutive parentale est renforcée afin de reprendre le contrôle sur l'alimentation de leur fille. Cette reprise de fonction exécutive parentale, particulièrement cruciale dans les traitements ambulatoires, repose sur quatre compétences : la cohésion, la cohérence dans le temps, la communication et la résolution des conflits. Les techniques visant à renforcer le sous-système parental et à maintenir des frontières intergénérationnelles reposent sur les stratégies structurales décrites par Minuchin. Les techniques de résolution des conflits et d'optimisation des processus communicationnels sont empruntées à divers courants allant de l'école communicationnelle de Virginia Satir à des courants plus comportementaux, ce travail étant adapté selon les problématiques des familles et leur niveau d'hostilité et de conflit. La dimension de réorganisation optimale de la famille comporte également le réaménagement des liens entre famille et trouble alimentaire, par le biais de techniques là aussi variées (questionnement circulaire, techniques psychoéducatives, structurales ou stratégiques).

- L'espace des consultations familiales. Cette étape intervient au moment où la dimension symptomatique alimentaire est moins prégnante et où la famille peut s'ouvrir à de nouveaux thèmes familiaux plus vastes : craintes et espoir suscités par un retour à la maison ou par la diminution de la fréquence des consultations, réaménagements liés à la phase de convalescence, interrogations sur le futur, et de manière plus générale tout ce qui concerne la reprise d'une vie familiale en lien avec son cycle de vie. Une information sera donnée à la famille concernant l'évolution, les risques de rechute et de pérennisation liés à la maladie. C'est également le moment où les parents vont renégocier la reprise de contrôle des conduites alimentaires par la patiente.

Les thèmes développementaux abordés sont fonction de l'âge de la patiente : changements physiques et puberté au début de l'adolescence ; relation avec les pairs et remise en question des modèles parentaux au milieu de l'adolescence ; autonomie pour les grandes adolescentes.

Les parents sont encouragés à repenser leur identité de couple, à développer des intérêts et des activités en dehors de leur fonction parentale et à accepter l'autonomisation de leur enfant.

C'est généralement à ce stade que l'équipe intégrée se dissocie et que la thérapie familiale poursuit un chemin plus classique avec la famille, soit sous forme d'entretiens familiaux

espacés (visant à maintenir les progrès réalisés et à accompagner la famille), soit sous forme de thérapie familiale proprement dite.

III-1-2 La thérapie familiale

Elle est indiquée pour les familles dont certains aspects durables de dysfonctionnement pourraient contribuer à une rechute, une chronicisation ou une guérison limitée, avec un blocage des processus d'autonomisation et une restriction marquée de la vie affective et sociale. En terme systémiques, sont concernées les familles pour lesquelles la pathologie anorexique pourrait avoir une utilité, notamment celle de maintenir une homéostasie familiale, et/ou dans lesquelles l'insatisfaction familiale est génératrice d'une souffrance importante. L'objectif est alors de restructurer en profondeur l'organisation et les interactions familiales, d'évaluer le poids des dynamiques transgénérationnelles dans les dysfonctionnements actuels ainsi que l'histoire du couple parental et son impact sur la souffrance actuelle.

Elle intervient le plus souvent à la fin de la prise en charge en milieu hospitalier et au début de la prise en charge en ambulatoire, lorsqu'un certain degré de stabilisation symptomatique a été atteint.

L'approche thérapeutique dépend moins de l'orientation théorique du thérapeute que de l'alliance qui s'établit entre celui-ci et la famille : tous les modèles de thérapie familiale utilisés ont ici leur place et sont utilisés de manière « souplement intégrée » et « éclectique ». Chaque thérapeute développe son propre répertoire d'interventions et de techniques selon les thèmes abordés (connotation positive, prescription paradoxale du symptôme, génogramme, techniques analogiques, narratives et cognitives visant une restructuration des liens entre sensation et émotion, induction de crise dans les familles rigides et résistantes, etc..).

Les thèmes privilégiés sont les suivants :

- Les processus d'individuation et d'autonomisation et les tâches développementales propres à l'adolescence ;
- La reconnaissance et l'expression des émotions, notamment dans les familles ayant des difficultés dans ce domaine ;
- Les déséquilibres dans la distribution du pouvoir et des rôles dans la famille ;
- Les dynamiques individuelles et relationnelles (intergénérationnelles incluses) gênant la résolution de conflits importants ;

- Les triangulations délétères ou les liens privilégiés entre l'adolescente et l'un des parents.

III-1-3 Intérêt de ce modèle

- Intégration du travail familial : ici, l'approche familiale fait pleinement partie de la prise en charge institutionnelle, évitant ainsi sa marginalisation et permettant le passage d'une vision linéaire vers une vision plus systémique et pluridisciplinaire pour l'ensemble de l'équipe.
- Réintégration familiale de la patiente : la consultation familiale dans un contexte d'hospitalisation permet une réinsertion temporaire de la jeune fille dans un cadre structuré et soignant.
- Outil de jonction : il existe une continuité entre famille et équipe et entre les différents soignants ainsi qu'une jonction entre les différents membres de la famille.

III-1-4 Limites

- Problèmes de confidentialité : les intervenants amenés à intervenir en consultation familiale se retrouvent porteurs d'une information, d'une alliance et d'une loyauté à l'égard de la patiente, pouvant mettre en difficulté la patiente comme l'équipe.
- Problèmes institutionnels : liés à la consommation de temps auprès de l'équipe soignante au détriment de la salle d'hospitalisation.
- Familles très dysfonctionnelles : les familles dans lesquelles un des membres présente un trouble psychiatrique ou dans lesquelles les relations sont particulièrement conflictuelles s'intègrent difficilement dans ce modèle.
- Les théories d'orientation psychanalytiques paraissent pour certaines peu compatibles avec cette approche : classiquement uni ou bifocale, la prise en charge consiste classiquement en une double prise en charge par un psychiatre et par un ou plusieurs psychothérapeutes, en miroir de ce que Jeammet et Corcos (1999) nomment le « double niveau pathologique » des troubles du comportement alimentaire. Le versant comportemental caractérisé par l'agir (acte symptôme) dont le psychiatre se porte garant, et le versant intrapsychique, assuré par le(s) psychothérapeute(s) sont ici fortement intriqués, d'où un risque d'enchevêtrement et de confusion entre les différents espaces.

III-2 L'approche systémique et psychodynamique de l'Institut Mutualiste Montsouris

III-2-1 Une prise en charge multimodale et bifocale

Cette approche s'intègre dans une prise en charge multifocale dans laquelle chaque patient est suivi par un psychiatre référent, pierre angulaire de la prise en charge dont les rôles sont les suivants :

- Surveillance de l'évolution pondérale et psychologique du sujet,
- soutien autour de la sortie de l'hospitalisation (éventuelle) et de la reprise scolaire,
- Exploration des relations avec les parents et les pairs,
- Suivi du projet médico-psychologique et social (orientation vers un psychothérapeute, une clinique soins-études, une assistante sociale, un médecin somaticien ou un nutritionniste),
- Prescription pharmacologique si nécessaire,
- Guidance parentale : les difficultés face à l'alimentation sont évoquées en entretien conjoint. Le patient est incité à reprendre le contrôle de son alimentation et les parents confient la surveillance pondérale aux médecins. Les médiations autres que les repas sont conseillées. Les modes de relation parents-enfant et les conflits familiaux sont abordés. L'autonomisation du patient est encouragée et accompagnée.

Ce suivi peut être mis en place à la demande d'un médecin extérieur à l'établissement ou bien à la sortie d'une hospitalisation. Dans tous les cas, l'intensité de ce suivi est adaptée à l'état du patient. Il comporte toujours des consultations avec le psychiatre référent (rythme environ bimensuel) et des entretiens réguliers associant les parents (environ une fois par mois à une fois tous les deux mois), et si besoin une psychothérapie individuelle. Ce suivi est pratiqué soit à l'Institut, soit par un réseau de correspondants travaillant sur les mêmes bases.

Il s'articule avec d'autres types de prise en charge telles qu'une psychothérapie (individuelle en face à face, psychodrame individuel ou collectif), un suivi nutritionnel et diététique, endocrinien, dentaire et par le médecin généraliste.

L'hospitalisation est initiée à la demande du psychiatre référent devant la présence de facteurs de gravité (Grall-Bronnec et al., 2008):

- Clinique : perte de poids supérieure à 30% du poids total, indice de masse corporelle inférieur à 13 Kg/m², bradycardie inférieure à 40 battements par minute, hypotension artérielle inférieure à 80/50 mmHg, troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, hypothermie inférieure à 36°C, aphagie totale, pathologie oesophagienne, signes d'épuisement physique, convulsions (possible œdème cérébral par hyponatrémie de dilution).
- Biologique : hypokaliémie < 2,5 mmol/L, hyponatrémie < 125 mmol/L, hypomagnésémie < 0,5 mmol/L, hypophosphorémie < 0,5 mmol/L, hypoglycémie < 2,5 mmol/L, leucopénie < 2000/ mm³, thrombopénie < 100000/ mm³, insuffisance rénale fonctionnelle, perturbations du bilan hépatique.
- Psychiatriques : risque suicidaire, situation de crise familiale.

Lors de l'entretien d'admission, un contrat de poids est mis en place entre l'équipe, la famille et la patiente, contrat qui définit un temps de séparation entre la patiente et sa famille, séparation qui est pensée autour du concept de séparation-individuation du sujet. Ce contrat est construit autour de deux axes : le poids de sortie définitive qui permet à la patiente de quitter le service, et le poids de levée de séparation, marquant la deuxième phase de l'hospitalisation, qui permet une reprise progressive des investissements et de la vie extérieure (visites, permissions en famille, école...). Lors de l'hospitalisation sont proposés des entretiens avec le patient (deux fois par semaine), des entretiens familiaux réguliers (environ toutes les deux semaines) et un groupe de parole pour les parents toutes les trois semaines (Godart et al., 1997).

L'indication d'une thérapie familiale est discutée avec le psychiatre référent et les thérapeutes familiaux.

III-2-2 la thérapie familiale

1. Le cadre thérapeutique

Les prises en charge familiales sont dispensées par deux thérapeutes familiaux du service, d'orientation systémique et psychodynamique. La durée de la thérapie est variable et laissée à l'appréciation des thérapeutes selon l'évolution et la demande des familles. Les séances se

succèdent à une fréquence d'une séance toutes les trois à quatre semaines, et durent une heure trente. Elles concernent à la fois la patiente, ses parents et au minimum la fratrie âgée de plus de 6 ans vivant au domicile. La thérapie familiale peut être initiée dans un contexte de suivi ambulatoire ou bien dans le cadre d'une hospitalisation.

L'absence de focalisation sur le symptôme alimentaire ainsi que la démarcation par rapport à toute forme de stratégie comportementale différencient cette approche des modèles anglo saxons. Les thérapeutes n'assument pas la gestion du symptôme alimentaire qui est pris en charge par le psychiatre référent, interlocuteur qu'ils peuvent interpeller en cas d'inquiétude. Sans nier la souffrance personnelle, ses aspects intrapsychiques et métapsychologiques, ni les aspects somatiques et biologiques de la pathologie, l'accent est mis sur les interactions fonctionnant autour du symptôme.

2. Axes de traitement

Par leur action, les thérapeutes tentent d'amener une plus grande autonomie des individus dans la famille, permettant à chacun d'être plus en contact avec ses émotions et ses affects et de mieux les différencier, d'aménager les relations et les limites (rapprochement-éloignement) à l'intérieur comme à l'extérieur de la famille. Pour cela, il semble indispensable de travailler sur deux axes (diachronique et synchronique), c'est-à-dire à la fois sur le passé, le présent et le futur :

- **Le passé :** A travers les générations, l'histoire des familles d'origine de chacun des parents est transmise par injonctions, dettes, obligations réalisées ou non qui constituent des loyautés, c'est-à-dire des nécessités pour chaque individu de répondre aux attentes du groupe familial. La construction de l'arbre généalogique, la mise à jour des mythes familiaux, l'exploration des loyautés et des pseudo-secrets, l'histoire du couple parental vont permettre de faire des hypothèses sur la dynamique transgénérationnelle propre à chaque famille.
- **Le présent :** Les conceptions du symptôme (origine, causes...) de chaque membre de la famille, les modes de communication verbale et non verbale (attitudes, place des uns par rapport aux autres, expression des affects), les alliances, les coalitions, le procédé du bouc émissaire... conduisent à une évaluation de la structure familiale (avec ses frontières, ses liens aux familles d'origine) et du processus évolutif de la famille.

- **Le futur** : Il apparaît nécessaire que chacun exprime ses attentes en ce qui concerne la conduite alimentaire symptomatique, donne son opinion sur les traitements mis en route, imagine l'impact des changements dans la famille et sur chacun de ses membres, ce qui donne une idée sur les aptitudes au changement des individus et du système dans son entier.

Proposer un cadre thérapeutique pour le groupe familial, c'est reconnaître le débordement de ses capacités adaptatives, la souffrance des individus dans ce groupe, la difficulté actuelle à vivre ensemble avec la patiente et ce qu'elle fait éventuellement subir à son entourage. Mais c'est aussi reconnaître la compétence de la famille dans ses modes de perception, de compréhension et d'action (soulagement et intérêt de la fratrie lorsqu'ils sont associés par exemple). La demande initiale et explicite de la famille est l'effacement du symptôme et le retour à l'état antérieur d'équilibre familial, ou à son illusion, fantasme dont tous ont la nostalgie.

Le symptôme est donc le point d'appui qui permet aux thérapeutes de faire alliance avec cette famille, porteuse d'une demande contradictoire. S'affilier à la famille est en effet la première étape nécessaire à la construction d'un système thérapeutique qui devra être évolutif et créatif, le temps suffisant pour que les thérapeutes comme la famille puissent mutuellement se dégager, afin que celle-ci retrouve ses propres capacités de régulation et d'invention.

La connotation positive est d'une grande utilité dans le processus thérapeutique. Le symptôme est une création du système familial pour tenter de résoudre une crise, c'est-à-dire une solution de compromis visant à dépasser ses contradictions. Le thérapeute familial peut faire part à la famille de cette conviction, conférer au symptôme un sens positif par rapport à la position du groupe familial dans une formulation acceptable pour la famille. En conséquence, le processus thérapeutique ne vise pas un savoir de plus en plus complet des thérapeutes sur la famille par l'accumulation d'informations, mais plutôt la mise en place d'un espace commun où thérapeute et famille sont liés, mais différenciés. S'appuyant sur une résonance mutuelle, il va être possible d'utiliser des métaphores qui renvoient au sens du symptôme dans le fonctionnement actuel de la famille, dans ses liens transgénérationnels, dans la place et le rôle de chacun à l'intérieur du groupe.

Il s'agit donc d'une démarche qui se veut flexible et adaptée à chaque famille au niveau des thèmes abordés en séances, mais aussi dans les techniques utilisées : méthodes de

restructurations, méthodes stratégiques, travail transgénérationnel (utilisation de génogrammes), d'interprétation ou de connotation positive.

Sur un plan théorique, les auteurs se démarquent des premiers modèles de familles anorexigènes : Kaganski (1999) souligne la prudence requise de descriptions qui se fixeraient comme objectif une « typologie » des familles anorexiques, définissant un profil type de mère, de père, de frères et sœurs mais aussi de relations intrafamiliales (conjugales, parentales, au sein du sous-système de la fratrie) ou transgénérationnelles. Le risque d'une telle description serait de rigidifier l'approche thérapeutique familiale, de l'appauvrir dans sa singularité et ses potentialités, sans tenir compte des spécificités et ressources propres à chaque famille, tout en prenant le risque de dresser un tableau très culpabilisant pour la famille. Toute tentative de modélisation doit donc tenir compte du contexte favorisant l'écllosion symptomatique, des changements auxquels ont eu à faire face la patiente et sa famille dans la période d'émergence de la maladie (changements liés à l'adolescence, répercussions familiales, départ d'un aîné, situation professionnelle), mais aussi de la dynamique évolutive en ce qu'elle participe à la pérennisation des troubles (Wallin et Kronvall, 2002).

IV. L'approche familiale belge de l'anorexie mentale

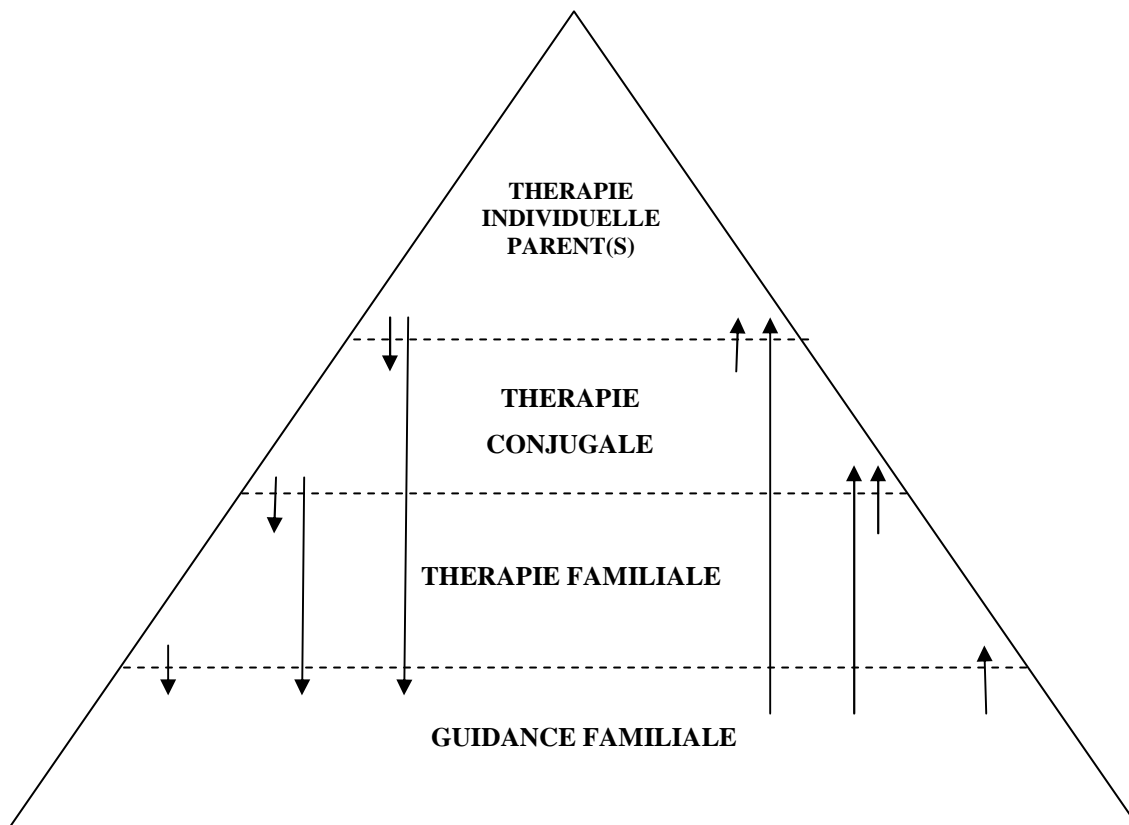
Le modèle belge (Vanderlinden et Vandereycken, 1989) a la particularité d'être flexible et éclectique, ancré dans la conviction que la thérapie familiale (au sens classique du terme) n'est pas une nécessité pour toutes les familles d'anorexiques mais qu'en revanche une approche d'orientation familiale est une nécessité absolue pour toutes les familles.

Ce modèle est donc caractérisé par une organisation séquentielle de diverses approches familiales possibles, allant de la simple guidance au traitement familial intensif selon les besoins de la famille et l'évolution de la maladie.

L'articulation des différents niveaux d'intervention est bien représentée dans le modèle pyramidal (voir figure n°12) que les auteurs ont construit sur quatre niveaux distincts.

1. La base de la pyramide : le premier niveau d'intervention destiné à toutes les familles, comprend ce que les auteurs appellent une « guidance parentale et familiale ».
2. Le deuxième niveau d'intervention : destiné à certaines familles, il comprend la thérapie familiale qui, comme le terme l'indique, suggère la présence d'un dysfonctionnement demandant à être pris en charge.
3. La thérapie familiale est, dans certains cas, un tremplin pour la mise en place d'une thérapie de couple.
4. Enfin, quelques parents particulièrement en difficulté pourront bénéficier d'une psychothérapie individuelle.

Figure n°12 ; Modèle pyramidal de travail familial dans le traitement de l'anorexie mentale (Cook-Darzens, 2002, adapté de Vandereycken et Vanderlinden, 1989)



Cette organisation pyramidale a l'avantage d'être souple, permettant aux familles d'aller et venir entre les différents niveaux ou bien de « court-circuiter » certains niveaux.

Le thérapeute familial a une position centrale dans l'équipe de soins car il gère non seulement l'équilibre complexe des différentes indications et prises en charge de la pyramide, mais il coordonne également la prise en charge ambulatoire post-hospitalière.

IV-1 Guidance parentale et familiale

Face à l'anorexie, chaque famille nécessite un soutien et une guidance. Ce premier niveau d'intervention s'organise autour de trois objectifs :

1. Développer une alliance de travail positive avec la famille ;
2. Requalifier l'anorexie dans le contexte familial ;
3. Donner aux parents des outils de résolution des problèmes.

L'alliance de travail se construit autour de trois pôles : la transmission d'information, le soutien et le renforcement d'attitudes parentales de collaboration. L'étiologie, la dimension psychosomatique, les conséquences et l'évolution du trouble alimentaire sont décrites avec précision, de manière à ce que la famille soit sensibilisée à la gravité du trouble et à l'importance d'un traitement adéquat. Les parents sont également encouragés à verbaliser les sentiments de culpabilité, de honte et d'incompétence qu'ils ressentent fréquemment et qu'une proposition d'hospitalisation ne peut que douloureusement raviver. Le thérapeute s'efforce de redéfinir les problèmes en termes plus constructifs de manière à redonner aux parents un sentiment de maîtrise. Les attitudes parentales antithérapeutiques (résistance, attitudes critiques à l'égard de la patiente) sont identifiées et travaillées.

L'analyse fonctionnelle de la famille vise à resituer l'anorexie dans son contexte et à déterminer les aspects dimensionnel et catégoriel du fonctionnement de la famille : les auteurs distinguent les familles fonctionnelles en crise temporaire des familles plus chroniquement établies dans le dysfonctionnement, en insistant sur le fait que les familles en crise ne sont pas forcément pathologiques et que l'absence de crise dans les familles confrontées à l'anorexie est un phénomène rarissime.

Le passage d'un niveau à l'autre de la pyramide sera fonction des aspects dysfonctionnels retrouvés au cours des entretiens, notamment les interactions familiales susceptibles de maintenir voire d'aggraver les symptômes, et réciproquement le degré avec lequel les troubles maintiennent certains dysfonctionnements au sein de la famille.

Des techniques thérapeutiques sont utilisées dans les cas où le manque de cohérence parentale entrave le processus de soins, telles que le *Parent training Program*, qui utilise des principes d'apprentissage social ainsi que des techniques de négociation et d'écoute active.

IV-2 Thérapie familiale directive

Ce deuxième niveau thérapeutique est réservé aux familles dont les perturbations sont à risque de maintenir ou d'aggraver le pronostic de la maladie, et pour lesquelles l'anorexie a une fonction régulatrice ou homéostatique.

Cette thérapie familiale pragmatique combine les apports de différentes écoles familiales d'orientation structurale, stratégique et comportementale. L'évaluation et la réévaluation des phénomènes intrafamiliaux guident le thérapeute tout au long du traitement.

Des techniques structurales et stratégiques/systemiques de provocation, d'interventions paradoxales et d'induction de crise sont utilisées de manière à ébranler certains schémas dysfonctionnels ainsi que l'ambivalence et la résistance qui y sont souvent associées.

De même, le thérapeute s'efforce de clarifier les limites inter générationnelles et de renforcer le sous-système parental.

Après la période de prise en charge intensive de la patiente (en hospitalisation ou en ambulatoire), les auteurs insistent sur l'importance primordiale d'un suivi familial sur le long terme et d'intensité progressivement décroissante, visant à consolider les changements et à diminuer les risques de rechute.

Nous souligneront que ce modèle garde une lecture plus « traditionnelle » des interactions psychosomatiques en jeu dans les familles d'anorexiques par rapport à d'autres. L'évaluation fonctionnelle de la famille suit essentiellement une logique de recherche des facteurs familiaux de risque ou de vulnérabilité, au détriment pour certains d'une recherche plus équilibrée de facteurs d'adaptation à la fois positive et négative.

La dimension dynamique, développementale et de co-évolution des différents sous-systèmes n'est pas au premier plan, dirigeant la famille vers des formes d'adaptation plus ou moins optimale, sans tenir compte des domaines de compétence à mobiliser qui s'articulent aux secteurs d' « incompétence à neutraliser » (Cook-Darzens, 2002).

DISCUSSION

Les théories psychanalytiques traditionnelles font l'hypothèse d'un échec du processus de séparation et d'individuation dans la psychogenèse de l'anorexie mentale.

Même si Minuchin et Selvini-Palazzoli sont en accord avec ces théories, ils considèrent que le changement à l'échelle individuelle dépend en premier lieu d'une modification des dynamiques familiales qui maintiennent le comportement « hostile-dépendant » de l'anorexique (Stern et al., 1981). Les théories étiopathogéniques issues de ces auteurs sont allées de pair avec des interventions « paternalistes » dans lesquelles les thérapeutes devenaient les « parents » de la famille dans leur manière de diriger et de structurer le système thérapeutique. L'environnement thérapeutique venait se substituer à la « mère suffisamment bonne » de Winnicott, non seulement pour le patient identifié mais aussi pour la famille dans son ensemble (Stern et al., 1981).

Les preuves empiriques croissantes de l'efficacité de la thérapie familiale dans le traitement de l'anorexie mentale ont donné d'autant plus de poids aux modèles décrits par ces auteurs et ont sans nul doute contribué aux changements majeurs dans la prise en charge des troubles alimentaires depuis ces 15 dernières années.

Paradoxalement, et parallèlement à l'efficacité grandissante de la thérapie familiale, les témoignages selon lesquels les bases théoriques des modèles théoriques de référence étaient défectueuses se sont multipliés. Le paradoxe réside en ce que ces mêmes modèles sont ceux qui ont sous-tendu le travail ultérieur avec les familles d'anorexiques : malgré le nombre important de travaux de recherches, le concept de famille psychosomatique n'a pas pu être validé scientifiquement, alors que les familles d'anorexiques s'avéraient être un groupe hétérogène, non seulement en termes de caractéristiques sociodémographiques mais aussi en termes de dynamique relationnelle, de climat émotionnel et de modes d'interactions (Eisler, 1995). Alors que les études rapportant un meilleur devenir des patientes bénéficiant d'un travail familial se multipliaient, ces résultats prometteurs n'étaient pas pour autant expliqués par le modèle psychosomatique de façon évidente. Ainsi les patientes auraient-elles pu être améliorées pour de « mauvaises raisons », c'est-à-dire selon un processus différent de celui qu'on avait imaginé.

De la même manière, l'efficacité isolée de traitements de nature différente (groupes psychoéducatifs, thérapie familiale systémique ou comportementale, groupes multifamiliaux)

souligne le fait que des mécanismes et des « cibles thérapeutiques » apparemment distincts peuvent aboutir chacun à une évolution favorable. Une telle divergence entre les observations empiriques et les modèles théoriques et thérapeutiques donne à penser que la compréhension des mécanismes impliqués dans le changement est limitée.

Actuellement, les prises en charge familiales se perpétuent en raison de leur efficacité mais avec des constructions théoriques différentes qu'initialement, et en évolution constante. Ceci nous amène à réfléchir autour des mécanismes par lesquels l'efficacité thérapeutique pourrait être médiée.

Ces mécanismes nous paraissent de plusieurs ordres : d'ordre général d'un part, d'ordre spécifique à certaines pratiques d'autre part.

- En premier lieu, le travail familial présente des qualités propres quelles que soient ses spécificités : au-delà des différences liées au cadre théorique et thérapeutique, la ou les diverses technique(s) utilisée(s) préférentiellement par un thérapeute, telles que la restructuration cognitive, la redéfinition du symptôme, l'externalisation de la maladie ou le travail psychoéducatif partagent différents mécanismes pouvant participer à une évolution favorable. Ces outils de médiation sont susceptibles de mobiliser l'attention et la réflexion, d'encourager implicitement les membres de la famille à porter un regard différent sur l'adolescente, de sortir d'un processus interactif rigidifié, et d'apaiser des sentiments de culpabilité et des angoisses sous-jacentes. Ces différents mécanismes, dont la liste n'est pas exhaustive, sont le propre d'un travail familial psychothérapeutique impliquant à la fois des processus psychologiques individuels et relationnels. L'implication de la famille dans le processus de soins et sa prise en considération comme un ensemble d'individualités avec des ressources propres apparaît comme le principe fondamental du travail actuel avec les familles. C'est cela même qui a pu être mis en évidence dans plusieurs études qui ont montré la supériorité d'une modalité thérapeutique dans laquelle les parents sont impliqués (Russell et al., 1987, Eisler et al., 2000, Robin et al., 1994, Godart et al., 2009 soumis).

Par contre, il ne semble pas que ce soit la dimension de conseil nutritionnel qui joue le plus dans l'efficacité d'une telle implication puisqu'une forme de thérapie familiale dans laquelle les parents sont dissuadés de contrôler l'alimentation de leur enfant est elle aussi supérieure à une thérapie individuelle (Godart et al., 2009, soumis), et qu'un suivi nutritionnel seul n'est pas efficace (Pike, 2003). En d'autres termes, la part effective de la thérapie familiale réside dans l'implication de la famille, sans que celle-ci soit nécessairement actrice du programme de renutrition.

- Par ailleurs, chaque modalité thérapeutique est susceptible d'avoir une efficacité propre, en lien avec des caractéristiques et des cibles intrinsèques, en soi porteuses de changement. Les techniques cognitives agissent plus spécifiquement à un niveau individuel de restructuration, alors que les outils structuraux vont intervenir au niveau de la hiérarchie familiale (notamment). De même, une intervention stratégique aura pour objectif de diminuer l'incidence des symptômes sur le fonctionnement familial. Une question qui émerge alors est de savoir dans quelle mesure un outil thérapeutique est associé à une cible particulière et une étiologie spécifique.

Initialement, la thérapie familiale était légitimée par l'hypothèse d'une responsabilité familiale dans l'incidence des troubles alimentaires. Actuellement, le travail familial s'appuie sur une perspective multifactorielle : les différents niveaux impliqués dans l'émergence et la perpétuation des troubles et correspondant à des objectifs thérapeutiques comprennent le symptôme, l'individu et la famille, l'impact du symptôme sur ces derniers, ainsi que les influences sociétales. Nous avons vu la difficulté qu'il existe, pour le thérapeute, à interpréter des dysfonctionnements familiaux comme des facteurs étiopathogéniques ou bien réactionnels. Ce qui nous semble important est de reconsidérer cette réflexion à la lumière de la dimension d'homéostasie familiale : tout dysfonctionnement familial quel qu'il soit doit être pris en compte dans son rôle dans la persistance des symptômes et réciproquement. L'impact du symptôme dans le mode de fonctionnement actuel de la famille doit être présent à l'esprit et considéré comme une cible privilégiée de la thérapie : ce qui importe est de trouver une autre forme d'équilibre, partant de la dynamique actuelle afin de réduire la dimension pérennisante de celle-ci, en ce qu'elle crée une tendance à perpétuer voire renforcer le trouble anorexique.

Allant de pair avec les questionnements sur les cibles thérapeutiques, les approches théoriques, anciennement focalisées sur des modèles explicatifs de l'apparition des conduites anorexiques, se sont d'avantage orientées ces dernières années vers des modèles de maintenance et d'aggravation des troubles, même si l'attention portée sur ces facteurs dits de maintenance n'est pas récente et a été décrite avec précision, notamment par Minuchin.

Ces modèles se sont en partie appuyés sur une littérature empirique et théorique qui a pour objet l'impact de la maladie sur les autres membres de la famille.

Sans remettre en question l'influence au moins partielle de la dynamique familiale sur la stabilisation des comportements alimentaires, et de manière complémentaire, une plus grande attention a été portée sur l'incidence de ceux-ci sur les aspects individuels, familiaux et sociaux.

Les auteurs, à l'instar d'autres pathologies chroniques comme l'alcoolisme, ont ainsi décrit avec précision la manière dont le climat relationnel et affectif, les rituels quotidiens tout comme les stratégies adaptatives, étaient mis à mal.

Il est apparu de plus en plus évident que ce qui était prévisible dans ces familles était moins leurs caractéristiques relationnelles et affective que la manière dont les symptômes alimentaires venaient amplifier certains aspects des dynamiques familiales et restreindre les possibilités adaptatives.

Peut-être est-ce aussi la plus grande faisabilité méthodologique de ce type d'approche (analyse dans l'ici et le maintenant, absence de biais lié à un recueil rétrospectif des données) qui a contribué à l'intérêt qu'elle a suscité.

- Une autre piste de réflexion autour des processus porteurs de changement qui sont en jeu dans le travail avec les familles est issue des groupes multifamiliaux. Ces derniers sont en effet caractérisés par leur caractère intense et limité dans le temps, dans un contexte qui est souvent marqué par le caractère envahissant des symptômes, à savoir un contexte de crise.

Or, la crise est précisément ce qui est susceptible de « faire levier » sur le système formé par la maladie, l'individu et la famille et de provoquer le changement. Il semble que certaines interventions regroupent des conditions requises pour qu'une amélioration s'opère : le contexte de crise qui crée un état d'équilibre précaire, source d'une demande, d'une alliance forte et d'une dynamique évolutive ; l'intensité et le caractère limité dans le temps durant lequel les ressources individuelles se conjuguent et sont optimisées dans une direction soumise à l'attention du thérapeute. Les dimensions de temporalité et d'intensité, corollaires « thérapeutiques » de la situation de crise, contribuent donc certainement à une mise en commun des ressources du système thérapeutique et d'une dynamique porteuse de changement.

Au delà de ces considérations, une évolution qui nous paraît des plus importantes est l'attitude thérapeutique qui consiste à s'appuyer non plus seulement sur l'expérience du thérapeute mais aussi sur les ressources du système familial.

Des auteurs parmi les plus influents considèrent en effet qu'il est plus utile et pertinent d'explorer avec les familles la manière dont elles se sont organisées autour des troubles alimentaires et de les aider à trouver des ressources propres (Eisler et al., 2003).

De manière assez schématique, il s'est opéré comme un glissement ces trente dernières années depuis une approche par « substitution » des parents par le thérapeute à une demande de

participation parentale active de la part des professionnels de santé. Les parents sont désormais acteurs des soins de leur enfant, et peuvent être considérés dans certains cas de figures comme des co-thérapeutes.

Cette nouvelle trajectoire épistémologique est bien illustrée par l'intérêt porté au concept de résilience familiale de Walsh, défini par trois caractéristiques :

- Une organisation souple et unie s'appuyant sur des ressources sociales et économiques structurées ;
- Un système de croyances caractérisé par une vision positive de la vie, une capacité à donner du sens à l'adversité, et une certaine spiritualité ;
- Une communication claire et affectivement ouverte, favorisant la collaboration dans la résolution des problèmes.

Cette description, issue d'une tradition anglo-saxonne, reste d'ordre conceptuel et doit être nuancée dans l'intérêt clinique qu'elle comporte.

A l'extrême de ce continuum, des modes de prise en charge tels que la thérapie multifamiliale ou la pratique dite narrative sont particulièrement illustratives.

Selon les initiateurs de la thérapie narrative, le rôle du clinicien est d'aider le patient à trouver ses réponses et sa voie propres, ce soutien pouvant être renforcé par l'inclusion d'une communauté plus large dans le processus de thérapie familiale. Cette approche, au même titre que la thérapie familiale multiple, vient remettre en question la vision thérapeutique familiale traditionnelle en faisant intervenir des ressources extérieures à la relation thérapeute-famille.

Ainsi, Rhodes et ses collègues (2005) distinguent deux types de « communautés externes » pouvant être incluses dans le processus de thérapie narrative.

Les premiers correspondent aux anciens patients ayant réussi à résoudre un problème donné et dont l'expérience et la connaissance propres peuvent contribuer à aider des personnes présentant actuellement les mêmes difficultés. Ces anciens patients peuvent être « recrutés » à titre de conseiller ou de spécialiste, et être directement sollicités aussi bien par le thérapeute que par les patients actuels.

Le deuxième type de ressources externes au système thérapeute-famille comprend les personnes déjà connues par les patients et faisant partie de leur vie, qu'il s'agisse d'amis ou de parents. Il peut leur être demandé d'être les témoins du thérapeute dans sa recherche de certaines « séquences » oubliées ou cachées de l'histoire de la famille qui rendent compte des succès et des compétences, familiales comme individuelles.

Cette démarche qui consiste à reconnaître les compétences, apporter un soutien solidaire et offrir informations et ressources à la famille est consistante avec celle qui consiste à mobiliser des expériences partagées tel qu'on l'observe dans la thérapie familiale multiple. Dans ce dernier cas, la communauté externe comprend d'autres familles à une même étape du traitement.

Lorsqu'on considère l'évolution des pratiques, il en ressort un certain nombre de tendances, chaque équipe étant liée à des traditions théoriques et thérapeutiques en lien avec son expérience propre, toute approche se situant entre des tendances communes et des particularismes : en Belgique par exemple, l'équipe de Vandereycken et ses collègues a développé une approche pyramidale d'avantage fidèle à celle des auteurs classiques, alors qu'en France, Cook-Darzens a mis en place un modèle éclectique qui se veut intégré au système de soins. A l'institut Mutualiste Montsouris, le travail familial s'inscrit dans une filiation systémique et psychodynamique et s'attache à intégrer celui-ci à la prise en charge classique (ambulatoire ou hospitalière) tout en dissociant les espaces thérapeutiques. Les modèles anglo-saxons quant à eux gardent une tradition comportementaliste avec une participation parentale forte dans le processus de renutrition.

Parallèlement, et comme nous avons pu l'observer depuis ces trente dernières années, les prises en charge ont évolué pour une large part (surtout dans le monde anglo-saxon) vers une uniformisation du travail familial, consistant en une organisation par étapes, centrées initialement sur les symptômes alimentaires, une implication active des parents dans le processus de réalimentation de leur fille, ainsi qu'une intégration flexible et pluridisciplinaire au cadre hospitalier, cette tendance allant de pair, comme on l'a vu, avec des modèles théoriques multidimensionnels de la pathologie anorexique.

Sans pour autant parler de « globalisation » des pratiques, nous ne pouvons nous empêcher de prendre en considération la tendance à la manualisation du traitement familial de l'anorexie mentale, ainsi que l'essor des groupes multifamiliaux qui « globalisent » la prise en charge autour de plusieurs familles simultanément. La thérapie multifamiliale a d'ailleurs fait elle aussi l'objet d'un manuel édité en 2002 par l'équipe de Scholz et ses collègues de Dresde.

En ce qui concerne la manualisation des thérapies, son intérêt consiste en une définition et une transmission des pratiques. Cependant, plusieurs auteurs ont mis en exergue le caractère problématique et paradoxal d'instituer un soin d'une qualité psychothérapeutique comme un protocole à suivre, compte tenu de son caractère foncièrement imprévisible et soumis au

principe de spontanéité. Une telle modalité thérapeutique n'est pas sans soulever la question problématique d'une rigidification de la relation thérapeutique, la spécificité dans la relation avec le patient « réel » semblant faire ici défaut. Wilson et al. (1996) quant à eux considèrent que les manuels peuvent interférer avec la relation entre thérapeute et patient mais aussi avec les qualités intuitives nécessaires au processus thérapeutique.

Sans remettre en question l'intérêt reconnu des manuels dans le cadre de la recherche et de la diffusion des pratiques, il nous semble essentiel de ne pas perdre de vue l'importance d'un lien thérapeutique suffisamment souple et dans lequel un espace est accordé à la créativité, qualités nécessairement liées à la relation psychothérapeutique d'autant qu'on a vu qu'il n'existait pas un seul type mais plusieurs formes de thérapies familiales pouvant apporter un bénéfice à la patiente. Le principe de standardisation reposant précisément sur la tendance à l'uniformité et l'interchangeabilité à la fois des familles mais aussi des thérapeutes, nous pourrions citer ce qu'énonce Ausloos dans *la compétence des familles* (2007), à savoir que « ce qui est thérapeutique chez le thérapeute, c'est lui-même ».

De la même manière, on a vu qu'un certain nombre de pratiques thérapeutiques étaient fortement orientées sur le trouble alimentaire, ce qui présente l'avantage de répondre à l'urgence symptomatique mais en contrepartie présente un risque de renforcement réactionnel des attitudes symptomatiques ainsi que celui d'un bras de fer relationnel, potentiellement délétère, d'autant que les parents se voient attribuer la responsabilité de la prise de poids de leur fille.

Une attitude thérapeutique consistant au contraire à se décentrer d'avantage du symptôme offre l'opportunité de reconsidérer d'autres aspects tout aussi importants tels que les dysfonctionnements intrafamiliaux. De même, une telle position permet aux parents - mais aussi et surtout à la patiente - de ne pas être en position de garant d'une guérison tant individuelle que, dans une certaine mesure, familiale. Cette position peut tout à la fois renforcer un sentiment de toute puissance chez la jeune fille mais aussi un vécu d'« injonction à aller mieux », de la part du thérapeute et de la famille, et de culpabilité en cas d'échec. Parallèlement, et de même que chaque famille répond différemment à la présence de symptômes anorexiques, les familles se distinguent aussi entre elles dans leur manière de bénéficier d'une thérapie familiale : certains parents s'approprient facilement l'autorité que leur confère le thérapeute alors que d'autres auront plus de difficulté à s'impliquer dans un contrôle alimentaire (c'est-à-dire sur le symptôme), ou du moins feront usage d'une autorité symbolique.

Ceci étant dit pour souligner deux aspects fondamentaux :

- D'une part, l'intérêt d'une approche pluri-intégrative au cours de laquelle s'effectue un travail à deux niveaux : individuel (symptomatique) et familial (systémique), le principe étant la guérison d'un trouble alimentaire, mais aussi la recherche d'une nouvelle homéostasie familiale dont le symptôme ne serait plus le garant. L'avantage d'une telle approche réside dans la possibilité de ne pas faire porter aux parents la responsabilité d'un échec ou d'une réussite.

- D'autre part, devant les contraintes que posent les symptômes, le cadre thérapeutique et les difficultés de fonctionnements de chacun, chaque équipe doit se donner comme objectif prioritaire de faire de ces familles, que caractérise leur désarroi, des alliés, en cherchant à établir avec eux une relation de confiance de façon à ce qu'ils ne constituent pas une entrave aux éventuels progrès de leur enfant vers une vie plus autonome. A cette fin, il paraît primordial de suivre des modalités relationnelles tolérables pour ces familles, notamment pour les parents, plus qu'on ne peut les leur imposer.

Dans ces conditions, et par principe, la thérapie familiale paraît être difficilement compatible avec une attitude systématique.

CONCLUSION

L'évolution des modèles thérapeutiques dans le champ des troubles alimentaires est marquée en premier lieu par la révolution épistémologique qui s'est opérée lors de l'apparition des premiers modèles systémiques appliqués à ce cadre. Même si la littérature psychanalytique abonde de descriptions autour des dimensions relationnelles familiales, elle se distingue de l'approche systémique par son champ d'étude qui opère à un niveau intrapsychique et intersubjectif alors que la deuxième a comme objet le système familial dans son ensemble.

Les premières descriptions, pionnières, de modèles familiaux psychosomatiques en général et anorexigènes en particulier, ont malgré tout gardé l'empreinte de la tradition psychanalytique forte de leurs auteurs.

Et alors que ces modèles se diffusaient largement parmi les équipes spécialisées se sont développées des études cherchant à les valider scientifiquement. Deux résultats apparemment contradictoires s'en sont dégagés. D'une part, la reproductibilité du modèle psychosomatique et anorexigène n'a pas été vérifiée et s'est confrontée à une diversité importante au niveau des descriptions. D'autre part, les arguments en faveur d'un lien entre amélioration clinique des patientes anorexiques et travail familial sont devenus de plus en plus évidents.

Cette deuxième rupture épistémologique a marqué l'apparition de nouvelles approches dans la pratique clinique, marquées par une ouverture vers d'autres dimensions, (inter)individuelles et sociales, et par une prise en considération de la maladie en tant que facteur de réorganisation (et de fragilisation) familiale. Le pendant de ce dernier aspect est le repositionnement de la famille comme ressource à part entière et par voie de conséquence comme actrice du processus de soins.

On peut s'interroger sur une telle (r)évolution qui n'est pas sans rappeler celle que les modèles familiaux de la schizophrénie ont subi au cours de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle : mère « schizophrénogène » des années cinquante, familles à transaction schizophréniques des années soixante-dix, facteurs familiaux de stabilisation et de prévention de la rechute des années quatre-vingt-dix. Cette évolution est allée de pair des changements dans la perception des familles (d'obstacle à acteurs des soins) mais aussi des modèles étiopathogéniques médicaux qui intègrent plusieurs dimensions (individuelles, familiales, sociales et culturelles) dans un processus dynamique et coévolutif.

BIBLIOGRAPHIE

1. APONTE, HJ., VAN DEUSEN, JM. Structural family therapy. In GURMAN, AS., KNISKERN, DP. (Eds), *handbook of family therapy*. New York : Brunner/Mazel, 1981.

2. AUSLOOS, G. *La compétence des familles*. Editions Erès, 2007, 173p.

3. BACHAR, E., KANYAS, K., LATZER, Y., et al. Depressive tendencies and lower levels of self-sacrifice in mothers, and selflessness in their anorexic daughters. *Eur Eat Disord Rev*, 2008, vol. 16, suppl. 3, p. 184-90.

4. BALL, J., MITCHELL, P. A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eat Disord*, 2004, vol. 12, p. 303-314.

5. BARA-CARRIL, N., NIELSEN, S. Family , burden of care and social consequences. In : TREASURE, J., SCHMIDT, U., VAN FURTH, E., editors. *Handbook of eating disorders* . Chichester (UK) : John Wiley and Sons, 2003, p. 191-206.

6. BARROWCLOUGH, C., LOBBAN, F., HATTON, C., et al. An investigation of models of illness in carers of schizophrenia patients using the Illness Perception Questionnaire. *Br J Clin Psychol*, 2001, vol. 40, p. 371-85.

7. BENNINGHOVEN, D., TETSCH, N., KUNZENDORF, S., et al. Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 2007, vol. 48, suppl. 2, p. 118-123.

8. BERESIN, EV., GORDON, C., HERZOG, DB. The process of recovering from anorexia nervosa. *J Am Acad Psychoanal*, 1989, vol. 17, suppl. 1, p. 103-30.

9. BLISS, EL., BRANCH, CHH. *Anorexia Nervosa*. New York, Harper and Row, 1960.

10. BOCHEREAU, D., CORCOS, M. Quelques réflexions à propos de la place des pères dans les troubles des conduites alimentaires. *Revue du Praticien*, 2008, vol. 58, p. 150.
11. BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN, L., et al. *Milan systemic family therapy*. New York : Basic Books, 1987.
12. BOURKE, MP., TAYLOR, GJ., PARKER, JD., et al. Alexithymia in women with anorexia nervosa : a preliminary investigation. *Br J Psychiatry*, 1992, vol. 161, p. 240-43.
13. BROWN, GW., RUTTER, M. The measurement of family activities and relationships : a methodological study. *Human relations*, 1966, vol. 19, p. 241-63.
14. BRUCH, H. *Les yeux et le ventre : l'obèse, l'anorexique*. Paris, Payot, 1975.
15. BRUCH, H. Anorexia nervosa : Therapy and Theory. *Am J Psychiatry*, 1982, vol. 139, suppl. 12, p.1531-1538.
16. BRUCH, H. *L'énigme de l'anorexie : la cage dorée*. PUF, Paris, 1983.
17. BRUSSET, B. *L'assiette et le miroir*. Privat, Toulouse, 1977, 1 vol.
18. BRYANT-WAUGH, R., KNIBBS, J., FOSSON., et al. Long term follow up of patients with early onset anorexia nervosa. *Arch Disease Childhood*, 1988, vol. 63, p. 5-9.
19. CAMPBELL, D., DRAPER, R., HUFFINGTON, C. *Second thoughts on the theory and practice of the Milan approach to family therapy*. London : Draper Campbell, 1991.
20. CHUCHRA, M., DRZAZGA, K., PAWLOWSKA, B. Parent-child relations and sense of control in the perception of girls with anorexia. *Psychiatr Pol*, 2006, vol. 40, suppl. 4, p. 731-42.
21. COLAHAN, M., SENIOR, R. Family patterns in eating disorders : going round in circles, getting nowhere fasting. In SZMUKLER, G., DARE, C., TREASURE, J (Eds). *Handbook of eating disorders : theory, treatment and research*. Chichester, UK : John Wiley,

1995, p. 243-257.

22. COTTEE-LANE, D., PISTRANG, N., BRYANT-WAUGH, R. Childhood onset of anorexia nervosa : the experience of parents. *Eur Eat Disord Rev*, 2004, vol. 12, p.169-77.
23. COOK-DARZENS, S. *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique : approche systémique intégrée*. Dunod : Paris, 2002, 252 p.
24. COOK-DARZENS, S. *Thérapies familiales : des groupes comme agents thérapeutiques*. Erès, 2007, 381 p.
25. CORCOS, M., GUILBAUD, O., JEAMMET, P. Place et fonction du concept d'alexithymie dans les troubles du comportement alimentaires. *Ann Med Psychol*, 1998, vol. 156, suppl. 9.
26. COTTEE-LANE, D., PISTRANG, N., BRYANT-WAUGH, R. Childhood onset anorexia nervosa : the experience of parents. *Eur Eat Disord Rev*, 2005, vol. 12, p. 169-177.
27. CRISP, AH. *Anorexia Nervosa. Let Me Be*. Academic Press, London, 1980.
28. CRISP, AH., HARDING, B., MCGUINNESS, B. Anorexia nervosa : Psychoneurotic characteristics of parents : Relationship to prognosis. *J Psychosom Res*, 1974, vol 18, p. 167-173.
29. CRISP, AH., HSU, LKG., HARDING, B., HARTSHORN, J. Clinical Features of Anorexia Nervosa. *J Psychosom Res*, 1980, vol. 24, p. 179-91.
30. DALLOS, R., DENFORD, S. A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clin Child Psychol psychiatry*, 2008, vol. 13, suppl. 2, p. 305-22.
31. DALLY, P. *Anorexia Nervosa*. London, Heinemann Medical Books, 1969.
32. DALLY, P., GOMEZ, J. *Anorexia Nervosa*. London, Wm, Heinemann, Ltd., 1979, p.

21-34.

33. DARE, C., EISLER, I. Family therapy, In : SZMUKLER, G., Dare, C., TREASURE, J. (sous la direction de). *Handbook of eating disorders : theory, treatment and research* . London :Wiley, 1995, p. 334-49.
34. DARE, C., EISLER, I. Family Therapy for anorexia nervosa. In GARNER, DM., GARFINKEL, PE. (Eds). *handbook of treatment for eating disorders*. 2nd ed. New York : guilford Press, 1997. p. 307-24.
35. DARE, C., EISLER, I. A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*, 2000, vol 8, p. 4-18.
36. DARE, C., EISLER, I., RUSSELL, GFM., et al. Family therapy for anorexia nervosa : Implications from the results of a controlled trial of family and individual therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1990, vol 16, p. 39-57.
37. DARE, C., EISLER, I., COHALAN, M., et al. The listening heart and the chi square: clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa. *J Fam Ther*, 1995, vol. 17, p. 31-57.
38. DARE, C., LE GRANGE, D., EISLER, I., et al. Redefining the psychosomatic family: family process of 26 eating disorders family. *Int J Eat Disord*, 1994, vol. 16, suppl. 3, p. 211-26.
39. DE LA RIE, SM., VAN FURTH, E., DE KONING, A., et al. The quality of life of family caregivers of eating disorder patients. *Eat Disord*, 2005, vol. 13, p. 345-51.
40. DEWANBRECHIES-LA SAGNA, C. L'anorexie vraie de la jeune fille. La cause freudienne, 2006, vol. 63, p. 57-70.
41. EISLER, I. Family models of eating disorders, In : SZMUKLER, G., Dare, C., TREASURE, J. (sous la direction de). *Handbook of eating disorders : theory,treatment and research*. New York : Willey, 1995, p.155-76.

42. EISLER, I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Fam Ther*, 2005, vol. 27, p. 104-31.
43. 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 Adolesc psychiatry*, 2000, vol. 41, suppl. 6, p. 727-36.
44. EISLER, I., LE GRANGE, D., ASEN, E. Family interventions. In : TREASURE, J., SCHMIDT, U., VAN FURTH, E. (Ed). *Handbook of eating disorders*. Chichester (UK) :Jonh Willey and Sons, 2003, p. 291-310.
45. EISLER, I., SIMIC, M., RUSSELL, GFM., et al. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa : a five-year follow-up. *J Child Adolesc Psychiatry*, 2007, vol. 48, suppl. 6, p. 552-60.
46. ELIOT, AO., BAKER, CW. Maternal sressorrs and eating-disordered adolescents girls. *Fam Ther*, 2000, vol. 27, p. 165-78.
47. ENGEL, GL. The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, 1977, vol. 196, p. 129-36.
48. ESPINA, A. Alexithymia in parents of daughters with eating disorders : its relationships with psychopathological and personality variables. *J Psychosom Res*, 2003, vol. 55, p. 553-60.
49. ESPINA, A., DE ALDA, IO., ORTEGO, A. Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *Eur Eat Disord Rev*, 2003, vol. 11, p. 349-62.
50. FASSINO, S., SYRAKIC, D., ABBATE-DAGA, G., et al. Anorectic family dynamics: temperament and character data. *Compr psychiatry*, 2002, vol. 43, suppl. 2, p. 114-20.
51. FRIEDMANN, MS., MCDERMUT, WH., SOLOMON, DA., et al. Family functioning and mental illness : a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Fam*

Process, 1997, vol. 36, p. 357-67.

52. GARFINKEL, PE., GARNER, DM. *Anorexia nervosa : a multidimensional perspective*. New York, Brunner/Mazel, 1982.
53. GARFINKEL, PE., GARNER, DM., ROSE, J., et al. A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia and normal controls. *Psychol Med*, 1983, vol. 13, p. 821-8.
54. GARFINKEL, PE., KLINE, S., STANCER, H. Treatment of anorexia using operant conditioning techniques. *J Nerv Ment Dis*, 1973, vol. 157, p. 428-33.
55. GARNER, DM., BENIS, KM. Cognitive therapy for anorexia nervosa. In : GARNER, DM., GARFINKEL, PE. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press, New York, London, 1985. P. 107-46.
56. GARNER, DM., GARFINKEL, PE., BEMIS, KM. A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 1982, vol. 1, p. 1-46.
57. GEIST, R., HEINMAA, M., STEPHENS, D., et al. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry*, 2000, vol. 45, p. 173-78.
58. GILBERT, AA., SHAW, SM., NOTAR, MK. The impact of eating disorders on family relationships. *Eat Disord*, 2000, vol. 8, suppl. 4, p. 331-45.
59. GODART, N., AGMAN, G., JEAMMET, P. Anorexie Mentale: origines et prise en charge. *Rev Prat*, 1997, vol. 11, p. 15-18.
60. GODART, N., PERDEREAU, F., FLAMENT, M., et al. Families of patients with anorexia or bulimia. Review of the literature and therapeutic implications. *Ann Med Interne*, 2002, vol. 153, suppl. 6, p. 369-72.

61. GOLDBETER-MERINFELD, E. L'approche structurale en thérapie familiale, in: ELKAIM, M. *Panorama des thérapies familiales*, 1995, Editions du Seuil, p. 257-60.
62. GOWERS, S., NORTH, C. Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*, 1999, vol. 174, p. 63-6.
63. GRALL-BRONNEC, M., GUILLOU-LANDREAT, M., VENISSE, JL. Situations d'urgence en matière de troubles des conduites alimentaires. *Rev Prat*, 2008, vol. 58, p. 161-65.
64. GRANIER, F., GENTIL, V., LEMAIRE, A. Strategy of clinical intervention in families of alexithymic patients. *Ann Med Psychol*, 1993, vol. 151, suppl. 2, p. 172-80.
65. GUETHMUNDSSON, OO., TOMASSON, K. Quality of life and mental health of parents of children with mental health problems. *Nord J Psychiatry*, 2002, vol. 56, p. 413-17.
66. GUILLEMOT, A., LAXENAIRE, M. *Anorexie mentale et boulimie : Le poids de la culture*. Paris, Masson, 1997.
67. GULL, W. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*, 1874, vol.7, p. 22-28.
68. GUSTAFSSON, PA., CEDERBLAD, M., LUDVIGSSON, J., et al. Family interaction and metabolic balance in juvenile diabetes mellitus : a prospective study. *Diabetes Res Clin Pract*, 1987a, vol. 4, p. 7-14.
69. GUSTAFSSON, PA., KJELLMAN, N., LUDVIGSSON, J., et al. Asthma and family interaction. *Arch Dis Child*, 1987b, vol. 62, p. 258-63.
70. HAIGH, R., TREASURE, J. Investigating the needs of carers in the area of eating disorders : Development of the carer's Needs Assessment Measure (CaNAM). *Eur Eat Disord Rev*, 2003, vol.11, p. 125-41.
71. HALL, A., DELAHUNT, JW., ELLIS, PM. Anorexia nervosa in the male : clinical

features and follow-up of nine patients. *J Psychiatr Res*, 1985, vol. 19, suppl 2-3, p. 315-321.

72. HALMI, K., POWERS, P., CUNNINGHAM, S. Treatment of anorexia nervosa with behavior modification. *Arch Gen Psychiatry*, 1975, vol. 32, p. 93-96.

73. HARPER, G. Varieties of parenting failure in anorexia nervosa : Protection and parentectomy revisited. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1983, vol 22, p. 134-139.

74. HERZOG, W., RATHNER, G., VANDEREYCKEN, W. Long-term course of anorexia nervosa : a review of the literature. In : HERZOG, W., DETER, HC., VANDEREYCKEN, W (Ed). *The course of eating disorders*. Berlin : Springer Verlag, 1992.

75. HIGHET, N., THOMPSON, M., KING, RM. The experience of living with a person with an eating disorder : the impact on the carers. *Eat Disord*, 2005, vol. 13, p. 327-344.

76. HILL, AJ., WEAVER, C., BLUNDELL, JE. Dieting concerns of 10-year-old girls and their mothers. *Br J Clin Psychol*, 1990, vol. 29, p. 346-348.

77. HOFFMAN, L. Beyond power and control : Toward a « second order » family systems therapy. *Family Systems Med*, 1985, vol 3, p.381-396

78. HONEY, A., HALSE, C. Parents dealing with anorexia nervosa : actions and meanings. *Eat Disord*, 2005, vol. 13, p. 353-367.

79. HONEY, A., BOUGHTWOOD, D., CLARKE, S., et al. Support for parents of children with anorexia : what parents want. *Eat Disord*, 2008, vol. 16, suppl. 1, p. 40-51.

80. HUMPHREY, LL. Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. *Int J Eat Disord*, 1986, vol. 5, p. 223-232.

81. HUMPHREY, LL. Comparison of bulimic-anorexic and nondistressed families using structural analysis of social behavior. *J Am Acad Child Adolesc psychiatry*, 1987, vol. 26, p. 248-255.

82. HUMPHREY, LL. Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *J Consult Clin Psychol*, 1989, vol. 57, suppl. 2, p. 206-214.
83. HUMPHREY, LL. Family Relationships. In HALMI, K. (Ed.). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992, p. 263-86.
84. JEAMMET, P. Question sur les thérapies familiales et les perspectives systémiques. *Collectif Psychiatrie Française*. SPF Paris, 1981, p. 73-78..
85. JEAMMET, P. L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsych Enf Ado*, 1993, vol. 41, suppl. 5-6, p. 235-244.
86. JEAMMET, P., CORCOS, P. Evaluation et prise en charge des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence : l'expérience française. *P.R.I.S.M.E*, 1999, vol. 30, p. 28-50.
87. KAGANSKI, I., REMY, B. Aspects familiaux, cliniques et thérapeutiques des troubles des conduites alimentaires. *Confrontations psychiatriques*, 1989, vol. 31, p. 203-232.
88. KAGANSKI, I. La marmite familiale ; travailler avec les familles d'adolescents présentant des troubles de conduite alimentaire. *Enfance et Psychiatrie*, 1999, vol. 8.
89. KAGANSKI, I. Inclure la famille dans le réseau de soins ? La thérapie familiale : une modalité. *Nervure*, 1999, vol.12, suppl. 4, p. 27-33.
90. KAGANSKI, I., LUCET, R. Les larmes et le ventre. *Neuropsych Enf Ado*, 1999, vol. 47, suppl. 1-2, p. 95-99.
91. KALUCY, RS., CRISP, AH., HARDING, B. A study of 56 families with anorexia nervosa. *Br J Med Psychol*, 1977, vol. 50, p. 381-395.
92. KAZAK, AE. Stress, change, and families : Theoretical and methodological considerations. *J Fam Psychol*, 1992, vol. 6, p. 120-124.

93. KESTEMBERG, E., KESTEMBERG, J., DECOBERT, S. *La faim et le corps*. PUF, Paris, 1972, 1 vol.
94. KOG, E., VANDEREYCKEN, W. Family interaction in eating disordered patients and normal controls. *Int J Eat Disord*, 1989b, vol 8, p.11-23.
95. KOG, E., VERTOMMEN, H., VANDEREYCKEN, W. Minuchin's psychosomatic family model revised: a concept-validation study using a multitrait-multimethod approach. *Fam Process*, 1987, vol 26, suppl. 2, p. 235-53.
96. KRAUTTER, T., LOCK, J. Is manualized family-based treatments for adolescent anorexia nervosa acceptable to patients ? Patients satisfaction at the end of treatment. *J Fam Ther*, 2004, vol. 26, p. 66-82.
97. LAPORTE, L., MARCOUX, V., GUTTMAN, HA. Characteristics of families of women with restricting anorexia nervosa compared with families of normal probands. *Encephale*, 2001, vol. 27, suppl. 2, p. 109-19.
98. LASÈGUE, C. De l'anorexie hystérique. *Arch Gén Méd*, 1873, vol. 21, p. 385-403.
99. LE GRANGE, D. Family therapy for adolescent Anorexia Nervosa. *J Clin Psychol*, 1999, vol. 55, suppl. 6, p. 727-39.
100. LE GRANGE, D., BINFORD, R., LOEB, K. Manualized family-based treatment for anorexia nervosa : a case series. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*, 2005, vol 44, p. 41-6.
101. LE GRANGE, D., EISLER, I. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2008, vol 18, suppl 1, p.159-73.
102. LE GRANGE, D., EISLER, I., DARE, C., et al. Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. *J Fam Ther*, 1992a, vol. 14, p. 177-92.

103. LE GRANGE, D., EISLER, I., DARE, C., et al. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa : a pilot study. *Int J Eat Disord*, 1992b, vol. 12, suppl. 4, p. 347-57.
104. LEMMON, CR., JOSEPHSON, AM. Family therapy for eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2001, vol. 10, suppl. 3, p. 519-41.
105. LILENFELD, LR., WALTER, HK., GREENO, CG., et al. A controled family study of anorexia nervosa . *Arch Gen Psychiatry*, 1998, vol. 55, p. 603-610.
106. LOCK, J., AGRAS, S., BRYSON, S., et al. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2005, vol. 44, suppl. 7, p. 632-639.
107. LOCK, J., COUTURIER, J., AGRAS, WS. Comparison of long term outcomes in adolescents with anorexia nrevosa treated with family therapy. *J Am Acad Chid Adolesc Psychiatry*, 2006, vol 46, p.666-72.
108. LOCK, J., LE GRANGE, D., AGRAS, WS., et al. *Treatment manual for anorexia nervosa : a family based approach*. New York : Guilford, 2001.
109. LOEB, KL., WALSH, BT., LOCK, J., ET AL. Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence : evidence of successful dissemination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007, vol 46, p. 792-800.
110. LOEB, KL., HIRSCH, AM., GREIF, R., et al. Family-based treatment of a 17-year-old twin presenting with emerging anorexia nervosa: a case study using the "Maudsley method". *J Clin Child Adolesc Psychol*, Jan 2009, vol 38, suppl. 1, p. 176-83.
111. LUEPNITZ, DA. *The family interpreted : Psychoanalysis, feminism, and family therapy*. New York : Basic Books, 1988.
112. McMASTER, R., NEAL, B., HILEGE, S., et al. The parent experience of eating disorders : Interactions with health professional. *Int J Ment Health Nurs*, 2004, vol. 13, p.67-

73.

113. MADANES, C. *Strategic family therapy*. San Francisco : Jossey-bass, 1981, p.39-48.

114. MINUCHIN, S., BAKER, L., ROSMAN, B., LIEBMAN, R., et al. A conceptual model of psychosomatic illness in children: family organization and family therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 1975, vol. 32, p. 1031-38.

115. MINUCHIN, S., ROSMAN, B., BAKER, L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

116. MOOS, RH., MOOS, BS. *Family environment scale manual*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1981.

117. MORGAN, HG., RUSSELL, GFM. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 1975, vol. 5, p. 355-371.

118. MURPHY, F., TROOP, N., TREASURE, J. Differential environmental factors in anorexia nervosa : a sibling pair study. *Br J Clin Psychol*, 2000, vol. 39, p. 193-203.

119. NIELSEN, S., BARA-CARRIL, N. Family, burden of care and social consequences. In TREASURE, J., SCHMIDT, U., VAN FURTH, E (Eds). *Handbook of eating disorders* (2nd ed). New York : Wiley, 2003, p. 191-206.

120. NORTH, C., GOWERS, S., BYRAM, V. family functioning in adolescent anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*, 1995, vol. 167, p. 673-8.

121. NORTH, C., GOWERS, S., BYRAM, V. Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*, 1997, vol. 171, p. 545-9.

122. ONNIS, L. *Les langages du corps : la révolution systémique en psychosomatique*. Paris, ESF, 1996.

123. PATTERSON, JM., GARWICK, AW. Levels of meaning in family stress theory. *Fam process*, 1994, vol. 33, suppl. 3, p. 287-304.
124. PAUZÉ, R., CHARBOUILLOT-MANGIN, B., SAINT-PIERRE, F. Perspective multifactorielle, interactionniste et diachronique de l'anorexie. *Ther fam*, 1996, vol. 17, suppl. 2, p. 241-259.
125. PERDEREAU, F., GODART, N., JEAMMET, P. Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2002, vol. 50, suppl. 3, p. 173-82.
126. PEREIRA, T., LOCK, J., OGGINS, J. Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa . *Int J eat Disorder*, 2006 , vol 39, suppl. 8, p. 677-84.
127. PERKINS, S., WINN, S., MURRAY, J., et al. A qualitative study of the experience of caring for someone with bulimia nervosa. Part 1 : The emotional impact of caring. *Int J Eat Disord*, 2004, vol., 36, p. 256-68.
128. PIKE, KM., WALSH, BT., VITOUSEK, K., et al. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 2003, vol. 160, suppl. 11, p. 2046-9.
129. RASTAM, M., GILLBERG, C. The family background in anorexia nervosa : a population based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1991, vol. 30, p. 283-89.
130. RATNASURIYA, RH., EISLER, I., SZMUCKLER, GI., et al. Anorexia nervosa : outcome and prognosis factors after 20 years. *Br J Psychiatry*, 1991, vol., 158, p. 495-502.
131. RAVI, S., FORSBERG, S., FITZPATRICK, K., et al. Is there a relationship between parental self-reported psychopathology and symptom severity in adolescents with anorexia nervosa ? *Eat Disord*, 2009, vol. 17, suppl. 1, p. 63-71.
132. RHODES, O., GOSBY, M., MADDEN, S., et al. Communities of concern in the family-based treatment of anorexia nervosa : towards a consensus in the Maudsley Model.

Eur Eat Disord Rev, 2005a, vol. 13, p. 392-98.

133. ROBIN, A., SIEGEL, P., KLOEPKE, T., et al. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr*, 1994, vol. 15, suppl.2, p. 111-16.

134. ROBIN, A., SIEGEL, P., MOYE, A. Family versus individual therapy for anorexia: impact on family conflict. *Int J Eat Disord*, 1995, vol.17, suppl.4, p. 313-22.

135. ROBIN, A., SIEGEL, P., MOYE, A., et al. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999, vol.38, suppl.12, p. 1482-89.

136. ROIJEN, S. Anorexia nervosa families : a homogeneous group? A case record study. *Acta Psychiatr Scand*, 1992, vol 85, suppl. 3, p. 196-200.

137. ROLLAND, JS. Mastering family challenges in serious illness and disability. In WALSH, F.(Ed). *Normal family processes*. New York, Guilford Press, 1993, p. 444-73.

138. ROLLAND, JS. *Families, illness and disability : an integrative treatment model*. New York : Basic Books, 1994.

139. RUSSELL, JD., KOPEC-SCHRADER, E., REY, JM., et al. The Parental Bonding Instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*, 1992b, vol. 86, p. 236-9.

140. RUSSELL, G., SZMUCKLER, G., DARE, C., et al. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 1987, vol. 44,p. 1047-56.

141. SALBACH-ANDRAE, H., KLINKOWSKI, N., LENZ, K., PFEIFFER, E., et al. Correspondence between self-reported and parent-reported psychopathology in adolescents with eating disorders. *Psychopathology*, 2008, vol. 41, suppl. 5, p. 307-12.

142. SANTONASTOASO, P., SACCON, D., FAVARO, A. Burden and psychiatric

symptoms on key relatives of patients with eating disorders : A preliminary study . *Eat Weight Disord*, 1997, vol.1, p.44-48.

143. SCHOLZ, M., ASEN, KE. Multiple family therapy with eating disordered adolescents. *Eur Eat Disord Rev*, 2001, vol. 9, p. 33-42.

144. SCHOLZ, M., RIX, M., SCHOLZ, K., et al. Multiple family therapy for anorexia nervosa : concepts, experiences and results. *J Fam Ther*, 2005, vol. 27, p. 132-141.

145. SCHWARTZ, RC., BARRETT, MJ. Women and eating disorders. *Journal of Psychotherapy and the family*, 1988, vol 3, p. 131-144.

146. SELVINI PALAZZOLI, M. *Self starvation : from the intrapsychic to the transpersonal approach*. London : Chaucer, 1974.

147. SELVINI PALAZZOLI, M. *Self-starvation : from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa* . New York, Jason Aronson, 1978.

148. SELVINI PALAZZOLI, M. Une approche systémique de l'anorexie mentale : nouvelles perspectives. In ONNIS, L. *Les langages du corps : la révolution systémique en psychosomatique*. Paris, ESF, 1996.

149. SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN G., PRATA, G. *Paradox and counterparadoxe*. New York : Jason Aronson, 1978.

150. SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN G., et al. Hypothétisation – Circularité-neutralité. Guides pour celui qui conduit la séance, trad. franç. *Thérapie familiale*, 1980, vol 4, suppl. 2, p. 117-132.

151. SELVINI PALAZZOLI, M., VIARO, M. The anorectic process in the family : A six stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 1988, vol 27, p. 129-148.

152. SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., SORENTINO, AM. *Anorexiques et boulimiques : Bilan d'une approche thérapeutique familiale*. Ed Médecine et

Hygiène, 2002. p. 17-46; 93-105.

153. SMOLAK, L., LEVINE, MP., STRIEGEL-MOORE, R. *The developmental psychopathology of eating disorders : implications for research, prevention and treatment.* Mahwah,NJ :Lawrence Erlbaum Associates, 1996.

154. SOURS, JA. *Starving to death in a sea of objects ; The anorexia Nervosa Syndrome.* New York, Jason Aronson, 1980.

155. SQUIRE-DEHOUCK, B. Evaluation of conjoint family therapy versus family counselling in adolescent anorexia nervosa patients : a two year follow-up study dissertation. Kings College, University of London, 1993.

156. STEIGER, H., LIQUORNIK, K., CHAPMAN, J., et al. Personality and family disturbances in eating disorder patients : comparison of restricters and bongers to normal controls. *Int J Eat Disord*, 1991, vol. 10, suppl. 5, p. 501-12.

157. STEIGER, H., STOTLAND, S., GHADIRIAN, AM., et al. Controlled sudy of eating concerns and psychopathological traits in relatives of eating-disordered probands : do familial traits exist ? *Int J Eat Disord*, 1995, vol. 18, p. 107-18.

158. STEIGER, H., STOTLAND, S., TROTTIER, J., et al. Familial eating concerns and psychopathological traits : causal implications of transgenerational effects. *Int J Eat Disord*, 1996, vol. 19, p. 147-57.

159. STEINGLASS, P., BENNETT, LA., WOLLIN, SJ., et al. *The alcoholic family.* New York : Basic Books, 1987.

160. STEINGLASS, P. Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Fam Syst Health*, 1998, vol 16, p.55-70.

161. STEINHAUSEN, HC., RAUSS-MASON, C., SEIDEL, R. Follow-up studies of anorexia nervosa : a review of four decades of outcome research. *Psychol med*, 1991, vol. 21, p. 447-54.

162. STEINHAUSEN, H., GRIGOROIU-SERBANESCU, M., BOYADJIEVA, S. et al. Course and predictors of rehospitalization in adolescents anorexia nervosa in a multisite study. *Int J Eat Disord*, 2008, vol 41, p. 29-36.
163. STERN, SL., DIXON, KN., JONES, D., et al. Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*, 1989, vol. 8, p. 25-31.
164. STERN, SL., DIXON, KN., NEMZER, E., et al. Affective disorders in the families of women with normal weight bulimia. *Am J Psychiatry*, 1984, vol. 141, p. 1224-1227.
165. STERN, S., WHITAKER, CA., HAGEMANN, NJ., et al. Anorexia nervosa : the hospital's role in family treatment. *Fam Process*, 1981, vol. 20, p. 395-408.
166. STIERLIN, H., WEBER, G. Anorexia nervosa : lessons from a follow-up study. *Fam Syst Med*, 1987, vol 7, p.120-57.
167. STIERLIN, H. WEBER, G. The families of anorectics. In JOHNSON, C.(Ed). *Unlocking the family door : a systemic approach to the understanding and treatment of anorexia nervosa*. New york : Brunner/Mazel, 1989, p. 23-49.
168. STROBER, M. The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa : an exploration of possible etiologic factors. *Int J Eating Disord*, 1982, vol. 1, p. 28-43.
169. STROBER, M., FREEMAN, R., LAMPERT, C., et al. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa : evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry*, 2000, vol. 157, p. 393-401.
170. STROBER, M., FREEMAN, R., MORRELL, W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents : survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord*, 1997, vol. 22, suppl. 4, p. 339-60.
171. STROBER, M., HUMPHREY, L. Familial contributions to the etiology and course

of anorexia nervosa and bulimia. *J Consult Clin Psychol*, 1987, vol. 55, p. 654-59.

172. STROBER, M., LAMPERT, C., MORREL, W., et al. A controlled family study of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 1990, vol. 9, p. 239-53.

173. SZMUKLER, G., EISLER, I., RUSSELL, GFM., et al. Anorexia nervosa, parental "Expressed Emotion" and dropping out of treatment. *Br J Psychiatry*, 1985, vol. 147, p. 265-271.

174. THIENEMANN, M., STEINER, H. Family environment of eating disorders and depressed adolescents. *Int J Eat Disord*, 1993, vol. 14, suppl. 1, p. 43-48.

175. TREACHER, A., CARPENTER, J. *Using family therapy*. Oxford : Blackwell, 1984.

176. TREASURE, J. MURPHY, T., SZMUCKLER, T., et al. The experience of caregiving for severe mental illness : A comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Soc Psychiatry Epidem*, 2001, vol. 36, p. 343-47.

177. TREASURE, J., GAVAN, K., TODD, G., SCHMIDT, U. Changing the environment in eating disorders : working with carersfamilies to improve motivation and facilitate change. *Eur Eat Disord Rev*, 2003, vol. 11, p. 25-37.

178. TREASURE, J., WHITAKER, W., WHITNEY, J., et al. Working with families of adults anorexia nervosa. *J Fam Ther*, 2005, vol. 27, p. 158-70.

179. USSHER, JM. *The psychology of the female body*. London : Routledge, 1989.

180. VANDEREYCKEN, W. Parental rearing behavior and eating disorders. In PERRIS, C., ARRINDEL, WA., EISEMANN, M. (Eds). *Parenting and psychopathology*. Chichester, UK: John Wiley, 1994, p. 218-234.

181. VANDEREYCKEN, W. Families of patients with eating disorders. In FAIRBURN, CG., BROWNELL, KD., (Ed). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook, 2nd edn*. New York and London: Guilford Press, 2002. p. 215-20.

182. VANDERLINDEN, J., VANDEREYCKEN, W. Overview of the family therapy literature, in VANDEREYCKEN, W., KOG, E., VANDERLINDEN, J.(Eds). *The family approach to eating disorders: Assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York, PMA Publishing Corp., 1989, p.189-225.
183. VANDERLINDEN, J., VANDEREYCKEN, W. Guidelines for the family therapeutic approach to eating disorders. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 1991, vol. 56, p. 36-42.
184. VAN FURTH, E., VAN STRIEN, D., MARTINA, L., et al. (1996): Expressed Emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord*, 1996, vol. 20, suppl. 1, p. 19-31.
185. VITOUSEK, K., MANKE, F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abn Psychol*, 1994, vol 103, p.137-147.
186. WALLER, G., SLADE, P., CALAM, R. Family adaptability and cohesion : relation to eating attitudes and disorders. *Int J Eat Disord*, 1990a, vol. 9, p.225-28 ;
187. WALLER, G., SLADE, P., CALAM, R. Who knows best ? Interaction and eating disorders. *Br J Psychiatry*, 1990b, vol. 156, p. 546-50.
188. WALLIN, U., ROIJEN, S., HANSSON, K. Too close or too separate : family function in families with anorexia nervosa patient in two Nordic countries. *J Fam Ther*, 1996, vol. 18, suppl. 4, p. 397-414.
189. WALLIN, U., KRONWALL, P. Anorexia nervosa in teenagers : change in family function after family therapy at 2-year follow-up. *Nordic J Psychiatry*, 2002, vol 56, p.363-9.
190. WALLIS, A., RHODES, P., KOHN, M., et al. Five-years of family based treatment for anorexia nervosa: the Maudsley Model at the Children's Hospital at Westmead. *Int J Adolesc Med Health*, Jul-Sep 2007, vol 19, suppl. 3, p. 277-83.
191. WATZLAWICK, P., HELMICK BEAVIN, J., JACKSON, DD. *Une logique de la*

communication. Editions du seuil, 1972, 280 p.

192. WEWETZER, C., DEIMEL, W., HERPERTZ-DAHLMANN, B., et al. Follow-up investigation of family relations in patients with anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1996, vol. 5, suppl. 1, p. 18-24.

193. WHITE, M. Anorexia nervosa: a transgenerational system perspective. *Fam Process*, Sep 1983, vol. 22, suppl. 3, p. 255-73.

194. WHITE, M. Anorexia nervosa : a cybernetic perspective. *Fam Ther Collections*, 1987, vol. 20, p. 117-29.

195. WHITNEY, J., EISLER, I. Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder : the reorganisation of family life and interpersonal maintenance factors. *J mental Health*, 2005, vol. 14, p. 575-85.

196. WILSON, GT. Treatment of bulimia nervosa : when CBT fails. *Behav res Ther*, 1996, vol. 34, p. 197-212.

197. WINN, S., PERKINS, P., MURRAY, J., et al. A qualitative study of the experience of caring for someone with bulimia nervosa. Part 2 : Carers' need and experience of services ant other support. *Int J Eat Disord*, 2004, vol. 36, p. 269-79.

198. WONDERLICH, SA., SWIFT, WJ. Perceptions of parental relationships in the eating disorders : the relevance of depressed mood. *J Abnorm Psychol*, 1990, vol. 99, p. 353-60.

199. WOOD, BL., WATKINS, JB., BOYLE, JT., et al. The « psychosomatic family » : An empirical and theoretical analysis. *Fam Process*, 1989, vol. 28, p. 399-417.

200. WOOD, BL. Beyond the psychosomatic family : a biobehavioral family model of pediatric illness. *Fam process*, 1993, vol. 32, suppl. 3, p.261-278.

201. YAGER, J. family issues in the pathogenesis of anorexia nervosa. *Psychosom Med*, 1982, vol. 44, p. 43-60.

202. ZRALY, K., SWIFT, D. *Anorexia, bulimia and compulsive overeating : a practical guide for counselors and families*. New York, Continuum, 1990.