

**Approches familiales des troubles  
du comportement alimentaire  
de l'enfant et de l'adolescent**

Du même auteur

*Thérapies multifamiliales.  
Des groupes comme agents thérapeutiques,  
éris, 2007.*

Solange Cook-Darzens

**Approches familiales  
des troubles  
du comportement alimentaire  
de l'enfant et de l'adolescent**

Préface de Robert Pauzé

RELATIONS

 éres

Conception de la couverture :  
Anne Hébert

Illustration :  
Paul Cézanne, *Nature morte avec pommes et biscuits*, 1882.

Version PDF © Éditions érès 2014  
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-4015-2  
Première édition © Éditions érès 2014  
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

# Table des matières

PRÉFACE, <i>Robert Pauzé</i> .....	9
AVANT-PROPOS, <i>Marie-Christine Mouren</i> .....	13
INTRODUCTION.....	15

## I. Bases théoriques et empiriques

1. CLASSIFICATIONS DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE :	
QUESTIONS ET NOUVELLES PERSPECTIVES.....	23
TCA « classiques » de l'enfance et de l'adolescence .....	24
<i>Anorexie mentale</i> .....	24
<i>Boulimie et compulsions alimentaires</i> .....	25
<i>Propositions de révisions des approches diagnostiques actuelles</i> .....	26
TCA « atypiques » de l'enfance et de l'adolescence.....	27
<i>Alimentation sélective</i> .....	28
<i>Restriction alimentaire du « petit mangeur »</i> .....	28
<i>Trouble émotionnel avec évitement alimentaire (TEEA) (Food avoidance emotional disorder)</i> .....	29
<i>Phobie de la déglutition (dysphagie fonctionnelle) et phobies alimentaires</i> .....	29
<i>Syndrome de refus global (Pervasive refusal syndrome)</i> .....	30
Conclusions et nouvelles perspectives.....	30
2. PREMIERS MODÈLES FAMILIAUX DE L'ANOREXIE MENTALE :	
DES PARENTS PATHOGÈNES À LA FAMILLE PATHOGÈNE.....	33
Les premières conceptualisations des liens entre famille et anorexie mentale.....	34
Les conceptions psychanalytiques d'orientation familiale.....	34

Les débuts de la thérapie familiale appliquée à l'anorexie mentale : une vision systémique.....	37
<i>Approche structurale de Minuchin</i> .....	37
<i>Approche systémique de Selvini-Palazzoli</i> .....	39
<i>Les systémiciens de la deuxième génération</i> .....	41
Une approche critique des premiers modèles familiaux.....	43
Une étude de cas : Justine.....	44
3. UNE APPROCHE EMPIRIQUE DU RÔLE DE LA FAMILLE DANS LES TCA.....	49
Perspective systémique sur le rôle de la famille dans le développement des TCA de l'enfant et de l'adolescent.....	51
<i>Validation empirique du concept de « famille psychosomatique »</i> .....	51
<i>Autres pistes de recherche sur le rôle étiologique de la famille dans les TCA de l'adolescent</i> .....	54
<i>Vers des modèles de coévolution entre la famille et la maladie</i> .....	56
<i>Rôle de la famille dans les troubles alimentaires de l'enfance</i> .....	59
Contributions de la théorie de l'attachement.....	61
<i>Théorie de l'attachement</i> .....	61
<i>Attachement et TCA</i> .....	63
<i>Attachement et TCA de l'enfance et de l'adolescence</i> .....	64
Conclusions : des résultats contradictoires.....	65
<i>Les TCA classiques de l'adolescence</i> .....	66
<i>Les TCA de l'enfance</i> .....	67
<i>Proposition d'un modèle développemental intégratif</i> .....	67
4. EFFICACITÉ DES THÉRAPIES FAMILIALES.....	69
Efficacité de la thérapie familiale dans le traitement de l'anorexie mentale de l'enfant, du préadolescent et de l'adolescent.....	69
<i>La thérapie familiale est-elle plus efficace que d'autres modalités thérapeutiques (thérapie individuelle) ?</i> .....	70
<i>Certaines formes de thérapie familiale sont-elles plus efficaces que d'autres ?</i> .....	73
<i>Peut-on définir une durée et une intensité optimales de thérapie familiale ?</i> .....	77
<i>Y a-t-il un moment optimal pour débiter la thérapie familiale ?</i> .....	78
Efficacité de la thérapie familiale dans le traitement de la boulimie de l'adolescent.....	80
Efficacité de la thérapie familiale pour les troubles alimentaires atypiques de l'enfance.....	81
Conclusions et recommandations.....	82

5. LES NOUVEAUX MODÈLES ÉCOSYSTÉMIQUES.....	85
Le modèle biopsychosocial.....	86
Nouvelles modélisations des processus psychosomatiques : une vision normative.....	87
<i>Modèle systémique de santé et de maladie issu         de la médecine familiale.....</i>	87
<i>Modèles centrés sur les croyances familiales         (family meanings).....</i>	92
La critique féministe.....	93
Théories et pratiques centrées sur la normalité, la compétence et la coconstruction de la réalité.....	98
<i>Théories et recherche sur les processus familiaux normaux...</i>	98
<i>Nouveaux courants épistémologiques.....</i>	99
Conclusions sur l'état de la recherche et des nouvelles modélisations.....	100
6. MODÈLES THÉRAPEUTIQUES DE LA NOUVELLE GÉNÉRATION.....	103
Perspectives communes aux quatre modèles.....	103
« Approche d'orientation familiale » : une expérience belge	104
La « méthode de Maudsley » et le <i>Family-Based Treatment</i> : une expérience anglo-américaine.....	105
<i>La méthode de Maudsley.....</i>	106
<i>La version manualisée ou Family-Based Treatment (FBT).....</i>	107
Modèle de « thérapie comportementale des systèmes familiaux » : une expérience américaine.....	112
Le modèle cognitif-interpersonnel et la « nouvelle méthode de Maudsley ».....	113
Qu'en est-il en France ? .....	115

## II. Nouveaux abords thérapeutiques

7. UN MODÈLE DE TRAVAIL FAMILIAL PAR PHASES :	
LA CONSULTATION FAMILIALE INTÉGRÉE.....	119
Prise en charge des TCA de l'enfant et de l'adolescent en milieu pédiatrique : aperçu historique et description.....	120
Principes thérapeutiques et outils d'intervention du modèle évolutif de Robert-Debré.....	121
<i>Principes essentiels.....</i>	121
<i>Objectifs de la prise en charge familiale.....</i>	122
<i>Cadre théorique et formes pratiques du modèle.....</i>	123
Consultation familiale intégrée vision bifocale et vision binoculaire.....	125
Formes d'application.....	127
<i>La consultation familiale en traitement ambulatoire.....</i>	127

<i>La consultation familiale dans le cadre d'une hospitalisation...</i>	130
<i>Forme mixte.....</i>	132
Intérêt de ce modèle thérapeutique.....	133
<i>Intégration du travail familial dans la prise en charge hospitalière.....</i>	133
<i>Réintégration familiale de la patiente.....</i>	133
<i>Outil de « jonction ».....</i>	135
<i>Acceptation de la consultation familiale intégrée.....</i>	139
Inconvénients et limites de ce modèle thérapeutique.....	139
<i>Problèmes de confidentialité.....</i>	139
<i>Problèmes institutionnels.....</i>	140
<i>Familles très dysfonctionnelles.....</i>	140
8. ÉVALUATION FAMILIALE.....	143
Analyse fonctionnelle du trouble alimentaire dans le contexte familial.....	144
<i>Histoire et déroulement de la pathologie alimentaire dans son contexte familial.....</i>	144
<i>Solutions recherchées et relations avec le système soignant.....</i>	147
<i>Définition et schémas explicatifs.....</i>	148
<i>Organisation familiale autour des symptômes alimentaires.....</i>	151
Valeurs et attitudes familiales à l'égard de l'alimentation, du poids et de l'apparence physique.....	157
Croyances concernant la normalité, la santé, la maladie : le génogramme santé-maladie.....	160
Évaluation globale de l'organisation et des interactions de la famille.....	163
<i>Structure et organisation familiale.....</i>	164
<i>Communication intrafamiliale.....</i>	165
<i>Affect familial.....</i>	166
<i>Histoire de la famille.....</i>	166
<i>Système de croyances, image interne.....</i>	167
<i>Qualité du réseau social (famille élargie, réseau social).....</i>	167
<i>Compétences et ressources de la famille.....</i>	168
9. NIVEAUX ET TECHNIQUES D'INTERVENTION DE LA CONSULTATION FAMILIALE INTÉGRÉE.....	169
Alliance, écoute et soutien.....	170
<i>Construction d'une alliance thérapeutique.....</i>	170
<i>Écoute active.....</i>	170
<i>Soutien.....</i>	172
Guidance psychoéducative : déculpabiliser, informer, mobiliser.....	174
<i>Déculpabiliser et informer.....</i>	174
<i>Mobiliser la famille en trouvant le niveau optimal d'anxiété.....</i>	177

<i>Diminuer les attitudes critiques, accroître l'empathie, se regrouper pour lutter contre la maladie</i> .....	177
Renforcement de la fonction exécutive parentale et réorganisation optimale de la famille autour du trouble ..	182
<i>Renforcement de la fonction exécutive parentale</i> .....	182
<i>Réorganisation optimale de la famille autour du trouble</i> .....	186
Maintenir ou retrouver une identité et une trajectoire familiales normales .....	190
Vers un espacement des consultations familiales ou vers d'autres formes de thérapie.....	193
10. AMANDINE, UNE MISE EN SCÈNE DE LA CONSULTATION FAMILIALE .....	197
Création d'un espace conjoint .....	198
Interventions psychoéducatives et négociation.....	199
Évaluation de l'anorexie dans son contexte familial : faiblesses et compétences .....	201
Un travail familial évolutif .....	203
11. THÉRAPIE FAMILIALE.....	207
Quelles sont les familles concernées ?.....	209
Quelles approches thérapeutiques et quels thèmes privilégier ?.....	210
<i>Favoriser les processus d'autonomisation et de différenciation</i> .....	211
<i>Relancer une dynamique diachronique</i> .....	215
<i>Tisser des liens entre le monde corporel et le monde verbal et émotionnel</i> .....	219
<i>Travail avec les familles rigides et résistantes</i> .....	227
Conclusion .....	230
12. GROUPES MULTIFAMILIAUX ET GROUPES DE PARENTS .....	233
Développement de la thérapie multifamiliale (TMF).....	233
La thérapie multifamiliale dans la prise en charge des TCA ..	235
Le programme de thérapie multifamiliale à Robert-Debré ...	237
<i>Pourquoi un programme multifamilial en plus de l'approche unifamiliale ?</i> .....	237
<i>Principes et objectifs des groupes multifamiliaux</i> .....	239
<i>Structure et organisation des groupes multifamiliaux</i> .....	240
<i>Dimensions du groupe</i> .....	240
<i>Principaux thèmes abordés dans le groupe</i> .....	243
<i>Rythmes et activités</i> .....	244
Évaluation et nouvelles expériences multifamiliales.....	252
Groupe de parents pour TCA atypiques du jeune enfant.....	255
Conclusion .....	256

### III. Abords spécifiques

13. TCA DE L'ENFANT ET DU PRÉADOLESCENT .....	259
Anorexie mentale pré et péripubère.....	259
<i>Description clinique</i> .....	260
<i>Rôle de la famille</i> .....	262
<i>Place de la thérapie familiale</i> .....	263
<i>Particularités et défis de l'anorexie prépubère :         quelques guides thérapeutiques</i> .....	265
Les TCA atypiques de l'enfance.....	274
Conclusion.....	276
14. LA FRATRIE.....	279
Place de la fratrie des patients TCA dans la littérature scientifique et clinique.....	280
Rôle de la fratrie dans la survenue et l'évolution des TCA de l'enfant et de l'adolescent.....	281
<i>Dans la survenue des TCA</i> .....	281
<i>Dans l'évolution des TCA</i> .....	285
Impact de la maladie sur la fratrie.....	286
Stratégies d'adaptation de la fratrie et risques psychologiques.....	289
Les premiers entretiens : impliquer la fratrie dans le processus évaluatif-thérapeutique.....	293
<i>Obstacles possibles à la participation de la fratrie</i> .....	293
<i>Comment impliquer la fratrie ?</i> .....	294
<i>Évaluation thérapeutique de la fratrie : élaboration partagée         du vécu fraternel</i> .....	295
Différentes modalités de travail familial.....	298
<i>Entretiens unifamiliaux</i> .....	298
<i>Groupe de parents</i> .....	302
<i>Thérapie multifamiliale (TMF) et groupes de fratries</i> .....	303
L'enfant unique.....	304
Conclusion.....	305
15. CAS PARTICULIERS, SITUATIONS DIFFICILES .....	307
TCA du garçon.....	307
<i>Données épidémiologiques et développementales</i> .....	307
<i>Ressemblances et différences entre garçons et filles</i> .....	308
<i>Poids des facteurs familiaux</i> .....	310
<i>Guides thérapeutiques</i> .....	312
TCA ou perturbations alimentaires-corporelles chez l'un des parents.....	313

Situations interculturelles.....	317
<i>Comprendre</i> .....	318
<i>Négociier</i> .....	319
<i>Exemple clinique : l'anorexie comme rite de passage vers un autre type d'acculturation</i> .....	320
Difficulté à mobiliser certains membres de la famille.....	324
<i>Les pères</i> .....	324
<i>Les patientes</i> .....	328
Familles « difficiles ».....	329
<i>Dysfonctionnements dans l'organisation et les relations familiales</i> .....	330
<i>Absence de coopération entre famille et équipe soignante</i> .....	331
Familles « en difficulté ».....	333
<i>Parent isolé</i> .....	333
<i>Familles épuisées</i> .....	333
<i>Transition des soins en pédiatrie aux soins adultes</i> .....	335
16. UNE PRÉVENTION FAMILIALE EST-ELLE POSSIBLE ?.....	339
<i>Une vision développementale, écologique et positive</i> .....	340
<i>Définition et modèles existants</i> .....	341
<i>Facteurs de risque et de protection</i> .....	342
<i>Facteurs de risque</i> .....	343
<i>Facteurs de protection</i> .....	343
<i>Prévention familiale précoce des TCA</i> .....	344
<i>Interventions précoces visant à améliorer les interactions parents-bébé : une approche sélective</i> .....	345
<i>Interventions précoces dans les situations de TCA chez la mère ou de difficultés alimentaires chez le bébé : une approche ciblée</i> .....	346
<i>Prévention familiale pendant l'enfance et l'adolescence</i> .....	349
<i>Facteurs de risque et de protection</i> .....	349
<i>Programmes de prévention familiale universelle et sélective</i> .....	354
<i>Clinique de la prévention : une approche ciblée</i> .....	358
<i>Conclusions</i> .....	359
CONCLUSIONS ET NOUVELLES PERSPECTIVES.....	361
<i>Rendre la recherche plus conviviale pour les cliniciens</i> .....	364
<i>Encourager la formation des thérapeutes familiaux à la recherche</i> .....	365
<i>Encourager des forums de rapprochement à travers des conférences et publications</i> .....	366
<i>Encourager la systématisation des pratiques familiales</i> .....	367
<i>La manualisation</i> .....	367
<i>Une alternative : un manuel-guide éclairé par la recherche</i> .....	367

<i>Une modélisation des pratiques</i> .....	368
<i>Vers un modèle intégratif de « bonne pratique » thérapeutique</i> .....	368

ANNEXES

1. Guide d'entretien familial centré sur les ressources de la famille .....	371
2. Stades de maladie et de guérison dans l'anorexie de survenue précoce .....	373

BIBLIOGRAPHIE .....	377
---------------------	-----

REMERCIEMENTS .....	403
---------------------	-----

À Jon, Timothée, Marie et Léna



# Préface

*Lorsqu'on entreprend la lecture de cet ouvrage, on constate rapidement qu'il s'agit d'un livre dense sur le plan des connaissances scientifiques dans les domaines de la psychologie, de la thérapie familiale et des troubles du comportement alimentaire (TCA), un livre riche d'histoires singulières, d'approches et de recommandations cliniques pertinentes, un livre-synthèse d'une clinicienne-chercheuse qui a consacré une grande partie de sa carrière à comprendre la réalité des jeunes confrontés à un trouble alimentaire et de leur famille. Ce livre réussit à nous faire entrer dans l'univers difficilement compréhensible de cette maladie complexe.*

*Au fil de la lecture, on réalise progressivement que cet ouvrage important porte sur deux niveaux de réalité complémentaires. D'une part, il fait le point sur les connaissances dans le domaine des troubles alimentaires et donne de nombreux exemples de pratiques cliniques exemplaires et rigoureuses auprès des familles de jeunes patients souffrant de ces troubles. D'autre part, ce livre permet d'illustrer la façon par laquelle une équipe de cliniciens a pu réussir à faire le maillage entre données probantes et pratique clinique. Il aurait pu aussi s'intituler : « L'utilisation de données probantes dans l'intervention auprès de jeunes anorexiques et de leur famille : une démonstration exemplaire de cette pratique ». Il permet d'illustrer de façon claire le paradigme de l'Evidence-Based Medicine proposé par Haynes<sup>1</sup>, c'est-à-dire une pratique qui concilie l'expertise du clinicien, les caractéristiques et les préférences des patients et les données issues de recherches cliniques. Solange Cook-Darzens ajoute à ce paradigme l'importance de composer avec le contexte culturel dans*

---

1. B. Haynes, *Editorial, Annals of Internal Medicine*, 151 (12), JC6-2- JC6-3, 2009.

lequel baignent les cliniciens, ici le contexte français encore fortement imprégné par le modèle psychanalytique.

Ce livre s'adresse bien sûr aux cliniciens qui interviennent auprès de jeunes souffrant de TCA et de leur famille. Il rassemble une masse de renseignements sur les modèles explicatifs des TCA, les données de recherches fondamentales les plus récentes dans ce domaine, les différents programmes d'intervention évalués et les modalités d'intervention permettant aux thérapeutes de s'ajuster à la réalité multiple des situations rencontrées en clinique. Il s'adresse aussi aux thérapeutes familiaux qui n'interviennent pas auprès de jeunes anorexiques, mais qui sont préoccupés par le développement du mouvement de la thérapie familiale, la rigueur scientifique de leurs interventions et l'utilisation des données probantes en thérapie familiale.

Il importe d'entrée de jeu de souligner la culture impressionnante de cette clinicienne-chercheuse dans le domaine des TCA et de la thérapie familiale. Sa maîtrise de la langue anglaise et sa formation en recherche aux États-Unis lui permettent de rendre accessible aux cliniciens francophones, peu familiers avec les écrits en langue anglaise, une littérature scientifique essentielle au développement de pratiques cliniques rigoureuses dans le domaine des TCA et de la thérapie familiale. Elle ne se contente pas de nous présenter les résultats d'études scientifiques et cliniques dans ce domaine, elle stimule notre pensée critique en mettant en évidence les limites méthodologiques des études recensées. À quelques occasions, elle fait plusieurs recommandations sur les recherches évaluatives susceptibles d'être réalisées à l'avenir et propose des avenues de recherches fondamentales prometteuses qui pourraient inspirer de nombreux étudiants de doctorat intéressés par les TCA.

Elle fait aussi preuve d'un sens critique aigu et d'une habileté à poser des questions pertinentes concernant l'application rigide de certains protocoles d'intervention et la référence à des critères diagnostiques stricts. Elle propose une approche modulée (pyramidale) des troubles alimentaires permettant un ajustement de l'intervention aux besoins de la famille et de la patiente. Ce faisant, elle nous invite à considérer les formes multiples des troubles alimentaires et à ajuster les interventions à la réalité unique et singulière de chaque jeune et de chaque famille.

Solange Cook-Darzens non seulement rassemble les qualités recherchées chez une clinicienne, mais est véritablement une chercheuse au sens propre du terme. Elle « fait le tour, elle parcourt pour examiner, elle fouille, scrute<sup>2</sup> ». L'objectif qu'elle a poursuivi tout au long de sa vie professionnelle a été de comprendre la réalité complexe et plurielle des jeunes anorexiques et leur famille en adoptant une démarche scientifique critique, rigoureuse et non dogmatique. Inspirée à l'origine par les premières écoles de thérapie familiale dont elle a suivi de près l'évolution, elle a progressivement pris ses distances de formateurs trop dogmatiques et d'une vision familialiste qui attribuait la

---

2. Le Robert, Dictionnaire historique de la langue française, 2000.

*responsabilité des pathologies des enfants à la famille, adoptant plutôt la perspective de la complexité qui considère la famille comme un levier de changement et un facteur actif de guérison, une cothérapeute indispensable. Le rôle crucial de l'équipe parentale, premier responsable de la réalimentation de la jeune anorexique, est d'ailleurs très bien illustré.*

*Solange Cook-Darzens fait clairement la démonstration que l'établissement de l'alliance thérapeutique avec les parents est un des ingrédients essentiels, une condition incontournable de la réussite d'une intervention. À cet égard, elle ne se contente pas de parler de l'importance de faire équipe avec les parents, elle fait réellement équipe avec ceux-ci. Il en va de même pour les compétences des familles (sujet actuellement très à la mode) qu'elle parvient à mettre en évidence et à utiliser pour soutenir l'intervention. Au-delà du discours, c'est une habileté maîtrisée. Avec humanité, elle insiste sur l'importance de respecter le rythme de la famille souvent différent de celui du thérapeute, confronté à ses contraintes institutionnelles et certains enjeux personnels. Elle fait également preuve d'une grande sensibilité à la détresse et à la culpabilité des parents, et elle insiste sur la nécessité de condamner la culture du blâme des parents véhiculée dans plusieurs modèles explicatifs des troubles alimentaires. Pour elle, la tâche première du clinicien est de respecter et de composer avec la diversité des points de vue des membres de la famille, et de coconstruire avec elle un sens partagé émergeant du dialogue. Rien d'étonnant alors qu'elle se montre plutôt critique à l'égard des stratégies d'intervention indirectes utilisées par certains thérapeutes familiaux et préconisées dans les approches stratégiques. Tout comme Gregory Bateson, elle est très réfractaire à la manipulation exercée sur les familles.*

*La richesse de la diversité des situations cliniques auxquelles elle a été confrontée fait d'elle une référence dans ce domaine. La lecture attentive de ce livre remarquable permet l'enrichissement de notre capacité d'intervenir et ouvre de nouvelles perspectives d'intervention. La lecture terminée, on se sent plus confiant, plus disponible et mieux préparé à entrer dans l'univers singulier de ces jeunes et de leur famille. Peu de livres écrits par une seule personne s'appuient sur un nombre aussi considérable de références (près de 400). Manifestement, ce livre est l'œuvre et la synthèse d'une vie professionnelle des plus riches. Son dernier livre était remarquable. Je dirais que celui-ci est non seulement remarquable mais indispensable.*

Robert Pauzé, Ph.D.

Directeur scientifique au CJC-IU,  
professeur titulaire, école de service social,  
université Laval, Québec



Marie-Christine Mouren

## Avant-propos

C'est au nom d'une longue, amicale et fructueuse collaboration au sein du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Robert-Debré à Paris, que Solange Cook-Darzens a demandé à la clinicienne que je suis de rédiger un avant-propos pour son dernier ouvrage *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent*.

Ce remarquable livre, comme les précédents écrits de l'auteur sur ce sujet, allie la richesse des connaissances théoriques exposées avec objectivité à l'irremplaçable expérience de son travail familial, longue de plus de vingt-cinq années, auprès de jeunes patients souffrant de TCA. Il associe théorie, recherche et pratique dans une approche rigoureuse, évoquant la démarche moderne de la « médecine basée sur des preuves ». Il apporte au lecteur une revue de la littérature actualisée et critique sur des thèmes aussi variés que l'efficacité de la thérapie familiale, les TCA de la période prépubère, l'anorexie du garçon, la fratrie, la prévention des TCA..., avec des recommandations thérapeutiques précises.

Une autre originalité de cet ouvrage est de regrouper de façon cohérente divers courants théoriques et pratiques : les thérapies familiales, le développement de l'enfant, les autres formes de psycho-

thérapies, les disciplines appartenant au domaine de la santé... L'approche choisie est donc véritablement intégrative, traduisant bien l'ouverture d'esprit, la vaste culture de l'auteur, mais surtout sa conviction du bien-fondé du travail en équipe pluridisciplinaire autour des jeunes patients TCA. D'ailleurs, les médecins (en particulier les internes en psychiatrie) se sont toujours sentis pleinement intégrés au travail de S. Cook-Darzens et ont choisi l'unité accueillant les jeunes anorexiques pour s'initier au travail familial sous sa direction.

En fin de compte, les modèles de « bonnes pratiques cliniques » proposés au lecteur me paraissent aller bien au-delà de leur stricte application aux TCA de l'enfant et de l'adolescent, et pouvoir s'appliquer à d'autres démarches psychothérapeutiques et à d'autres pathologies (troubles psychiatriques ou maladies chroniques).

Au terme de cette brève analyse, nous invitons particulièrement à la lecture de cet ouvrage enrichissant l'ensemble des psychothérapeutes certes, de même que toute personne intéressée par la problématique des TCA mais plus globalement, les psychologues et psychiatres en formation, les étudiants suivant des cursus de masters ou de diplômes interuniversitaires, orientés vers les TCA, la nutrition ou la médecine de l'adolescent. C'est donc à un large public de professionnels et d'universitaires, à tout lecteur rigoureux, curieux et exigeant que cet ouvrage s'adresse.

Cette somme de connaissances, S. Cook-Darzens l'a écrite en tant que thérapeute d'expérience mais aussi en enseignante, avec l'esprit d'un chercheur.