

LES DIX ACTIONS ENTREPRISES

POUR AIDER MON FILS A

VAINCRE L'ANOREXIE MENTALE



Table des matières :

1-VAINCRE LA SIDERATION A L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC **PAGE 4**

2-VAINCRE LA CULPABILITE **PAGE 5**

**3-COMPREDRE LES MECANISMES DE LA MALADIE DANS SES MOINDRES
DETAILS** **PAGE 9**

4-IDENTIFIER LES FACTEURS PUIS LES MECANISMES MIS EN JEU DANS LA MALADIE **PAGE 11**

- A- Les facteurs préalables à l'installation de la maladie
 - B- Applications à mon fils : quels facteurs semblaient le concerner ?
-

**5- SE RAPPROCHER DE PERSONNES COMPETENTES, POSITIVES ET EMPATHIQUES ET UTILISER
UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE** **PAGE 21**

- A-S 'orienter vers des thérapeutes formés en TCA
 - B-Pourquoi s'orienter vers des personnes bienveillantes, positives et empathiques ?
-

6-ECOUTER POUR QUE MON ENFANT PARLE, PARLER POUR QUE MON ENFANT ECOUTE **PAGE 26**

**7-ENCAISSER LES MOMENTS DIFFICILES POUR TENIR LE COUP :
SE FAIRE AIDER SOI MEME** **PAGE 29**

8-POURSUIVRE SUR LE CHEMIN DE LA GUERISON : DEPASSER LA PHASE 2 **PAGE 31**

9-LE RYTHME DE CROISIERE ET RESTER A L'ECOUTE POUR GUETTER LES RECIDIVES **PAGE 33**

10-PARTAGER, TRANSMETTRE SON EXPERIENCE **PAGE 35**

Début juillet 2017, après la visite chez le médecin traitant à la suite d'une semaine d'absence quasi complète de prise alimentaire de mon fils, le diagnostic tombe, comme un couperet : il souffre d'**anorexie mentale prépubère**. De surcroît, c'est un garçon et il n'a même pas 10 ans!

J'ai redouté pendant quelques temps que le combat dure peut-être 5 ans, 10 ans, ou plus, toute une vie.

Je n'étais pas prête du tout à accepter cela. Je sais pourtant que certaines et certains subissent trop longtemps la maladie.

Ce qui est sûr, c'est qu'il est nécessaire **de reconnaître et d'accepter** la maladie. Puis il faut faire le **choix de se battre, de combattre** avec pugnacité et de **s'entourer des bonnes personnes** afin de percer les mécanismes qui ont conduit l'individu à souffrir d'anorexie mentale.

Car l'anorexie mentale est bel et bien une maladie, une maladie dont on peut mourir et pas un caprice d'enfant gâté.

VOICI LES DIX ETAPES QUI M'ONT PERMIS D'AIDER MON FILS A S'EN SORTIR rapidement et je l'espère, de toutes mes forces, définitivement ! Certains thérapeutes (Nicolas Sahuc, diététicien) mentionnent que si un TCA est pris en charge dans la première année d'installation du trouble, il faut un an à un an et demi pour vaincre la maladie. Cela vaut donc le coup de s'y atteler, car un travail précoce mené avec énergie et engagement peut permettre à l'individu malade un retour à la vie normale

1-VAINCRE LA SIDERATION A L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC

Il était victime de cette « fichue » maladie et toute sa famille constituait des victimes collatérales. Je refusais ce statut de victime. Catégoriquement. Nous allions mener un combat enragé pour sortir de ce tourbillon infernal. Il ne fallait pas sombrer, se dire que c'était terrible, une fatalité... Le cerveau humain est câblé en mode "résolution de problèmes" s'il ne se laisse pas happer par la dépression.

Un élan vital, celui qui consistait à tout mettre en œuvre pour sauver la vie de mon enfant, me portait et me poussait à dépasser ce stade de la stupeur. Cet état de stress aigu, d'alerte permanente a tout de même été somatisé dans les premiers temps et bien malgré moi par des insomnies majeures, cervicalgies, maux de tête, tant les ruminations et incompréhensions envahissaient notre quotidien et tant cette maladie est nébuleuse. Il en fut de même pour certains membres de la famille.

2-VAINCRE LA CULPABILITE

Ce ne fut pas facile du tout de vaincre la culpabilité.

Pourquoi ?

La maladie est très difficile à comprendre lorsque l'on n'en a pour ainsi dire quasiment jamais entendu parler ; on ne s'y intéresse malheureusement pas tant que l'on n'y est pas directement confronté. Cela défie les lois naturelles du règne animal, auquel l'homme appartient.

En temps normal, sans pathologie, l'alimentation est quasi un "automatisme", elle se déroule naturellement. En tant que parents, ayant un rôle nourricier, protecteur, éducateur, nous avons le sentiment d'avoir failli à une de nos obligations parentales.

Mais nous ne pouvions gaver un enfant qui refusait de s'alimenter.

Quel(s) rouage(s) s'étais(en)t détraqué(s)? Nous nous sentions ainsi coupables de ne pas savoir, de ne pas comprendre, de ne pouvoir assurer dans l'un des "fondements" de l'existence de notre enfant : se nourrir.

La culpabilité devient de plus en plus pesante, en ce qui nous concerne, parents, pendant les 6 semaines qui suivirent le diagnostic : nous redoutions le pire, son pronostic vital était engagé, nous avons peur...

Qu'avions nous raté? Étions nous trop sévères, trop stricts? Avions-nous manqué un évènement majeur à l'école? Aux activités sportives? Aux sorties Scout? Nous étions dans un questionnement permanent : qui, quoi, comment, pourquoi ?

La compréhension des mécanismes était rendue très difficile car avec l'état de **dénutrition avancée**, notre fils était quasiment **aphasique** : il répondait la plupart du temps par oui ou non et ne s'exprimait plus spontanément. Il était sévèrement déprimé, le regard perdu dans le vide ; nous avons l'impression qu'il n'y avait pas d'âme derrière son regard bleu perçant, c'était terrifiant.

La culpabilité a gagné notre fils au sein du premier établissement hospitalier : en plus de subir la maladie, il se sentait coupable ! Cette culpabilisation s'est installée à la suite de l'emploi de méthodes (que nous avons jugées trop coercitives) par une infirmière dans les 24 premières heures d'hospitalisation.

Voici ses propos : *"si tu ne manges pas, on va te mettre une sonde dans le nez, regarde comme elle est grosse"*. A cette annonce, il se roula par terre en disant qu'il refuserait, qu'il la retirerait. Il se tenait la tête dans les mains comme dans un étau et disait : *"plutôt mourir que d'avoir une sonde, je vais me suicider"* et l'infirmière de répondre : *"si tu veux l'arracher, on t'attachera les mains"* : j'étais présente et témoin lors de tels agissements, ce fut un véritable crève cœur. J'étais tellement sidérée que je ne pipais mots à l'infirmière, j'essayais de rassurer mon fils de mon mieux, de le convaincre d'accepter calmement cette sonde, que nous n'avions pas le choix et que la sonde l'aiderait à se sentir mieux. La sonde permettrait de le nourrir sans qu'il se préoccupe d'alimentation.

Ensuite, il fut grondé par une autre infirmière lorsqu'elle découvrit qu'il jetait la nourriture dans les poubelles : pourtant, c'est un agissement classique des anorexiques, pour lequel constater calmement puis accompagner vers une solution plus acceptable sont les actions à entreprendre pour aider le malade. Il se mit alors à dire : *"tout est ma faute, c'est ma faute si je suis malade, c'est ma faute si l'on ne peut pas partir en vacances, c'est ma faute... c'est ma faute..."*

Son papa et moi avions déjà lu une bonne dizaine de bouquins pour tenter de comprendre. Nous avons essayé de le réconforter de notre mieux en lui disant : *"bien sûr que non, tu n'as pas choisi d'être malade, cela s'est imposé à toi ; ta tête et ton corps ne parviennent pas en ce moment à t'alimenter mais c'est temporaire, nous allons trouver des solutions pour combattre cette maladie"*. Nous ne le voyions que deux heures par jour, donc il nous était très difficile de le réconforter dans ces conditions ; comme si nous étions responsables et coupables de son anorexie ! Comme s'il fallait coûte que coûte l'éloigner de nous. Presque tous les matins, à notre arrivée, nous le trouvions en pleurs, sa petite main accrochée à la grille de sa fenêtre de chambre.

Nous avons rapporté aux pédiatres et pédopsychiatres les propos jugés inadaptés de certaines infirmières et aides soignantes : *"ce n'est pas bien de jeter la nourriture, c'est très mal, si tu continues, tu ne vas pas t'en sortir"* (propos entendus lorsque nous sommes arrivés dans le couloir un matin) : ces jugements de valeur étaient délétères pour notre enfant : lorsque nous sommes entrés dans la chambre après avoir

traversé le couloir et entendu ce commentaire, nous l'avons retrouvé roulé en boule dans son lit, en pleurs incoercibles et parcouru de soubresauts ; sa fréquence cardiaque était de 160 battements par minute alors qu'il était à 40 battements par minute le reste de la journée. Il nous fallut 45 minutes pour calmer ses pleurs ; un des pédiatres nous répondit que notre fils ne faisait pas d'efforts pour s'en sortir, qu'il jetait la nourriture, que s'il allait mal ce n'était pas du fait de l'équipe soignante. Il nous mentionna également que la grille pronostique le concernant annonçait un pronostic sombre.

A ce rythme là, nous allions bien être 3 ou 4 de la famille à être hospitalisés en psychiatrie. Nous avons vraiment la sensation de devenir fous !

Nous nous sentions pris au piège de cet hôpital, où nous ressentions que le rapport de force était trop souvent utilisé entre notre fils et les soignants. Pas de transfert possible dans un établissement spécialisé, pas de place nulle part ! Il n'y a en France que très peu d'établissements hospitaliers spécialisés dans la prise en charge de l'anorexie chez l'enfant. **Le comportement anorexique chez notre fils s'était encore plus radicalisé** au cours de ce premier séjour hospitalier : quelques bouchées avalées à son admission, et plus un gramme à sa sortie, lors de son transfert vers une structure spécialisée.

3-COMPRENDRE LES MECANISMES DE LA MALADIE DANS SES MOINDRES DETAILS

Depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à l'écriture de ce document, nous avons lu une trentaine de livres à propos d'anorexie mentale, écouté des dizaines de reportages audio, glané une centaine de témoignages vidéos afin de comprendre cette maladie sournoise et insidieuse qu'est l'anorexie mentale.

Pourquoi?

Nous partons du principe **qu'on ne peut combattre que ce que l'on comprend, ce que l'on connaît**. S'attaquer aux racines du mal, tel était notre objectif. Et bien nous en a pris. Notre fils est sorti de l'hôpital en trois mois. Il a fallu environ 6 mois de plus pour consolider la guérison. La durée moyenne de la maladie semble être plus longue : 7 ans selon certaines sources. Nous pouvons dire pour le moment qu'il en est sorti et nous espérons que cela sera définitif.

Pour nous, parents, cela fait donc neuf mois de "boulimie" d'informations au sujet de l'anorexie mentale (et plus d'un an au moment où j'écris cet E-book).

Je reviendrais très largement dans mon site internet <https://desanorexie.com> sur la qualité des divers livres et ressources choisis et leur complémentarité (livres scientifiques et techniques, livres témoignages, documentaires télévisés...). Et que de chemin parcouru, que d'obstacles franchis, que de mauvais coups de la maladie déjoués!

En témoignant, je m'approprie encore mieux les mécanismes de lutte, afin de tenter d'éloigner pour toujours les démons de l'anorexie mentale qui menacent. Mon fils n'est encore qu'un enfant, en pleine construction sur les plans émotionnel, physique, intellectuel ; lui n'a d'ailleurs pas entièrement compris ce qui s'est passé lorsqu'on le questionne a posteriori.

Et la puberté n'est pas encore arrivée. En tant que parents, il s'agit de rester ultra vigilants car des traits de caractère (perfectionnisme, hyperactivité sur le plan moteur et intellectuel et hyperémotivité avec parfois refoulement des émotions négatives) sont toujours bien présents.



4-IDENTIFIER LES FACTEURS PUIS LES MECANISMES MIS EN JEU DANS LA MALADIE

Le **diagnostic** de l'anorexie mentale est porté lorsque trois (4 pour le sexe féminin) critères sont présents :

-poids de 15 % inférieur à celui attendu, avec refus de maintenir un poids au dessus du poids minimum pour l'âge et la taille

-peur de grossir, peur de prendre du poids

-dysmorphophobie (perception erronée de son poids, sa silhouette) et déni de maigreur. La photographie ci-après illustre cette notion de dysmorphophobie.

-aménorrhée chez la femme pubère.



A- Les facteurs préalables à l'installation de la maladie

Il y a de nombreux facteurs identifiables dans l'installation de l'anorexie mentale et il faut une combinaison de plusieurs

facteurs pour que cette « mauvaise mayonnaise » prenne : d'autres parleront « **d'effet boule de neige** ». Chaque malade a une combinaison de facteurs qui lui sont propres et qu'il convient de cerner.

Les thérapeutes peuvent cerner certains facteurs, ainsi que les membres de la famille du malade, pour peu qu'ils soient accompagnés efficacement et guidés avec empathie et bienveillance ; **les familles sont même une précieuse ressource et permettent de cerner certains traits de caractère qui ne seraient pas perceptibles par le thérapeute.**

Considérons tout d'abord les **facteurs de susceptibilité** parmi lesquels :

-les facteurs génétiques

-les facteurs familiaux : on explique par exemple certains traits de caractère avec la notion de neurone miroir (un enfant peut par l'effet de neurone miroir prendre les caractéristiques de certains membres de la famille : anxiété, perfectionnisme, état dépressif, activité sportive...)

-les facteurs épigénétiques = environnementaux : l'environnement conditionne une vaste partie de nos comportements et émotions.

Passons en revue ensuite les **facteurs inducteurs** :

-l'adolescence

-un traumatisme (harcèlement, décès, abus sexuel...)

Puis viennent les **facteurs déclenchants** :

-un régime hypocalorique (70 à 90 % des cas selon les études)

-un excès de dépenses énergétiques par rapport aux apports

-un état dépressif (cet état diminue l'appétit dans 10 à 15 % des cas et le TCA se déclenche si l'individu présente un facteur de susceptibilité)

- une maladie intercurrente (dans 10-15 % des cas : chirurgie, gastro-entérite, problèmes dentaires, mais aussi potentiellement une autre maladie dite « mentale » : dépression, bipolarité appelée autrefois psychose maniaco-dépressive...)

B – Applications à mon fils : quels facteurs semblaient le concerner ?

Je précise que ce travail a été effectué à partir de mes recherches bibliographiques, n'ayant pas obtenu, dans le premier établissement hospitalier, de conseils de médecins (si ce n'est d'arrêter de lire des ouvrages sur l'anorexie !) afin que je comprenne la maladie de mon fils ; le personnel médical ne me posait que très peu de questions au sujet de mon fils pour tenter de comprendre les origines de son mal être.

J'avais le sentiment que pour le personnel hospitalier, mon fils était tout simplement anorexique par caprice, comme s'il avait

décidé d'arrêter de manger et surtout, que cela ne dépendait que de sa seule volonté.

Lorsque j'expliquais que je lisais beaucoup pour comprendre (car je posais des questions pointues sur le plan médical auxquelles je n'obtenais pas de réponses), on me répondait d'arrêter de lire, que j'allais m'épuiser.

J'avais comme seule impression que ces gens souhaitaient rester sur le piédestal en position de « sachant » : en effet, à ces diverses questions en quête de compréhension, on me répondait : vous n'êtes pas le thérapeute de votre enfant ! alors que précisément, dans le livre « *Approche familiale des troubles du comportement alimentaire chez l'enfant et l'adolescent* » de **Solange Cook Darzens**, une des meilleures spécialistes françaises voire mondiale (n'ayons pas peur des mots) dans le domaine de l'anorexie mentale dont je parle dans mon site internet, elle explique que **les parents doivent être impliqués dans la thérapie de leur enfant, en tant que co-thérapeutes : et là, très justement, il s'agit une révolution à médiatiser largement et de toute urgence.**

Arrêtons de laisser sur le carreau les familles en détresse, cessons de les regarder de travers comme si elles étaient responsables de l'anorexie de leur proche !

J'en reviens au propos relatif aux facteurs identifiables chez mon fils :

-les facteurs **génétiques** sont probablement impliqués dans notre cas car père, mère et frère avons tous un indice de masse corporelle « borderline » vers le bas, à la limite de la maigreur

mais restant dans l'intervalle des valeurs usuelles ; pourtant pas de trouble du comportement alimentaire chez les parents.

En revanche, des mesures (identifié comme **facteur familial environnemental**) visant à une alimentation saine (consommer bio de préférence mais pas exclusivement, limiter les plats préparés et cuisiner soi même, limiter les bonbons et sucreries sans jamais proscrire) ont pu créer une **méfiance alimentaire surdimensionnée**, les enfants n'ayant pas le recul nécessaire ni les connaissances nutritionnelles pour analyser notre façon de consommer : les enfants ont appréhendé notre façon de nous alimenter avec leur **cerveau émotionnel** et pas leur **cerveau rationnel** : c'est une notion importante que j'ai comprise et je ne pensais pas mal faire jusqu'au déclenchement de la maladie.

Notre fils aîné, quelques semaines après le début de la maladie de son frère a présenté quelques discrets symptômes évoquant un TCA, et ceci après une gastro entérite virale. Il était aussi très inquiet pour son frère. Ceci n'a heureusement pas duré ! Depuis l'hospitalisation de notre fils, nous ne précisons plus les méfaits de tel ou tel aliment ! Nous expliquons plutôt les bienfaits de certains, justifiant tel ou tel choix d'aliment dans les supermarchés, dans lesquels nous les emmenons le moins possible d'ailleurs ; les enfants ont suffisamment d'informations concernant l'alimentation intégrées à leur programme scolaire.

Parmi les **facteurs familiaux**, nous pouvons imaginer par l'effet des neurones miroirs et l'imitation de ses parents une propension de notre fils à **l'anxiété, au perfectionnisme, à la pratique du sport** pouvant être intensive pour un enfant s'il se fixe les mêmes objectifs que le parent, ce qui n'est pas du tout souhaitable ! Mon mari et moi-même ayant pratiqué le

triathlon, notre fils disait qu'il était capable de faire le triathlon avec les mêmes distances que les adultes, notamment pour le format S pour les connaisseurs (natation 750 m, cyclisme 20 km, course à pieds 5 km) ; il se pensait aussi capable de courir un marathon !!

Parmi les **facteurs inducteurs**, l'adolescence n'était pas encore là (diagnostic à 9 ans et 11 mois !). Certains thérapeutes l'évoquent comme une possibilité en faisant état d'une préadolescence, par la propension à ne pas vouloir reprendre du poids et tout faire pour en perdre avant l'hospitalisation ; à mon sens, ceci est à nuancer car ce sont des caractéristiques de la maladie anorexique : tout ceci n'est pas nécessairement conscient. L'individu malade veut maigrir et surtout ne pas reprendre de poids, parfois sans aucune volonté vraiment rationnelle : **il expérimente dans son organisme le début de l'addiction** ; ce contrôle alimentaire a engendré un état émotionnel et physique accompagné de quantité de messages chimiques de « mieux être » qui lui permettaient de gérer son anxiété et de se protéger des agressions extérieures : malheureusement, c'est bien là le début de l'addiction et du cercle vicieux pathologique.

Plus que la volonté de maigrir, l'amaigrissement a été très rapide car notre fils s'est arrêté de s'alimenter après le décès de notre animal de compagnie (21 juin 2017), décès inattendu et assez traumatisant, auquel il a assisté : voici donc le(s) traumatisme(s) comme **facteur inducteur** : le ou les décès. En effet, nous avons eu une série de trois décès dans la famille dans les cinq dernières années avec des fins de vie difficiles et une dépression post traumatique consécutive (environ deux

ans) me concernant. Les premiers contacts avec la mort, après l'âge de raison, peuvent être très traumatisants : l'enfant comprend que le décès est aléatoire, peut être douloureux, violent et que l'individu ne reviendra plus...la perte est définitive.

Parmi les autres **traumatismes dans les facteurs inducteurs**, notre fils a subi du **harcèlement scolaire** uniquement sur le temps de la cantine, donc associable inconsciemment pour lui au repas, au cours son année scolaire de CM1 (il est hospitalisé le 20 juillet 2017 soit 2 semaines après la fin de l'année) : ceci semble être un facteur majeur (harcèlement d'ailleurs bien rapporté par d'autres jeunes souffrant d'anorexie mentale comme étant un **profond instigateur de mal être et de mésestime de soi**).

Après de longues discussions avec lui, il nous a expliqué divers faits de harcèlements répétés : verbal (insultes à répétition, moqueries), moral (affaires personnelles jetées dans la poubelle afin qu'il aille les chercher), parfois physique (jets de pain à la cantine, coup de pieds). Une anxiété croissante semble s'être installée sur ce temps du repas scolaire, depuis le début d'année avec un épisode de vomissements puis des moqueries consécutives au fait qu'il avait sali son tee-shirt : il en a déduit qu'il avait trop mangé et s'est mis inconsciemment à restreindre les quantités consommées le midi à l'école pour ne pas risquer de vomir et ne plus subir de quolibets.

Affamé l'après midi au retour de l'école, il gouttait copieusement ce qui lui valait les remarques de son frère (ignorant tout de la situation) qui lui disait qu'il mangeait trop, qu'il allait avoir mal au ventre, et parfois de nous-mêmes ses parents au repas du soir s'il mangeait beaucoup car nous ignorions ce qui se passait à la cantine le midi ! Ceci s'est

passé progressivement sur l'année mais nous ne nous en sommes pas rendus compte car il restait enjoué, ne se plaignait jamais, tout semblait bien aller à l'école et ailleurs.

Les visites chez le médecin traitant se déroulaient une fois par an pour les certificats médicaux sportifs car il était très rarement malade ; nous n'avions pas constaté le « décroché » de poids entre la visite médicale d'août 2016 et le diagnostic de juillet 2017.

Parmi les **facteurs déclenchants**, un régime hypocalorique est pratiqué dans 70 à 90 % des cas. Concernant mon fils, j'ai constaté qu'il triait les corps gras à partir de mai/juin 2017 mais ne me suis pas méfiée plus que cela : pratiquant la gymnastique assidument depuis 4 ans, il disait qu'il voulait avoir plus d'abdominaux, être plus performant en gymnastique. Il souhaite toujours voir ses muscles abdominaux aujourd'hui alors qu'il a changé de sport mais il n'y a plus aucune restriction sur les matières grasses, ni de troubles du comportement alimentaire : la réintroduction des matières grasses dans l'alimentation a d'ailleurs pris environ trois mois après sa sortie de l'hôpital. Il mange maintenant avec plaisir divers fromages, accepte la sauce salade avec de l'huile, mange du beurre sur ses tartines.

Parmi les **facteurs déclenchants**, un état dépressif franc est identifié par nous, parents. Bien que nous posions la question sur un éventuel traitement de l'état dépressif (semblant latent depuis décembre 2017 puisque nous avons retrouvé au fond du cartable un poème de sa composition avec des idées très noires) à plusieurs reprises, le premier hôpital où il est admis n'instaure pas de traitement anti dépresseurs : les médecins

pensent que l'état dépressif est lié à la dénutrition, ce qui est tout à fait vrai mais quid de la poule ou de l'œuf en premier : lequel de la dépression ou l'anorexie a fait le lit de l'autre ? L'impact d'une dépression doit être évalué sur les TCA de façon précise et récurrente lors d'entretiens psychologiques longs ce qui ne fut malheureusement pas le cas : la structure hospitalière lors de son premier séjour ne proposait pas **d'entretiens psychologiques longs** ([Solange Cook Darzens, livre « approche familiale et comportementale des TCA chez l'enfant et l'adolescent »](#)), ni de thérapie familiale ; je ne blâme ici personne, il s'agit d'un hôpital d'une ville de moins de 50 000 habitants et la structure n'est pas dédiée aux TCA ; au bout de six semaines, il change d'établissement hospitalier, et dès son admission dans un centre hospitalier spécialisé, un traitement anti dépresseur est mis en place. Les effets positifs se feront très rapidement sentir. La dépression a été identifiée comme facteur de co-morbidité associée à l'anorexie mentale, rendant celle-ci réfractaire aux traitements initiaux entrepris dans le premier hôpital. La dépression semble être fréquente chez l'enfant atteint d'anorexie mentale ([Solange Cook-Darzens, « La fratrie, dans l'ombre de l'anorexie mentale », Thérapie Familiale 2009/3 \(Vol. 30\), p. 327-352.](#)).

Je retiendrai que la pédopsychiatre du second hôpital était particulièrement à l'écoute et attentive à nos explications. Et j'en viens donc à insister sur le fait qu'il est fondamental de se rapprocher, dans la mesure du possible dès le début des soins, de thérapeutes et de soignants formés en TCA, ainsi qu'empathiques, bienveillants et **à l'écoute** : cela fait une **énorme différence dans la qualité et l'efficacité de la prise en charge.**

5- SE RAPPROCHER DE PERSONNES COMPETENTES, POSITIVES ET EMPATHIQUES ET UTILISER UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

Pourquoi se rapprocher de personnes compétentes en TCA?

L'anorexie mentale est une maladie sournoise, qui **isole** le malade par sa résistance au changement, le déni pouvant être plus ou moins long : plus la prise en charge tarde, plus le risque de chronicisation augmente, ce qui limite les chances du malade de s'en sortir définitivement.

La formation des intervenants aux TCA, leur empathie, leur bienveillance, leur positivité et leur pluridisciplinarité constituent donc les fondements d'une prise en charge optimale pour un maximum d'efficacité thérapeutique. Il est déjà difficile de guérir de cette maladie alors autant s'entourer immédiatement de spécialistes. Malheureusement, l'offre de soins est encore relativement pauvre en France, et extrêmement disparate.

A- S'orienter vers des thérapeutes formés en TCA

Les personnes formées en TCA ont à cœur de proposer la meilleure prise en charge possible pour cette maladie parfois obscure et très complexe. En effet l'anorexie mentale est une maladie complexe sur les plans nutritionnel, comportemental, corporel avec de nombreux dysfonctionnements s'installant dans le temps. Il y aurait au moins un million de personnes touchées en France. La prise en charge est souvent longue et complexe et doit faire intervenir une approche pluridisciplinaire. Les intervenants formés de façon adéquate ont eu divers modules avec de nouvelles prises en charge sur le plan diététique, sont au courant des derniers médicaments utilisés, des nouveaux modes de prise en charge.

Ils ont des moyens d'évaluation mis à jour et utilisent divers questionnaires permettant d'évaluer d'une part le trouble du comportement alimentaire et d'autre part de cerner d'éventuelles co-morbidités, c'est-à-dire les maladies associées : dépression, anxiété... Ils sont enfin formés sur les diverses approches psychothérapeutiques dont certaines sont très récentes.

B- Pourquoi s'orienter vers des personnes bienveillantes, positives et empathiques ?

Il ne suffit pas d'être formé, encore faut-il être empathique et positif. Un malade a besoin de considération, de

compréhension et n'a pas besoin d'un jugement négatif, qui constitue en quelque sorte une sanction, et diminue encore plus l'estime de lui.

Les personnes formées le sont la plupart du temps, en connaissance de cause : l'empathie est une qualité de l'intervenant permettant au patient de livrer des émotions, de gagner la confiance, et ainsi de mieux appréhender les mécanismes psychologiques qui l'ont conduit à souffrir d'anorexie mentale.

La journaliste Barbara Leblanc explique très bien dans son livre « dix ans de chaos » la kyrielle de thérapeutes rencontrés, sa résistance pour reconnaître puis admettre la maladie et finalement l'écoute bienveillante qu'elle a trouvée en son ostéopathe, pourtant non formé aux TCA : celui-ci en écoutant sans juger et en ressentant « manuellement » les souffrances corporelles a instauré la confiance avec sa patiente, laquelle a pu ensuite se libérer psychologiquement de toutes ses émotions. L'ostéopathie est une médecine manuelle mais en réalité, elle est bien plus que cela : un bon ostéopathe entre en syntonisation (la syntonisation est la mise en phase de deux systèmes selon les mêmes oscillations permettant une amplification de messages, corporels, émotionnels) avec son patient et perçoit souvent beaucoup d'émotions.

Le livre de **Barbara Leblanc** est préfacé par l'éminent et incontournable psychiatre **Philippe Jeammet**, validant ainsi la description de qualité de Barbara alors qu'elle souffrait d'anorexie mentale.

Pourquoi utiliser une approche pluri disciplinaire ?

Cette maladie atteignant le psychisme sur le plan émotionnel, le corps, le mental et résultant de troubles du comportement alimentaire, il convient naturellement de se rapprocher de :

-diététicien, nutritionniste ; certains sont spécialisés en TCA

-psychiatre, pédopsychiatre, psychothérapeute, psychanalyste, neuropsychologue

-sophrologue, psychomotricien

-médecin

-endocrinologue

-infirmiers (dans le cadre hospitalier essentiellement)

Voici pour les principaux corps de métiers, la liste n'est pas exhaustive.

Les moyens thérapeutiques associables sont très variés : je n'ai pas évoqué le possible recours à l'hypnose, à l'EMDR (intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, permettant de reprogrammer le mental après un traumatisme) et à l'EFT (emotional freedom techniques, qui est une thérapie « énergétique ») : ces trois méthodes peuvent être d'un précieux secours pour certains patients ; je pense notamment à une jeune femme [ayant été violée à l'âge de 5 ans](#), événement traumatique qui a été refoulé dans son inconscient pendant des dizaines d'années et est ressorti à la suite de séances d'hypnose.

Chaque patient doit trouver, avec l'aide de l'équipe soignante, une association qui lui convient afin de sortir de son TCA et de la maladie.

Pour rebondir sur le travail de psychologie, il est souvent nécessaire d'avoir des **entretiens longs** comme l'explique Solange Cook Darzens (SCD) dans son ouvrage, notamment en psychothérapie ou en psychanalyse. Pour cette dernière discipline, aucune ne me sera proposée pendant les six premières semaines d'hospitalisation de mon garçon, car n'existant pas dans la structure hospitalière en question. Les séances de mon enfant avec le pédopsychiatre se déroulaient sur deux séquences de quinze minutes environ deux fois par semaine dans le meilleur des cas, ou cinq minutes par jour selon le pédopsychiatre. Après lecture de l'ouvrage de SCD et à ma demande de faire intervenir un psychologue au sein de l'hôpital, cela me fut refusé ; querelles de clocher et/ou questions de responsabilité : bref, on préfère respecter les règles rigides de l'hôpital plutôt qu'aider les familles à soutenir leur enfant et l'hôpital en manque de moyens...Par contre, sur les personnes brûlées, cela ne leur pose pas de problème de faire intervenir un barreur ou coupeur de feu. Allez comprendre leur logique...

J'ai donc entrepris d'essayer de faire moi-même ce travail de psychologie pendant ces six premières semaines, en dévorant toujours les livres de spécialistes et en tentant de trouver les bons mots, la bonne attitude c'est-à-dire ceux adaptés au cas de mon fils afin de l'encourager à parler et le conduire à verbaliser ses émotions, à défaut d'expliquer clairement pourquoi il ne parvenait pas à s'alimenter : il ne le comprenait même pas lui même.

J'ai aussi mené une enquête acharnée auprès de l'école (chose difficile pendant les grandes vacances scolaires, envoi de mail en urgence à la directrice, à la maitresse), enquête auprès des camarades de classe, de ses clubs de sport, retournement de sa chambre de fond en comble...

Au bout de quelques jours d'alimentation assistée par sonde naso gastrique, mon fils parvenait à s'exprimer un peu et me rapporta des faits compatibles avec du **harcèlement scolaire**. Il avait confiance en moi, son parent, et je ne suis pas sûre qu'il en aurait parlé plus tard aux thérapeutes. C'est une des raisons pour laquelle je pense qu'il faut intégrer les parents comme co-thérapeutes. Le harcèlement fut comme évoqué plus haut un facteur déterminant dans l'installation de la maladie.

Voici dans le paragraphe suivant les diverses méthodes mises en œuvre pour recueillir ses émotions.

6-ECOUTER POUR QUE MON ENFANT PARLE, PARLER POUR QUE MON ENFANT ECOUTE

Les principes exposés ci-dessous (tirés du livre [« parler pour que les enfants écoutent, écouter pour que les enfants parlent » de Adele Faber et Elaine Mazlish](#)) valent aussi pour des adultes et des personnes non malades, basées sur la **communication bienveillante et non violente** ainsi que les dernières données de **neurosciences** sur le fonctionnement du

cerveau émotionnel et du cerveau rationnel et les interactions entre les deux.

Il s'avère que la plupart d'entre nous a une **forte tendance à nier les sentiments de nos enfants**, ce qui ne les aide pas à se sentir mieux. Si nos enfants se confient à nous et entendent en retour : « il n'y a pas de raison de s'énerver, tu ne penses pas vraiment ce que tu dis, ce n'est rien ou ce n'est pas grave... », ils se sentent incompris, encore plus seuls, ou encore frustrés de ne recevoir d'écoute bienveillante de la part de la personne de confiance : cela ne les aide pas à se sentir mieux et peut parfois exacerber leur mal être.

Il y a **huit réactions possibles** à l'écoute d'une plainte d'un proche : la négation des sentiments, la réponse philosophique, le conseil, les questions, la défense de l'autre, la pitié, la psychanalyse d'amateur, et la réponse empathique.

La meilleure attitude à adopter est en premier lieu **l'écoute attentive** de ce que l'autre a à dire : pas une écoute d'une oreille, sans réellement prendre en compte le propos et les sentiments qui y sont attachés : il s'agit d'interrompre la tâche en cours pour l'interlocuteur et de se mettre en disponibilité totale. Ainsi la personne perçoit déjà qu'elle recueille de la considération de l'interlocuteur : être tout ouïe, regarder le confident, être disponible sur les plans rationnel et émotionnel : ceci permettra de capter au mieux les émotions du « plaignant ». Ce sont les prémisses de la phase de réception du message : l'interlocuteur se contente de **recevoir le sentiment**, d'acquiescer, sans commentaires, ni jugement et sans interrompre la personne.

Ensuite, le confident peut essayer de **verbaliser**, de donner un nom au **sentiment** en reformulant ses dires et en lui demandant de conforter ou pas notre compréhension de ses propos. En général, lorsque la bonne émotion est verbalisée, la personne qui se confie ressent souvent un soulagement et s'apaise. En effet, nommer une émotion permet une distanciation de celle-ci.

Plus la personne qui se confie se sentira écoutée et comprise, sans jugement et plus elle se confiera ; un **cercle vertueux** s'installe grâce à la **confiance**. Cela a pour effet de désamorcer les effets néfastes (psycho-)somatiques des émotions négatives puisque ces dernières s'extérioriseront par la parole.

Après la lecture attentive du livre « *parler pour que les enfants écoutent, écouter pour que les enfants parlent* », j'ai appliqué les conseils donnés à chaque fois que mon fils exprimait des émotions négatives, douloureuses ; je constatais avec bonheur qu'au lieu de continuer à se braquer, il s'apaisait, parvenait à se confier et la situation conflictuelle se désamorçait la plupart du temps.

Cet ouvrage, véritable bible de l'éducation positive, a permis une meilleure coopération en situation difficile et a contribué au rétablissement d'une meilleure harmonie familiale, bien mise à mal par la maladie. J'ai pu tester les principes exposés dans ce livre avec d'autres enfants que les miens, dans des situations où les parents ne parvenaient pas à calmer leur enfant et, Ô bonheur, l'enfant s'est calmé en quelques secondes.

Dès que la tension monte dans certaines situations, j'essaie de vite me remémorer les principes clés du livre et de les appliquer.

Une autre astuce qui fonctionne bien pour mon fils si la situation conflictuelle ne se décante pas, ou bien s'il n'est pas disposé du tout à m'écouter est de profiter du câlin du soir au coucher pour reparler tranquillement de la situation, une fois que la tension émotionnelle est dissipée ; il m'est alors beaucoup plus simple de distiller mon message, le climat étant plus serein ; mon fils est aussi bien plus enclin au dialogue à ce moment-là.

7-ENCAISSER LES MOMENTS DIFFICILES POUR TENIR LE COUP : SE FAIRE AIDER SOI MEME

Les aidants, les membres de la famille sont humains et leurs nerfs sont mis à rude épreuve au cours de l'épisode d'anorexie mentale de leur proche, ils sont aussi assurément besoin d'aide.

Suite au stress et émotions négatives nombreuses éprouvés au cours des soins hospitaliers de mon fils et à l'incompréhension de la maladie au cours des premières semaines, j'ai dû consulter le **médecin généraliste** quasiment tous les mois pendant quatre mois (douleurs gastriques, insomnies...) ainsi que ma **psychologue** (à sept reprises en trois mois) laquelle me suivait depuis 5 ans, et que je n'avais pas vue depuis au

moins 6 mois car ma propre thérapie avait consolidé la guérison de ma dépression. Très à l'écoute, empathiques, ils m'ont tous deux beaucoup aidée dans cette période difficile.

L'**ostéopathie** m'a également soulagée de nouvelles douleurs dorsales apparues après l'hospitalisation de mon fils. Vous savez comme moi que le stress est un grand pourvoyeur de douleurs dorsales !

J'ai consulté une [sophrologue](#), au cours du premier mois d'hospitalisation de mon fils, laquelle m'a dispensé de nombreux conseils également : mon fils allait trouver les **ressources en lui** pour parcourir le chemin de la guérison, il devait trouver son chemin, ses solutions avec l'aide des professionnels. Par métaphore, j'ai ainsi pu expliquer à mon enfant cette histoire de **cheminement intérieur**, la traversée de ce labyrinthe, certes semé d'embûches, mais duquel il allait trouver la sortie : il ne devait pas se coucher au sol, il ne devait pas abandonner : pour qu'on le pousse à avancer, il fallait rester debout (ne pas se décourager), pour cheminer, il devait avancer pas à pas (progresser), écouter les encouragements de sa famille et suivre les recommandations de l'équipe soignante. Ce rôle de « coaching », d'**encouragement permanent**, a été **fondamental** pour lui : il savait qu'il avait le soutien indéfectible de ses proches.

Enfin, je glanais [un petit « coaching » en vidéo grâce aux interviews de Philippe Jeammet](#), éminent professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris VI, et chef du service de psychiatrie des adolescents et des jeunes adultes à l'Institut Mutualiste Montsouris (Paris). Il a consacré une bonne partie de sa carrière aux jeunes souffrant

d'anorexie ou de boulimie, ce couple infernal comme il le dit si bien. Les troubles du comportement alimentaire sont une question de sentiment interne, d'estime de soi, de confiance ; l'individu anorexique a un sentiment « insecure », avec le contraste entre la maladie et un grand appétit non pas d'aliment mais de se réaliser, d'être le premier, d'être considéré. Les personnes souffrant d'anorexie sont ambitieuses, et ont peur de ne pas être à la hauteur : elles s'accrochent alors à ce qu'elles peuvent maîtriser : l'image de soi contrôlable grâce à l'alimentation.

8-POURSUIVRE SUR LE CHEMIN DE LA GUERISON : DEPASSER LA PHASE 2

La durée d'hospitalisation de mon fils fut de trois mois et demi. Le retour à la maison fut loin d'être facile à gérer : nous, parents, avons traversé des moments très durs : menaces suicidaires, fugues, crises de boulimie, sautes d'humeur incompréhensibles, refus de se coucher le soir, tyrannie alimentaire concernant les menus, recherche et provocation du conflit avec son frère, absence de prise alimentaire après le retour à l'école...et j'en passe.

Pourtant, il a encore fallu faire face, et heureusement que nous avons pris connaissance de l'existence de **cette fameuse phase 2 dont parle Solange Cook Darzens** dans son ouvrage

« approche familiale des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent » : ignorer cette phase peut constituer une perte de chance pour l'individu ; en effet, au cours de cette phase, qui survient généralement lorsque l'individu recommence à manger, celui-ci exprime beaucoup d'agressivité et de comportements incompréhensibles et inhabituels avec des moments de colère extrême, de provocation et de rébellion.

Cette deuxième étape, débutant quatre à huit semaines après la réalimentation, peut durer plusieurs mois. Elle est très difficile à vivre pour les parents, l'entourage proche. **Connaître cette phase est primordial car elle augure un début de guérison et est donc positive : il ne faut pas la réprimer, l'étouffer, au risque que le malade retourne vers un comportement de restriction alimentaire.**

Les parents doivent en revanche poser des limites tangibles, mais doivent laisser l'individu exprimer sa colère : celle-ci est bénéfique car l'agressivité en s'exprimant n'est plus retournée contre lui-même. **Ainsi, il faut en passer par cette étape pour cheminer vers une guérison complète.**

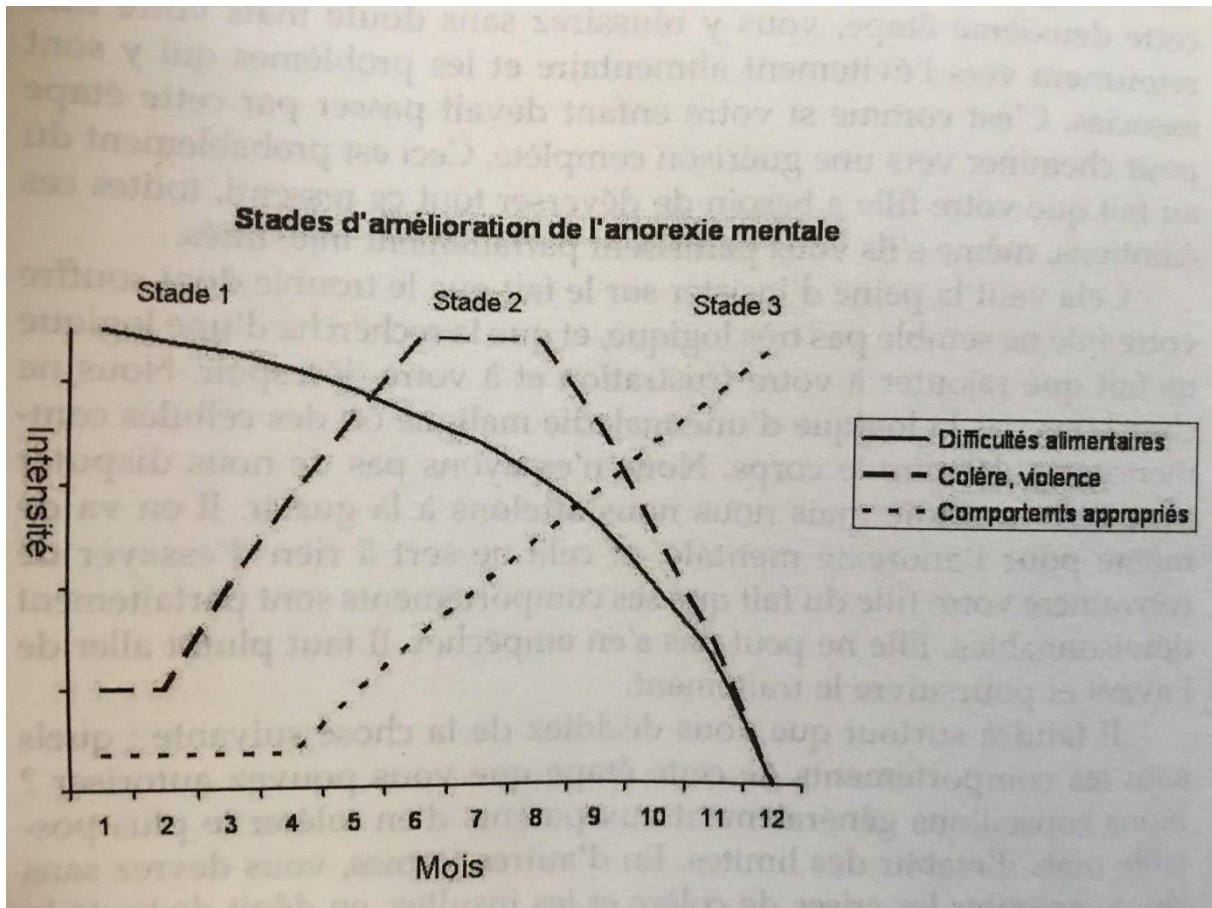


Schéma illustrant les stades d'amélioration de l'anorexie mentale, issu du livre « Approche familiale des troubles du comportement alimentaire chez l'enfant et l'adolescent »

9-LE RYTHME DE CROISIÈRE ET RESTER A L'ECOUTE POUR GUETTER LES RECIDIVES

Au jour où j'écris ces quelques lignes, sept mois se sont écoulés au « rythme de croisière » caractérisé par le fait qu'il n'y a plus de trouble du comportement alimentaire, la rémission est pour l'instant (et j'espère pour toujours) complète. Avec un à deux ans de recul, j'espère pouvoir parler de guérison. Toutefois, cela implique de **rester vigilant** car un **choc émotionnel**, ou des difficultés cumulées sur le plan

émotionnel peuvent faire **ressurgir les troubles alimentaires** à plusieurs années d'écart (parfois 15 ans selon certains témoignages).

1/L'histoire de « X », dont j'ai rencontré le papa à une réunion de parents d'enfants anorexiques boulimiques en témoigne : après un premier épisode à 17 ans, cette jeune femme retombe dans la maladie à l'âge de 35 ans. Son père va même jusqu'à la ramener des Etats unis, où elle s'est expatriée, tant son état est préoccupant. Elle est hospitalisée depuis 1 an.

2/Au masculin maintenant, voici l'histoire de Jacques, 68 ans (témoignant dans [l'émission de « toute une histoire » présentée par Sophie Davant](#)) qui a souffert d'anorexie pendant une dizaine d'années : à l'âge de 11/12 ans il subit les moqueries de ses camarades et il a l'étiquette du « gros » : ce vécu de l'adolescence laisse des traces : manque de confiance en lui, image du corps dégradée. Vers l'âge de 35 ans, alors qu'il a un poids tout à fait normal, il perd deux kilos au cours d'une partie de tennis puis décide alors de continuer à perdre du poids et bascule dans l'engrenage de l'anorexie mentale.

Grâce à l'aide de ses proches et des professionnels de santé, il sort de la phase de déni, et prend en charge efficacement sa maladie, qui durera environ 10 ans ; il s'engage ensuite dans une association d'écoute et d'entraide pour les personnes souffrant d'anorexie mentale. Des propos chocs m'ont particulièrement touchée dans l'émission : « nous ne sommes pas des vilains petits canards », lorsque la maladie est installée, « ce n'est pas que l'on n'est pas conscient que l'on commet une erreur -celle de ne pas manger-, c'est que l'on ne peut pas ». Dans cette maladie, il ne s'agit pas que du poids, « il faut se réconcilier avec soi-même ».

De retour dans ma propre histoire, enfin, celle de mon fils, aujourd'hui, je veux penser qu'il pourrait ne jamais y avoir de rechute. Ainsi, pour ne pas créer de climat délétère autour de l'alimentation, **j'ai choisi de ne pas surenchérir sur les « mini alertes »** (petites baisses d'appétit occasionnelles ou au contraire fringales ponctuelles) : ma règle : ni bloquer (en cas de prise alimentaire importante) ni encourager (en cas d'absence de prise alimentaire ponctuelle), la prise alimentaire sur un trouble ponctuel (quelques repas) : par exemple les contrôles médicaux au centre référent de TCA sont source de stress et d'angoisse importants pour mon fils (prise de sang, pesée, questionnaire ...) et il n'a généralement pas ou peu d'appétit la veille des suivis. A contrario, étant de nouveau très sportif, il a parfois un excellent appétit dans les périodes d'efforts physiques.

10-PARTAGER, TRANSMETTRE SON EXPERIENCE

La transmission de cette expérience, au travers de cet E-book mais aussi de la réalisation de mon site internet <https://desanorexie.com> pour partager toutes les ressources d'informations cruciales qui m'ont aidée, n'a que des avantages :

-une **libération** du vécu de ce traumatisme en tant que mère

-une **connaissance assez fine des facteurs et mécanismes** ayant conduit mon enfant à un trouble du comportement alimentaire grave

-une connaissance et de ce fait une **REconnaissance des émotions** qui peuvent conduire à des troubles du comportement (alimentaire), à de l'agressivité, à la tristesse...

-une **attitude préventive** au quotidien pour éviter ou à défaut limiter les éventuelles rechutes

-un partage d'expérience qui je l'espère pourrait **aider d'autres personnes souffrant de TCA à s'en sortir**

-un **partage avec les professionnels de santé** (médecins, psychiatres, pédopsychiatres, infirmiers, aides-soignants...) qui me liront : ces personnes font généralement partie de personnes ouvertes d'esprit qui ont conscience que des témoignages peuvent continuer à améliorer leur compréhension de la maladie et ainsi continuer à progresser sans cesse dans la prise en charge de leurs patients

-ET j'espère sincèrement un **échange constructif** avec tous ceux qui me liront, personnes malades et professionnels afin de continuer à militer pour la reconnaissance des TCA et à en améliorer la prise en charge.

Ensemble, **T**ous **C**ontre l'**A**norexie, tous contre les

troubles des **C**onduites **a**limentaires !

Rejoignez moi sur : <https://desanorexie.com>

