

Les TCA : troubles du comportement alimentaires



En préambule, il convient de vous préciser qu'en tant qu'étudiante de l'école, si j'aborde le thème des TCA, cela ne tient pas au seul fait que le sujet m'intéresse et qu'il risque aussi de vous intéresser... Nous allons parler d'un sujet d'actualité et de personnes qui fréquentent peut-être vos cabinets... certaines ne vous ont d'ailleurs pas encore avoué leur lourd secret...

Ecrire sur ce sujet, c'est aussi vous parler de ma propre expérience de vie, de la maladie et du long chemin pour en guérir.

En second lieu, il est important pour moi de remercier Hélène de m'avoir proposé d'écrire pour vous tous. Sachez que, tout comme ce fût le cas pour la parution de l'article associé à cette newsletter, mon objectif n'est pas d'éblouir et d'attirer à moi les regards mais de donner un éclairage sur des maladies particulières et de remettre de la lumière dans la vie de celles et ceux que vous accompagnez.

Menu du jour

Je vous propose le menu suivant:

- En apéritif, le cocktail des TCA,
- En entrée, vous donner globalement le tableau clinique,
- En plat de résistance (s !), quelques axes de soin,
- En dessert, un journal... pas un journal intime mais un article de Maxi, magazine dit « féminin » mais que j'invite aussi les hommes à lire exceptionnellement...

Si le menu du jour est assez « cadré », je vous suggère de ne pas suivre à la lettre toutes mes suggestions mais de vous en inspirer et de prendre soin de vos patients « à la carte »...

Je vous convie donc en premier lieu à découvrir ce qui se cache derrière le terme TCA : troubles du comportement alimentaire. Pour vous l'exposer, je prends mes propres mots mais j'emprunte largement aux écrits du professeur RIGAUD, spécialiste des TCA, et d'autres de ces confrères, partenaires de l'association dans laquelle nous intervenons, eux et moi, l'association AUTREMENT.

Je vous transmets des informations empreintes de mon histoire personnelle certes, mais en restant la plus « professionnelle possible », c'est à dire avec une large exploitation « de la carte du monde » des médecins, des nutritionnistes et « psy » (- « chiatres » et autres) spécialisés dans le domaine et d'autres malades que je côtoie.

Nous avons trois mots qui vous donnent déjà trois grands axes de ces maladies, parfois classées dans les addictions, parfois distinguées de ces dernières...je n'entrerai pas ici dans ce débat et m'attache simplement aux trois termes :

- **Troubles** : Nous comprenons immédiatement que les personnes atteintes portent un mal-être. Il y a des troubles du comportement mais aussi de la pensée, de la gestion des émotions et de la relation. Derrière le trouble apparent (les comportements « atypiques » autour de la nourriture), il y a des troubles psychologiques et relationnels à considérer.

- **Comportement** : Le comportement « anormal » autour de l'alimentation n'est pas le seul comportement révélateur de ces pathologies et plusieurs seront à aborder. Je rappelle juste ici qu'une conduite alimentaire, comme manger de la soupe le soir, relève de l'habitude (sociale, culturelle...) et se distingue du comportement alimentaire qui correspond lui à une « réponse comportementale » du sujet mise en place pour s'adapter à des stimuli émotionnels internes ou externes (nous sommes là dans des stratégies d'adaptation pour mieux gérer une émotion, un besoin mal identifié...). Le comportement est associé à un ressenti profond et ne peut pas être modifié aussi aisément que peut l'être une conduite.

- **Alimentaire** : ce mot renvoie à l'alimentation qui occupe plusieurs fonctions dans la vie humaine, la première étant vitale: se nourrir pour vivre. Mais l'alimentation sert aussi de lien entre les humains; elle nous permet de donner, de partager et de faire et prendre du plaisir dans la convivialité et dans le simple fait de la sensorialité.

Les TCA se déclinent selon les pathologies suivantes, l'anorexie, la boulimie et les compulsions alimentaires étant les plus connues et les plus répandues:

- **L'anorexie mentale**: elle correspond à un refus de se nourrir de peur de grossir et a une perception erronée de l'image corporelle. L'**anorexie** peut être **restrictive** (restriction alimentaire très sévère) ou mêlée à des prises alimentaires moins restrictives mais suivies de vomissements ; on parle alors d'**anorexie-boulimie** ou d'anorexie de forme boulimique. Les malades sont très minces à maigres et camouflent leur corps sous des vêtements amples.

- **La boulimie**: c'est l'ingestion hors des repas de quantités impressionnantes de nourriture en un temps bref, sans plaisir ou presque, suivie d'un fort sentiment de culpabilité. La « crise » se termine souvent par des vomissements qui apportent un soulagement (à la fois physique –abdomen douloureux- et psychologique – se punir de sa faiblesse) et permet de ne pas ou peu grossir. La pensée anorexique et la peur de grossir restent omniprésentes. Les malades sont souvent à « poids normal » voire minces.

- **Les compulsions alimentaires:** c'est la répétition plusieurs fois par semaine de prises alimentaires compulsives, avec l'absorption d'une grande quantité d'aliments, avec un sentiment de perte de contrôle mais sans peur de grossir et avec un certain plaisir. Les malades sont des personnes fortes à obèses. Si leur poids ne les complexe pas toujours, elles souffrent de ces comportements incontrôlables.
- **La frénésie alimentaire:** c'est une compulsion poussée à l'extrême, avec l'ingestion d'une grande quantité d'aliments choisis. Il y a un fort sentiment de perte de contrôle mais le phénomène impulsif est ingérable et la personne doit répondre à ce besoin irrépressible, y compris dans la rue ou chez des amis. La violence verbale, l'agressivité, l'usage d'alcool et de stupéfiants, les conduites à risques y sont souvent associées.
- **Le grignotage pathologique:** c'est la consommation d'aliments « prêts à l'emploi » par petite quantité, sans y penser, hors des repas au long de la journée. La personne consomme sans même sans apercevoir, avec un besoin d'avoir quelque chose en bouche en permanence pour se calmer. Les personnes sont donc sujettes à un surpoids.
- **Les ruminations ou mérycisme:** c'est l'acte de faire remonter dans sa bouche puis de déglutir à nouveau des « bouchées » d'aliments qui viennent d'être avalées. C'est un acte involontaire et sans effort mais dont la personne à tout à fait conscience. Usuellement, on trouve ces pathologies chez le nourrisson ou la personne sénescence mais aussi dans le cas des sujets boulimiques au long court.
- **L'orthorexie :** ce mot vient des mots grecs "ortho" (droit) et de "orexie" (appétit). Une personne atteinte d'orthorexie est tellement préoccupée par le fait de "bien manger" que cela en devient une pathologie. La préoccupation alimentaire est d'ordre qualitatif et non quantitatif : ces personnes ne se préoccupent pas de leur poids, elles veulent seulement avoir une alimentation saine. Elles prévoient des repas de secours lorsqu'elles savent qu'elles ne mangeront pas chez elles ou qu'elles ne pourront pas contrôler le repas. Lorsqu'elles ont "failli", elles durcissent encore leur consommation alimentaire pour "effacer" la faute.

A travers cette présentation, nous avons déjà **quelques éléments du tableau clinique:** un mal-être profond mais non clairement formulé au départ... Le premier des symptômes réside dans la corpulence de la personne et ses propos par rapport à son image corporelle. La façon dont elle aborde la nourriture et ses habitudes alimentaires constituent un second point important mais il convient de l'aborder de manière habile et progressive dans les cas d'anorexie et de boulimie car les malades sont excessivement méfiants autour de ce sujet.

En toile de fond, nous retrouvons des facteurs constants : le manque profond de confiance en soi, l'angoisse qui devient une compagne à plein temps (l'angoisse de ne pas être à la hauteur notamment!), une tendance au perfectionnisme, une gestion difficile des émotions, des difficultés relationnelles et la mise en place de stratégies de « contrôle » pour tenter de maîtriser « sa vie ». Le contrôle et les pensées obsessionnelles par rapport au corps sont un « garde-fou » qui malheureusement, faillit de temps à autre et c'est alors la crise !

Trop de contrôle aboutit à une perte totale de contrôle! Même dans le cas des personnes qui souffrent d'hyperphagie, de grignotage pathologique, il y a eu à la base cet excès de contrôle.

70% des troubles du comportement alimentaires débutent par un « petit » régime hypocalorique... Certains resteront dans le contrôle, d'autres vacilleront vers la perte de contrôle. Dans tous les cas, ce n'est pas un manque de volonté (dont vous parleront vos patients), mais un excès de volonté qui a tout fait chavirer.

Pour entrer dans les « standards » de la psychopathologie, voici quelques précisions épidémiologiques et étiologiques:

Les malades sont principalement de sexe féminin : 95% des malades anorexiques sont des femmes, 90% des malades boulimiques et 70% des malades de compulsions alimentaires. Certains spécialistes de la psychiatrie avancent que si les TCA touchent apparemment moins les jeunes hommes, cela tient peut être au fait que ceux –ci décompensent plus rapidement et « glissent » des TCA à des pathologies plus lourdes ou se suicident ! J'en rencontre dans mes patients et je pense que tous ne sont pas « identifiés » car c'est encore plus délicat pour eux d'avouer ce trouble puisqu'il est usuellement dit que c'est une maladie « féminine »

L'anorexie mentale débute généralement entre 12 et 25 ans mais peut débuter plus tard ou resurgir après des périodes de trêves ; la boulimie apparaît entre 15 et 25 ans mais également plus tard et peut durer de très nombreuses années sans que le profil corporel de la personne ne laisse soupçonner son état. Les pathologies avec une absorption importante d'aliment (hyperphagie, grignotage...) prennent souvent racine dès l'enfance ou l'adolescence. Mon expérience des malades révèlent souvent un rapport difficile à la nourriture dès 6 ans (voir même plus tôt avec des mères qui ont rapportées aux malades : « quand tu étais petite, tu buvais un biberon du double de la dose indiquée par le docteur ! ») et des comportements déjà particuliers dans la famille (la mère ne mange pas en même temps que les autres, la famille est végétarienne...).

Dans les causes de ces pathologies, on trouve des facteurs d'origines multiples : des antécédents familiaux avec des comportements addictifs (alcoolisme principalement pour l'anorexie et la boulimie et hyperphagie/ obésité dans les compulsions alimentaires), des facteurs socio- culturels (la société de consommation et le culte de la minceur participe à l'accroissement de ces troubles; 70% des TCA débutent suite à un régime pour maigrir évidemment !), des traumatismes non résolus (notamment des abus sexuels dans le cas de la boulimie ou de l'anorexie-boulimie), des facteurs personnels que nous allons citer ci-après, qui constituent en partie, le profil psychologique de ces malades.

Les 10 caractéristiques mentales des TCA classiquement avancées sont :

- Le manque de confiance en soi
- L'excès de perfectionnisme
- Le besoin de tout maîtriser et la peur de lâcher-prise
- La perte de l'image de soi et l'incapacité à aimer son corps
- Le rejet de l'image de la femme (féminité, sexualité, sensualité)
- Le rejet du désir et du plaisir, associé à un sentiment de culpabilité
- La difficulté d'expression verbale et émotionnelle (difficulté à s'associer à ses émotions/ressenti)
- L'attachement excessif à l'un des parents
- La tendance à la dissimulation et la méfiance vis à vis de l'autre (la peur du lien)
- La peur de ne pas être à la hauteur.

On voit que les malades ont des traits communs et, à défaut de parler de caractère génétique, ils ont un « profil » qui se prête au développement des TCA. La maladie est ensuite déclenchée par un élément que l'on peut qualifier de « déclencheur », élément plus ou moins traumatique... décès, déménagement, séparation des parents, séparation d'un ami, moquerie, etc... et la personne perd l'appétit, démarre un petit régime pour se sentir mieux, compense par la nourriture, grossit et se met au régime... et glisse dans le TCA. Le TCA se nourrit de lui-même et les symptômes comportementaux du départ deviennent une vraie pathologie psychosomatique.

Des facteurs favorisent ensuite le maintien et l'installation au long cours du TCA... il se chronicise notamment par le déni des patients, de l'entourage et le manque de connaissance (et donc de perspicacité dans sa détection) des soignants. Beaucoup de médecins traitant soignent les symptômes (maux de ventre, nausées...) sont voir ce que dit le corps du patient.

Les différents spécialistes ne sont pas tous en accord sur le fait que les TCA soient des addictions, dans le sens où la nourriture n'est pas à proprement parlé une substance « psycho-active »... C'est en tout cas une substance « psycho-affective » et tous les comportements, les croyances, les rituels mis en place autour de la prise alimentaire enferment les malades dans une vraie dépendance, les marginalisent, les isolent et le sevrage occasionne des symptômes de manque tout comme quand on se sépare d'un psychotrope.

La structure de base peut-être de type « border-line », parfois bipolaire ou névrose obsessionnelle. Les sujets développent quasiment tous des tendances obsessionnelles pour « contenir » leur mal-être mais qui n'empêchent pas l'angoisse de gagner du terrain. Beaucoup de malades TCA présentent des troubles anxieux sévères, des troubles dissociatifs (rechercher les potentiels traumatismes à l'origine de cette dissociation, notamment des abus sexuels) et qui sombrent généralement dans un état dépressif.

La pensée anorexique peut vous surprendre parfois et vous laisser suspecter des troubles psychiques plus profonds (d'ailleurs ils le sont à certains moments, avec une forme de paranoïa sensitive dans les cas de très forte dénutrition) ; certaines malades se retrouvent alors internées en milieu psychiatriques alors qu'il n'y a pas de structure psychotique ! Des personnes qui vous semblent par ailleurs « intelligentes » refuseront de se voir très maigres, elles ne supporteront pas de prendre un kilo... cette part d'elle, quand elle se présente et occupe toute la place, n'est pas en lien avec la réalité, du moins pas votre réalité, vous qui n'êtes pas entrés dans le monde des TCA. Pour vous aider à mesurer la portée des pensées « magiques » qui peuvent vous surprendre, je vous livre une part très intime de moi.

Alors que j'aime mes enfants d'un amour que beaucoup qualifient de très profond, à certaines périodes de la maladie, lorsque j'allais me peser et que la panique m'envahissait (et que personne « à part moi » ne me demandait de me peser !), je pensais : « je préfère perdre un de mes enfants que de prendre un kilo ! ». Quelques minutes après, je pensais « mais tu es monstrueuse ! »... Je n'entendais pas des voix, c'était la lutte interne entre deux parts de moi dont une pour laquelle la vie ne pesait pas lourd sur la balance !

Vous pourrez largement préciser le « tableau classique » de ces pathologies avec les ouvrages que je vous propose en fin de cette newsletter.

Je vous propose maintenant un diagnostic PNL et un axe d'accompagnement personnel (encore à ce jour mais qui s'affine avec ma pratique et le travail avec mes superviseurs), plus en lien avec notre approche de la PNL humaniste. Je précise qu'il s'agit d'un axe pour aller du point de départ à un point désiré de guérison mais durant lequel, il est essentiel de s'autoriser « des chemins de traverse » et de la créativité pour stimuler les ressources du sujet. Dans ces pathologies, je ne crois pas qu'une ligne droite et encore moins un raccourci soit une solution ! Mon expérience, encore limitée du métier d'accompagnement, me montre que ces thérapies durent d'une à plusieurs années.

Pour mieux mesurer le chemin à parcourir, **je pose quelques réflexions sur les fondements de la maladie**. Beaucoup de spécialistes s'entendent (et je partage leur avis vu mon vécu) pour affirmer qu'elles prennent racines dans l'enfance dans le premier rapport à la nourriture et le lien aux parents.

Des « traces » de l'oralité vont rester inscrites et se retrouvent dans les comportements des malades. On arrive ensuite au stade du miroir et à la séparation d'avec la mère... Certains ont écrit à propos de l'anorexie que le miroir intérieur (du malade) est brisé... Je crois qu'effectivement, le jeune enfant n'a pas trouvé un miroir suffisamment accueillant pour lui dire « qu'il est le plus beau » et qu'il est resté fidèle à son « hôte » premier sans oser sans détacher. Il n'a pas pris conscience qu'il n'est pas une image mais une vraie personne avec un corps singulier et une autorisation à vivre séparément, en toute intégrité. Il doute également qu'il soit aimable puisque la personne même qui l'a mis au monde ne lui a pas transmis de message d'amour suffisamment fort (du moins pour qu'il soit rassuré sur lui-même et sa valeur). La violence tournée contre soi, les rituels pour se rassurer, le comportement en tout ou rien ne sont pas sans rappeler la période entre 12 et 30 mois (selon les psychiatres considérés- Freud, Dolto, Piaget, Wallon, Malher...) où l'on prend conscience de son propre corps et l'on se sépare de la mère, avec l'aide du père. Cette période est également celle de l'accès au symbolique qui permettra un meilleur lien au réel...

Les premiers instants d'échange autour du sein ou du biberon n'ont pas été ceux attendus puis les regards reçus ne lui ont pas clairement exprimé qu'il était aimé. Avec un narcissisme primaire déjà défaillant, il est difficile d'envisager le processus d'identification à la période oedipienne.

Comment rivaliser avec une mère ou un père (selon son sexe) dont on attend toujours un regard aimant et d'un autre côté, y trouver un modèle alors qu'on perçoit mal les limites entre sa mère et soi?

A l'adolescence, les regards du sexe opposé sont un nouveau miroir... mais ce que l'adolescent y voit n'a plus la même portée... Si nous parlons des jeunes filles, puisque qu'elles sont les plus touchées (et que j'en fus une...), bien que pouvant être flattées du regard masculin, la loyauté envers la mère et le besoin d'être aimé pour ce qu'elles sont et non pour ce qui paraît (les formes du corps) vont les placer dans une situation délicate... Ne pas être vue sera alors l'objectif!

Elles éprouvent un tel manque d'amour qu'elles nourrissent peut être encore le secret espoir d'être aimée de leur père, elles sont effrayées par de pareilles pensées (pulsions?)... leur féminité devient un danger. Elles ont tellement besoin d'être aimées de leur mère... devenir une seconde femme à la maison est impossible!

Alors, ne pas manger ou manger à l'excès, sera certainement la meilleure solution pour prendre une forme « asexuée » et ne pas perturber l'équilibre du masculin –féminin dans la famille. L'intention positive inconsciente est de conserver l'équilibre extérieur, de ne pas déstabiliser le système, de ne pas déranger et d'être aimée. Par le sacrifice de sa féminité et de son statut de femme, elle dit encore à ses parents combien elle les aime et qu'elle peut disparaître pour garder leur amour.

On perçoit donc tout ce qui a pu se « jouer » avant d'arriver à la mise en place du trouble, qui est certainement le meilleur choix possible à un moment donné de la vie de cette personne en construction. La guérison va donc demander une reprise des fondations de cette personne qui ne s'est pas « mal comportée », qui a juste adapté un comportement nécessaire à sa survie... le manque d'amour et d'estime de soi conduisent pour de nombreux malades à des tentatives de suicide.

Le présupposé qui doit vous accompagner est donc bien celui-ci: ces personnes ont fait le meilleur choix possible à un moment de leur vie! Et bien évidemment, ces comportements ont des bonnes intentions inconscientes qu'il faudra faire émerger en conscience et aider à la mise en place de comportements plus écologiques.

Le second est que vous et elle avez les ressources et qu'il faudra les renouveler régulièrement car le travail sera long !

Il sera donc important de stimuler autant (voire plus) les ressources que de travailler sur la réparation de l'enfant intérieur durant les séances, et cela pour une durée assez longue, jusqu'à ce que la motivation à aller vers le changement durable soit installée. Il faudra que la part adulte du patient soit assez solide et bienveillante avant d'aller soutenir l'enfant.

Le travail sera un accompagnement à créer des parents intérieurs solides, à faire le deuil de la relation espérée avec les vrais parents, **à accueillir l'enfant intérieur et lui redonner confiance**. Ce travail est délicat car les malades adultes sont devenus aussi mal aimants avec leur enfant intérieur, avec la petite fille ou le petit garçon qu'ils ont été mal-aimés auparavant (du moins qu'ils se sont sentis mal-aimés). Ils se comportent plus durement encore avec eux-mêmes que n'ont parfois pu le faire leur propre parent. Stimuler de la joie, des ressources chez l'enfant intérieur permettra de l'aider à patienter jusqu'à ce que les parents intérieurs puissent le reconnaître dans son intégralité, sa souffrance et ses ressources, avec bienveillance.

La maladie devient pour certains identitaires... Il faut dire qu'on ne se prive pas pour dire « les anorexiques, les boulimiques »... alors, **l'objectif ne sera pas d'éliminer la pathologie mais bien d'accueillir le TCA et d'apprendre à faire autrement pour nourrir tout ce qui ne l'a pas ou mal été**.

Il sera important de **rassurer la part qui a peur de guérir**... si je guéris, que je ne suis pas anorexique ou boulimique, qui suis-je? Je n'aurai plus d'excuse pour ne pas être à la hauteur... me pardonnera-t-on de ne pas être parfait ?

Les méta-programmes nécessitent tous d'être visités car la structure même de la personne est précaire. Si je n'en cite que quelques uns, ils ne sont pas des moins importants.

Le cadre de référence... c'est toujours la peur du regard des autres. Les malades souffrant de TCA aiment les autres et donnent souvent beaucoup mais elles ont peur des regards en retour. Cela complique leurs relations. Elles ne savent pas qu'elles peuvent être elle-même et agir en référence à l'autre... La transformation physique recherchée est-elle là pour mieux convenir au regard de l'autre ou pour mieux éviter qu'il ne voit qui on est ? Ma réponse personnelle est : un peu des deux.

Les frontières sont généralement poreuses. Nous le comprenons rapidement avec le cheminement de la petite enfance et le cadre de référence est externe. Ces personnes ont un « Moi » qui manque de solidité et le désir de plaire aux autres pour ne pas attirer de remarques qui les feraient encore plus doutées d'elles. Néanmoins, vous rencontrerez aussi de la rigidité lorsque vous aborderez la part malade et le thème de la nourriture, de l'image de soi. Les patients peuvent même entrer au long court dans un repli tel que le travail pour les faire sortir de leur bulle-TCA sera délicat ; elles sont devenues méfiantes.

La position vis-à-vis d'autrui oscille entre projection, identification et bulle parfois. Les rapports avec les autres sont largement empreints d'un jeu de domination/ soumission, à l'instar de ce qui se passe à l'intérieur même de la personne : jeu de soumission domination entre la part malade et la part consciente de la maladie qui cherche à en sortir.

La taille de découpage est souvent très petite, focalisée sur le détail et en lien avec un souci de perfection. Les patients sont focalisés sur certaines parties de leur corps (ventre, cuisse, y compris chez les hommes), sur les détails de la tranche de jambon (le petit morceau plus gras), sur le mot

que vous avez dit la dernière fois... Il vous faudra les aider à prendre de la distance et à voir plus large, plus grand ! Oser voir plus grand sans peur de ne pas être à la hauteur !

La catégorie temporelle la plus apparente est through-time avec des personnes très vive d'esprit, toujours en mouvement et dont l'objectif est de ne pas sentir...alors le temps court et l'un des objectifs sera de les associer à l'ici et maintenant. Leur esprit et leurs émotions « se sauvent » régulièrement.

Néanmoins le passé est très présent et largement « ruminé » avec une colère qui sourde et qui se retourne contre soi...la part qui souffre est elle plutôt in-time avec une incapacité à dépasser le passé. On peut y voir une lutte entre le « soi » qui ne veut pas être oublié, qui revient sans cesse et le « moi » qui tente désespérément de faire passer le temps pour qu'il n'ancre pas la douleur du manque. Le travail sur la ligne du temps aidera à replacer peu à peu le passé à sa juste place et libérera en même temps le présent et le futur de leur course effrénée pour ne pas sentir.

Le travail sur la lutte intérieure est certainement de cet ordre...arrêter la fuite du « moi » (l'hyperactivité est une constante des TCA) pour que le « soi » cesse de rejaillir douloureusement. C'est le manque de « soi » que le « moi » doit prendre le temps d'accueillir!

La crise de boulimie pourrait-être vue comme un appel du « soi » à être nourri et la culpabilité du « moi » à avoir cédé (s'aider), comme s'il n'était pas sûr de mériter de l'amour puisqu'il ne l'a pas reçu de ses parents. Le « soi » exagère de vouloir autant d'amour alors que ses parents lui ont signifié qu'il n'était pas aimable (du moins, c'est ainsi que la personne l'a perçu dans son enfance) ! Quelques automutilations, le fait de devoir endurer d'affreuses brûlures œsophagiennes, des incontinences viendront renforcer le principe de punition du « moi » envers le « soi ».

Sans appliquer pas à pas le modèle de la juste autorité, le principe même, si vous le gardez à l'esprit, sera un guide très aidant pour le soin de ces pathologies. Gardez cette attitude très éricksonienne que les contraires (en apparence) sont au fond complémentaires et co-existent dans l'inconscient sans que cela soit un problème. Soyez dans votre juste autorité et dans une attitude souple d'accueil de toutes les parts de votre patient, tant celles exprimant le Moi que le Soi, même quand elles se verbalisent comme des contraires ou des paradoxes apparents !

La direction semble être un « aller vers » mais vous trouverez la même dualité que pour le temps, avec un « moi » qui veut souvent « éviter de ».

Les autres méta-programmes sont moins signifiants et c'est peut-être par ceux-là même qu'il faudra commencer, le temps d'apprivoiser « le soi » et « le moi ».

Les personnes souffrant de TCA sont souvent enclines à aider les autres, les comprendre, les écouter (tout ce qu'elles ne savent pas faire pour elles quand elles sont malades !). **Aussi, le travail sur les positions perceptuelles est un outil pertinent**...Elles se mettront plus facilement à la place de l'autre...si vous les accompagner à être l'autre de temps en temps (sous forme métaphorique notamment, de jeux de rôles...), elles seront alors prêtes à lui ouvrir leur empathie naturelle. Vous pourrez alors revenir vers elles, en douceur, et leur montrer combien elles aussi peuvent être aimables et qu'elles peuvent se laisser toucher par la belle personne qu'elles sont...

Le travail passera également par **une reprise des croyances qui sont majoritairement auto-dépréciatives** (je ne vauds rien, je me déteste, je déteste ce corps, je suis une charge pour les autres...). Il occupera une large part du travail car ces croyances sont centrales et aussi profondément ancrées que les troubles du comportement.

Les critères de vie seront certainement un point d'entrée plus aisé dans leur carte du monde et d'ouverture vers un monde plus doux (des critères importants sont le respect des autres, de la nature, le goût de l'art, le « beau »...).

Enfin, l'index de computation est largement déséquilibré. Là encore, nous pouvons le scinder en deux temps : quand la personne est en « crise », il n'y a plus de processus mental et on passe de l'émotion au comportement pour l'anesthésier. Le reste du temps, le processus mental occupe tout la place. Cela explique pourquoi les relations sont délicates et la communication changeante... Fonction de l'index de computation de la personne malade, il faut réajuster l'index de référence du système. A chaque consultation, il faut être prêt à s'adapter à une nouvelle porte d'entrée... Pouvoir équilibrer leur index de computation est une des clés de voûte de la guérison. Le vôtre doit être « adaptable » tout en respectant votre propre identité. Certains praticiens se trouvent « emportés » dans le flot du TCA. J'ai déjà rencontré des praticiens qui prenaient du poids en parallèle à leurs patients ! Gardez votre équilibre signifie donc se ressourcer, repasser en référence interne et être soutenu par votre thérapeute et votre superviseur.

Concrètement, l'accompagnement peut se profiler ainsi.

Les personnes souffrant de TCA viennent à la base consulter pour un mal-être mal identifié, un manque de confiance en soi ou des difficultés relationnelles.

Les personnes ont une profonde honte dans le cas de la boulimie et une forme de déni dans le cas de l'anorexie. Elles ne donnent donc facilement pas la teneur de leur trouble du comportement alimentaire lors des premières consultations. Si c'est le cas, elles ne viennent pas nécessairement avec une réelle foi à en sortir : elles ont souvent plusieurs années de maladie et plusieurs thérapies infructueuses à leur actif, elles n'y croient plus vraiment. Elles veulent se sentir mieux mais ne pas grossir, elles veulent être « normales » (entendez dans les croyances et les comportements) mais ont des difficultés à accepter une « normalité » d'un point de vue alimentaire ; elles ne sont pas prêtes à voir leur corps s'arrondir. Pour les personnes sujettes aux compulsions alimentaires, leur objectif est d'aller mieux mais avant tout de maigrir. Souvent, elles s'aperçoivent qu'elles ont finalement peur de mincir et de devenir plus séduisantes !

Le premier travail va donc être la création d'un vrai lien de confiance pour qu'elles arrivent à vous confier le lourd poids de leur TCA ! Dans le cas de l'anorexie, la pathologie se caractérise par une forme de toute-puissance et il va être important **d'établir un lien juste, progressivement détaché des jeux de soumission et de domination** vers lesquels va naturellement la malade. Pour la personne souffrant de boulimie, la peur du lien est si intense, qu'elle consomme souvent « du thérapeute » autant qu'elle consomme d'aliments et rejette le lien avant qu'il ne devienne trop envahissant.

Sans généraliser, les écrits des spécialistes et mon expérience, montrent que les structures de personnalités sous-jacentes sont border-line ou maniaco-dépressive avec une évolution, au gré de la maladie, vers des syndromes obsessionnels-compulsifs et dépressifs. L'objectif ici est donc de vous signifier combien **la mise en place du lien et sa pérennisation, en l'ajustant selon une juste « autorité » entre domination et soumission, envahissement et abandon, état de toute-puissance et passage dépressif**, sera cruciale. Le soin de ses pathologies peut être long et éprouvant et l'accompagnant devra réajuster régulièrement son suivi sans s'épuiser lui-même et ne pas hésiter à être créatif. Ces pathologies déstabilisent toujours le milieu médical et psychiatrique et toute innovation, dument qu'elle respecte le lien et les deux personnes impliquée, sera opportune ! **Un vrai lien authentique et nourricier**, un vrai lien d'amour sera le pilier de la reconstruction « du miroir intérieur » du malade.

Le second point est de stimuler l'envie de vie, l'autorisation de vie dans la douceur et le plaisir, de stimuler ainsi les ressources et la motivation qui est parfois « précaire » (elles sont prêtes à se soigner mais pas à guérir du TCA et à changer de corpulence...).

Ces personnes ont souvent peur de ne pas être à la hauteur (le manque de confiance en soi) et notre travail est de leur montrer que nous avons confiance en elle, en notre association patient-thérapeute, et que nous les aimons telles qu'elles sont et que nous les aimerons encore quand elles seront guéries et confiantes elles-mêmes. La thérapie est aussi une occasion de leur montrer que nous aussi, nous faisons des erreurs et que nous restons à la hauteur car nous n'avons pas de projets, pas d'attentes pressantes sur elles. Nous serons là aussi longtemps qu'elles le désireront et nous serons toujours prêts à valoriser leurs expériences, même celles qu'elles voient comme des « échecs ». Elles seront des occasions d'apprendre, de recadrage et finalement elle seront à la hauteur de chaque humain, justes humaines !

Le point commun de ces maladies est ce que certains appellent l'alexithymie, c'est à dire une difficulté profonde à gérer ses émotions. Ces malades présentent souvent la particularité d'être « trop sensibles », comprenez par là qu'on le leur reproche depuis longtemps. Elles, elles, se sentent en trop plein d'amour et ont un tel besoin d'en recevoir que même leurs parents font parfois le constat de ne pas savoir répondre à une telle intensité. Elles se sentent en décalage émotionnel et c'est ainsi que progressivement elles essaient de fuir leurs émotions et le manque affectif ressenti en choisissant de se remplir de nourriture ou bien de la refuser pour remplacer le manque affectif par un manque physique. Elles se font une grande violence à elle-même en tentant de tuer ou punir la part d'elle qui est si décalée par rapport aux autres !

Votre capacité d'accueil avec une vraie forme d'amour thérapeute-patient va donc être essentielle pour qu'elles ne se sentent pas à nouveau en décalage, anormalement avide d'affection et d'attention. J'insiste sur ce point en soulignant que l'entourage « s'use » et certains médecins aussi et se sentent impuissants ; il est donc important de vous respecter et de bien sentir si vous êtes prêts, même en respectant le cadre professionnel, a donné autant. Je vous soumetts là une vraie réflexion par rapport à nos limites... Je mesure que les limites du lien que je peux offrir aujourd'hui sont proportionnelles au lien que j'ai longtemps attendu, malade, et chacun de nous doit prendre la juste mesure de son engagement dans le soin de ces malades.

Un troisième aspect du travail va consister à les associer peu à peu à leur ressenti et leurs émotions qu'elles anesthésient depuis longtemps parfois, à recréer un lien entre esprit et corps, à restimuler une sensorialité dans la douceur et le plaisir, et non pas la mutilation et l'autopunition. Il s'agit d'un ré-apprentissage qui demande de la patience et qui, une fois le lien établi solidement entre vous, si vous en avez la capacité, sera enrichi de votre contact physique par le toucher. Une personne anorexique fait peur aux autres et souvent n'a plus de relation physique. Les malades boulimiques ont pu être abusées et ont longtemps craint le toucher. Les malades obèses pensent que leur corps rebute les autres et ne se laissent plus toucher...et pourtant, ils en ont tous un tel besoin. Alors, les toucher d'une main, les serrer un jour dans vos bras, est très réparateur. « Les associer » est un travail qui démarre dès le début du soin quand on aborde l'objectif. Rares seront celles chez les personnes anorexiques ou boulimiques qui accepteront de vous offrir une image d'elle guérie plus ronde...

Le travail sur l'objectif sera construit pas à pas. Le premier objectif est souvent encore relativement formulé avec un fort impact du « Moi » qui veut guérir, être normal, retrouver de la joie de vivre. Vous avez intérêt à la garder au début pour fidéliser le « Moi », lui donner envie de venir en consultation et d'y croire. Quand le lien au praticien est installé, qu'un climat paisible accompagne les séances, que la personne commence à s'associer davantage à ces ressentis et que la majorité des peurs sont exprimées, on peut formuler un objectif en structure.

On organise le chemin vers cet objectif d'étapes pour ne pas laisser la peur de ne pas être à la hauteur reprendre le dessus et pouvoir régulièrement féliciter tous les changements, tous ces « portions d'objectif » (rappelez vous que les malades détaillent, focalisent par morceaux et que la vision globale et au long cours est un objectif en soi, une évolution du métaprogramme « taille de découpage) . Vous pouvez travailler l'objectif puis le visualiser davantage en terme métaphorique (j'ai accueilli des papillons dont le corps devenait plus robuste pour battre des ailes, des licornes au torse puissant et léger à la fois)...N'hésitez pas à travailler dans le symbolique et le métaphorique. N'oublions pas que cela stimule l'enfant intérieur qui est souvent très maltraité chez ses personnes (il est responsable d'avoir trop mangé, de n'avoir pas su restreindre ses envies...) et que c'est déjà une façon de l'accueillir avant de le faire grandir.

Les patients souffrant de TCA sont remplis de conflits internes...On dit usuellement que ce sont des maladies du paradoxe ! Au gré des consultations, les différentes parts en conflit et majoritairement celles qui veulent guérir mais ne pas grossir (cas de l'anorexie et la boulimie), celles qui veulent réparer le lien à leur mère et la déteste en même temps, celles qui veulent cesser les crises et ne pas manger à table ou consulter un gastroentérologue en même temps, vont se présenter. Le travail sur les parts sera donc à répéter souvent, en y allant pas à pas, en essayant le refus de collaboration au départ mais, avec des inductions répétées et authentiques, la rencontre deviendra possible.

L'hypnose avec la stimulation des complémentarités et l'ouverture à de nouvelles associations, la création de métaphores seront des outils intéressants. N'hésitez pas à stimuler la part créative des sujets pour lui demander de l'aide dans la résolution des conflits. Elle s'est appauvrie avec la maladie (on perd l'envie de rêver, de créer) donc vous en serez l'heureux jardinier en tant que thérapeute !

Le travail sur les croyances sera un point crucial comme dans d'autres troubles et vous pourrez doucement les « titiller » grâce au méta-modèle : vous trouverez beaucoup de jugement d'équivalence du type « si je mange, je grossis », « cet homme me regarde, j'ai grossis ! »... Ces exemples ne sont pas choisis au hasard...si pour beaucoup de gens, manger fait grossir, dans le cas des malades d'anorexie-boulimie, il s'agit de manger un petit pois qui ferait grossir alors qu'elles sont dans une telle hyperactivité qu'elles dépensent 3000 calories par jour ! J'essaie de vous illustrer à quel point, pour entrer dans la carte du monde des malades de TCA, il faut oublier celle que vous connaissez. Le monde des TCA est aussi distordu que l'image qu'elles ont d'elles-mêmes.



La réparation de l'enfant intérieur ne viendra que lorsque la vision du monde de la malade redeviendra plus en adéquation avec la réalité, qu'elle commencera à avoir une meilleure estime d'elle-même, à lâcher ses comportements-limitants et se laisser sentir. Elle devra d'abord faire le deuil d'une image impossible à atteindre d'elle-même, d'un lien impossible avec ses parents (du moins l'un d'entre eux qui est souvent la mère mais je préfère rester prudente sur ce point). Elle devra modéliser des femmes susceptibles de l'aider à restaurer une vraie image de sa féminité, de la maternité, accepter de devenir une femme adulte, s'individuer de ses parents réels et consolider ses parents intérieurs.

Là seulement, elle pourra accueillir et prendre soin de son enfant intérieur...enfant dont elle était restée persuadée qu'il ne mérite pas d'être aimé puisque ses parents n'étaient pas capables de subvenir à ses besoins d'amour.

Comme nous l'avons vu, les TCA prennent leurs racines dans les fondements même de personnalités dont le narcissisme primaire est défaillant et le lien à la vie est perturbé (l'accueil n'a pas été suffisamment bienveillant pour que la permission d'exister soit une certitude !). Alors ne faisons pas l'économie de vérifier toute la petite enfance des malades...Et rappelons-nous « qu'il n'est jamais trop tard pour vivre une enfance heureuse ! » (Milton Erickson).

Les malades auront besoin de trouver d'autres accompagnants...des personnes pour les masser, des groupes de paroles, un médecin nutritionniste s'il est bien formé à ces troubles. Vous serez le référent mais il sera important, petit à petit, d'accompagner la personne à s'ouvrir à d'autres liens bienveillants et procurant du plaisir...le plaisir dans l'échange, du lien et de l'autonomisation en même temps.

Quelques mots pour finir sur mon parcours thérapeutique et en quoi notre spécificité de psychothérapeute du courant humaniste est intéressante.

Entrée à 12 ans dans l'anorexie restrictive, alors que j'étais une petite fille ronde et « trop sensible », qui avait fait une première tentative de suicide à 6 ans (à laquelle les adultes répondirent que cela arrive à tous les enfants !), j'ai peu à peu dérivé vers l'anorexie-boulimie qui s'est ensuite compliquée de mérycisme... Extrêmement angoissée, sujette aux crises de tachycardie et spasmophilie, les médecins me proposèrent des bêtabloquants pour passer mes examens, des vitamines pour la forme, des piqûres pour faire revenir mes règles... J'entamais une première thérapie de type psychanalytique et corporelle à 20 ans mais avec un homme qui me demandait de me déshabiller pour les séances d'acupuncture ! Je soldais cette expérience au bout de 6 mois, trop mal à l'aise...J'avais tenu 6 mois car j'avais peur de partir...prise au piège d'une forme de domination du thérapeute.

A 25 ans, dans la perspective d'avoir un enfant (je n'en voulais initialement pas car ma croyance était : faire un enfant, c'est le faire souffrir...) par amour pour mon conjoint, j'entamais une seconde psychothérapie avec un psychiatre-psychothérapeute. Des séances de 20 minutes chaque semaine dont je manquais parfois 5 minutes à force d'avoir un emploi du temps excessivement chargé (rassurez-vous, je souris car je ne suis plus dupe !) me permirent de « survivre »...la douleur au quotidien était moins lourde...Aurélië est née (je suis si émue en écrivant cela encore aujourd'hui !). Ce travail dura 4 ans... 4 ans durant lesquels, je n'ai jamais avoué mon trouble alimentaire à ce psychiatre. Je lui en voulais de ne pas se souvenir de ce que j'avais dit avant, de me regarder avec un regard inquisiteur parfois mais impossible de m'en détacher...je ne me souviens même plus comment je l'ai quitté. J'ai eu deux autres enfants entre temps qui m'ont remplie de vie. A 30 ans, quand mon époux m'a dit qu'il ne voulait plus d'autres enfants, je me suis sentie rejetée...C'est moi qui me rejetait à nouveau. Avec les maternités, j'avais temporairement su être plus aimable avec moi, pour et par ces enfants que j'aimais plus que moi.

Fin 2002, épuisée, je m'arrête...le médecin dit « burn-out »... antidépresseurs (je les garderai 5 ans !) et je vous place en maison de repos. Je choisis de rester chez moi mais j'ai des idées suicidaires...Il me conseille une psychothérapeute, Christine DURUSSEL (je la garde à vie en moi!). Rien qu'à sa voix au téléphone, j'ai su qu'elle allait être celle qui m'aiderait...de la chaleur, de la douceur !

La thérapie a duré 6 ans à raison deux heures par semaine les six premiers mois...pour ne pas mourir, je crois. Jamais je ne me suis sentie ni abandonnée ni envahie par notre lien...

La première fois que j'expérimentais une forme d'accueil de « moi » et d'amour sans condition pour ce que j'allais faire ou montrer... juste parce que j'étais moi. Je lui ai assez vite parlé de mes problèmes d'anorexie-boulimie. Au bout d'un an et demi, je lui ai avoué pour les ruminations (le mérycisme). Le sentiment de honte a été au cœur du travail régressif. Nous n'avons jamais axé nos échanges sur la nourriture... elle est juste le symptôme et je n'avais pas envie d'en parler. Avec elle, j'étais nourri de lien et de partage.

Nous avons travaillé par objectif annuel, pas à pas. Elle y a cru quand je m'essoufflais. Nous avons travaillé les parts avec des animaux : j'ai deux peluches, une taupe et une chauve-souris, chez moi maintenant ! J'ai appris à aimer la petite Angélique avec une poupée dont j'ai pris soin... pour remettre l'amour de l'extérieur vers l'intérieur de moi.

J'ai accueilli des caresses en groupe de thérapie avec un sentiment de honte mais j'avais confiance en ma thérapeute et dans le groupe... alors j'ai savouré le plaisir d'être touchée, sans ambiguïté par rapport à la nature du geste. J'ai modélisé la femme qui m'accompagnait pour retrouver mon identité féminine.

Il y a eu des phases durant lesquelles j'ai éprouvé de la colère... elle fut longue à sortir. Le travail avec la bataka fut très aidant même s'il me révéla cette part de moi si violente...

Nous avons exploré les zones d'ombre et j'ai perdu mes illusions de perfection, j'ai admis ma « normalité d'humaine » tout en acceptant mon originalité, ma différence.

J'ai eu l'occasion d'expérimenter le transfert négatif avec ma thérapeute mais jamais je n'ai pensé à arrêter car il est arrivé à un moment où je savais que je devais continuer car je ne pouvais plus m'abandonner. Et si temporairement j'étais en colère après elle (et moi), je ne pouvais pas m'arrêter là... en chemin vers moi. Au de-là de la capacité de ma thérapeute à gérer le contre-transfert, j'étais capable de gérer ma vie et de savoir qu'on peut ressentir de la colère contre quelqu'un mais être sûr de la solidité de notre relation malgré tout !

Je n'avais pas tout compris, d'ailleurs je crois que comprendre devenait préjudiciable à la guérison, mais j'avais pu apprendre à faire autrement.

Je comprends encore des choses maintenant sans le chercher... l'essentiel, et le propre de la thérapie humaniste, est vraiment de pouvoir s'aimer autrement. A vouloir comprendre, on pose le paravent du passé pour mieux éviter le changement. Changer fait peur et, en cela, ma thérapeute fut une aide essentielle : elle accueillait mes peurs, les rassurait et je repartais vers le changement accompagné de son soutien (comme avec un parent bienveillant, comme avec un nounours rassurant... la sécurité intérieure, je crois).

Un des moments les plus douloureux de ma thérapie fut de me regarder dans un vrai miroir, un soir, en thérapie de groupe... Nous étions arrivées au stade du miroir... il fallait que je sorte de la fusion et que je sois capable de me voir avec mes propres yeux d'adultes... J'ai pleuré pendant des heures d'avoir dû me regarder, sous le regard des autres... et ces larmes ont permis que j'accueille enfin la petite fille que j'ai été avec amour. Mes parents intérieurs étaient devenus bienveillants. J'ai pu prendre mon enfant par la main.

En parallèle, j'ai eu recours à l'hypnose, pour « décrocher » des ruminations (avec une femme en qui j'avais confiance, Irène FORYS). Cela s'est fait en accord avec Christine, ma thérapeute... En deux séances, mais après 3 ans et demi de thérapie, j'ai pu lâcher les comportements compulsifs... On a ensuite continué à consolider ma réparation, j'ai réappris à marcher, à abandonner les comportements qui me rendaient esclave en comportements plus écologiques... et en comportements bienveillants aujourd'hui.

La formation entreprise en parallèle à l'école rassurait ma part très « intellectuelle » et ma thérapeute nourrissait l'autre part. Je crois que l'unification s'est faite peu de temps après le modèle sur la juste autorité... j'ai réuni un Soi féminin et un Moi masculin sous forme d'un joli abricot... Un abri pour mon noyau si précieux... une enveloppe douce, colorée et charnue à la fois...

J'avais parlé du dessert...et bien voilà, l'abricot est pour moi **le fruit autorisé**...Ni le Soi ni le Moi n'ont plus à être défendus, ils sont ce que je suis.

Quelques ouvrages :

100 idées pour se sortir d'un trouble alimentaire par Daniel RIGAUD, éditions TOMPOUSSE

Anorexie, boulimie et autres troubles du comportement alimentaire par Daniel Rigaud, Editions les Essentiels Milan

L'anorexie-le miroir intérieur par Franck SENNIGER, Editions JOUVENCES

Anorexie-boulimie-Les paradoxes de l'adolescence par Philippe Jammet, Editions Hachette

Tout savoir sur l'anorexie et la boulimie- A l'usage des parents qui veulent mieux comprendre et aider leur enfant par Alain PERROUD, Editions FAVRE

Anorexie et boulimie : approche dialectique par Jérôme CARRAZ, Editions MASSON

Témoignages :

Etre après l'anorexie par Annie CARLETTI, éditions Bénévent

L'anorexie mentale par Raphaëlle LOTZ, éditions Société des écrivains