

# Les thérapies dans les troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) s'inscrivent dans une logique où tout est centré sur le comportement alimentaire qui est lui-même sous le contrôle d'une régulation très complexe. Altérer son comportement alimentaire obéit à un besoin qui n'est pas perçu comme une maladie, mais comme une nécessité en réponse à un ou plusieurs facteurs déstabilisateurs. Les mots-clés de la prise en charge sont un manque de confiance, une altération du jugement et une détérioration de la qualité de vie dans toutes ses dimensions. Le traitement des TCA doit prendre en compte le fait que ce sont des affections à multiples facettes qui intègrent des informations du corps malade et des dysfonctionnements neuropsychiques et comportementaux auxquels s'ajoutent souvent une ou des comorbidités qui compliquent la prise en charge.

- p. 10** Introduction à la prise en charge des TCA
- p. 11** Comorbidités dans l'anorexie mentale et la boulimie
- p. 14** Traitement des TCA : « *Primum non nocere* »
- p. 17** La thérapie familiale dans l'anorexie mentale
- p. 20** La thérapie d'intégration neuro-émotionnelle dans les TCA
- p. 24** Approche intégrée des soins dans l'anorexie mentale
- p. 27** Thérapie neuro-psycho-diététique et TCA
- p. 31** L'approche psychocorporelle dans les TCA
- p. 35** Thérapie cognitivo-comportementale et affirmation de soi
- p. 37** Intérêt d'une psychanalyse adaptée dans les TCA

Dossier coordonné par

**Daniel Rigaud**

Hôpital du Bocage, Service endocrinologie-nutrition, Dijon (21)  
daniel.rigaud@chu-dijon.fr

Textes présentés lors du 12<sup>e</sup> Symposium de l'association Autrement, Dijon, le 20 octobre 2011.



© Fotolia.com/Mein Name

## Introduction à la prise en charge des troubles du comportement alimentaire

*Les troubles du comportement alimentaire (TCA) nécessitent une prise en charge reposant sur un protocole de soins bien codifié devant faire face à l'extrême ambivalence des malades.*

Les troubles du comportement alimentaire (TCA), en tout cas dans les formes sévères, sont des affections chroniques dont l'évolution est très souvent émaillée de rechutes. La morbidité est loin d'être nulle, l'altération de la qualité de vie importante et la mortalité menaçante (5 à 6 % des malades après 10 ans d'évolution).

• **C'est dire qu'il faudrait un protocole de soins bien codifié**, construit autour de thérapies efficaces. Nous n'en sommes pas là. L'anorexie mentale, avec sa peur compulsive de grossir, la boulimie avec ses crises répétitives qui laissent le malade sans joie ni force, ainsi que les compulsions alimentaires qui altèrent l'image de soi de façon durable, sont des affections à fort potentiel addictif. Cette dépendance au trouble est une partie de l'explication du déni de la maladie.

• **Les TCA s'inscrivent dans une logique "déli-rante"** où tout est centré, voire concentré, dans le comportement alimentaire. Les aliments et l'acte de manger deviennent l'unique objet des pensées des malades qui construisent avec l'alimentation une muraille qu'ils pensent et veulent imprenable. Les mots-clés de la prise en charge sont manques de confiance et d'estime de soi, altération du jugement, détérioration de la qualité de vie, dans toutes ses dimensions et fort sentiment d'impuissance face à un avenir sans TCA.

Il n'est pas tant d'autres affections, si ce n'est justement les addictions (alcool et héroïne, en particulier), où l'ambivalence des malades est souvent si puissante qu'elle fait échouer les plans des thérapeutes.

• **Dans le traitement des TCA**, il convient de garder à l'esprit quelques points essentiels. Ce sont des maladies qui guérissent totalement dans au moins la moitié des cas (en ne parlant que des plus graves). Ce sont des affections à multiples facettes impliquant un système complexe qui intègre des informations du corps malade et des dysfonctionnements neuropsychiques et comportementaux. Une ou des comorbidités compliquent souvent la prise en charge.

Plus qu'ailleurs, il faut réaliser, avant de traiter, une analyse fonctionnelle de la situation actuelle, afin notamment de ne pas nuire au malade en lui imposant un soin inapproprié. La prise en charge doit, dans certains cas, s'appuyer sur un travail avec la famille et prendre en compte l'ensemble des dysfonctionnements (intégration neuro-émotionnelle), y compris diététiques et nutritionnels. Elle doit très souvent inclure une approche visant à accroître l'estime et l'affirmation de soi. Il y a enfin une indication à une approche psychanalytique novatrice spécifique aux TCA, où le thérapeute accompagne vraiment son patient à établir des liens qui sont plus que difficiles à créer pour ces patients. ▀

### Daniel Rigaud

Hôpital du Bocage,  
Service endocrinologie-  
nutrition, Dijon (21)  
daniel.rigaud@chu-dijon.fr

### Hélène Pennacchio

Association Autrement,  
Dijon (21)  
info@anorexie-et-boulimie.fr

Textes présentés  
lors du 12<sup>e</sup> Symposium  
de l'association Autrement,  
Dijon, le 20 octobre 2011.

*Déclaration d'intérêts :*  
l'auteur déclare ne pas avoir  
de conflits d'intérêts  
en relation avec cet article.



## Comorbidités dans l'anorexie mentale et la boulimie

*Liées ou non aux troubles du comportement alimentaire, les comorbidités associées à l'anorexie mentale et à la boulimie sont fréquentes : hyperactivité physique, troubles obsessionnels et compulsifs, automutilation, consommation de tabac ou de drogues, dépression... Elles modifient l'approche thérapeutique.*

**D**e multiples publications font état de la fréquence d'une comorbidité aux troubles du comportement alimentaire (TCA) : anxiété, dépression, troubles du sommeil, hyperactivité physique, troubles obsessionnels et compulsifs (TOC), dépendance à des conduites ou substances addictives (plus rares), mais aussi syndrome bipolaire, état limite ou authentique psychose. Ces comorbidités se répartissent en trois groupes : celles qui ont, avec le TCA, une origine commune, génétique ou psycho-pathologique (TOC, anxiété, dépression), celles qui sont en partie la conséquence du TCA (anxiété, dépression, troubles du sommeil) et celles qui n'ont rien à voir avec le TCA (syndrome bipolaire, état limite).

• **Il ne peut pas être fait l'économie de la prise en compte de ces comorbidités** car, en effet, à titre d'exemples :

- l'anxiété et la dépression aggravent le besoin du malade de recourir à "son" TCA pour gérer ses émotions ;
- les troubles du sommeil accentuent l'anxiété et la dépression ;
- l'anxiété et la dépression accentuent à leur tour le TCA ou en modifient la forme (passage à la forme boulimique) ;

– une dépression forte nuit à la prise en charge du TCA, qui devient difficile tant que la dépression n'est pas traitée.

– l'hyperactivité physique et mentale accentue les dysfonctionnements (elle facilite le jeûne, par exemple) et altère le jugement du malade et du thérapeute (« *si elle peut faire 10 km à pied à 35 kg, c'est qu'elle va bien* »).

• **L'état nutritionnel est responsable de dysfonctionnements qui sont trop souvent sous-estimés.**

Ainsi la restriction alimentaire aiguë (jeûner quelques jours) est responsable de troubles du sommeil, d'hyperactivité physique, d'anxiété, de TOC (ne serait-ce qu'alimentaires) et d'hallucinations non psychotiques. De même, la dénutrition altère les fonctions physiologiques et psychiques : aggravation du manque de confiance et d'estime de soi, de la dépréciation physique, du sentiment d'impuissance et d'exclusion.

• **Le TCA "produit" d'authentiques cercles vicieux.** La conduite restrictive accentue l'anxiété et les crises de boulimie altèrent l'humeur (vraie dépression et tentatives de suicide). La souffrance des malades est importante, conduisant certains d'entre eux, sans pathologie psychiatrique associée, à des actes d'automutilation.



L'hyperactivité physique est observée chez une frange importante des personnes souffrant de troubles compulsifs alimentaires.

© Fotolia.com/Adenzsz\_Ibrom

## L'hyperactivité physique

L'hyperactivité physique est observée chez 50 % des boulimiques (B) et 70 % des malades anorexiques restrictives (AMR) ou anorexiques boulimiques-vomisseuses (AMB). En utilisant un score quantitatif, une "vraie" hyperactivité physique est notée chez 25 % des B, 21 % des AMB et 27 % des AMR (non significatif ou NS). Dans une étude réalisée à Dijon (21), le score est de  $10,1 \pm 6,6$  (B), de  $6,2 \pm 5,1$  (AMB) et  $11,1 \pm 4,2$  (AMR) (maximum : 24 ; score de témoins :  $0,8 \pm 0,6$ ).

L'hyperactivité (marche vive, montée d'escaliers, pompes, gymnastique...) occupe en moyenne, chaque jour, plus de 2 heures chez les B, 3 heures chez les AMB et plus de 3 heures chez les AMR ( $p < 0,05$  entre les groupes).

## Les troubles obsessionnels et compulsifs

Les troubles obsessionnels et compulsifs (TOC) concernent 30-50 % des B, 35-55 % des AMB et 60 % des AMR. Ils prennent aux malades en moyenne

$1,9 \pm 0,6$  heure (B),  $2,7 \pm 0,8$  heure (AMB) et  $2,7 \pm 0,9$  heure (AMR). Les anorexiques y passent plus de temps que les boulimiques ( $p = 0,01$ ). Il s'agit de TOC de ménage (42 % des cas), rangement (33 %), vérifications (23 %), lavage (18 %) ou autres (comptage, respect compulsif d'un ordre, aliments). Les AMR ont plus de TOC de rangement (40 %, vs 25 et 35 %) et de lavage (25 %, vs 11 et 18 %) que les AMB et les B ( $p < 0,05$ ).

## Les comportements d'automutilation

Les comportements d'automutilation (scarifications, pincements, taillage des poignets, brûlures) sont reconnus par 44 % des B, 35 % des AMB et 23 % des AMR (différences entre groupes :  $p < 0,05$ ).

## La prise de substances exogènes

Dans l'étude réalisée à Dijon, la prise de substances exogènes, par exemple la consommation de tabac, n'est pas différente de celle de la population générale : 34 % des malades fument, en moyenne  $15 \pm 6$  cigarettes. Mais un tabagisme avec dépendance est allégué plus souvent en cas de boulimie (41 %, ce qui est supérieur aux taux retrouvés dans la population générale) qu'en cas d'AMB (31 %) et d'AMR (18 % ;  $p < 0,01$ ). La consommation d'alcool est plus rare chez les AMR (2 %) que chez les AMB (9 %) et les B (10 %,  $p < 0,02$ ). Une dépendance à l'alcool est reconnue par 6 % des boulimiques, 3 % des AMB et 0 % des AMR (NS). Seuls 15 % des malades, tous boulimiques, disent faire des crises d'alcoolisation (B et AMB).

Un abus et/ou une dépendance aux médicaments sont reconnus par 27 % des AMB, 25 % des B et seulement 8 % des AMR ( $p < 0,02$ ) alors que 5 % des malades prennent du haschich, du crack ou de l'héroïne (AMB et B).

## La dépression

Dans la même étude dijonnaise, une dépression majeure (score à l'échelle de dépression de Beck > 30, maximum 39) est notée dans respectivement 6 % (B), 5 % (AMB) et 0 % (AMR) des cas. Ce score (dépression nette > 15) est plus élevé chez les B et les AMB (aucune différence entre elles) que chez les AMR ( $p = 0,02$ ) :  $19,9 \pm 6,1$  (B),  $18,1 \pm 5,4$  (AMB) et  $16 \pm 4,9$  (AMR). C'est le cas pour 4 des 13 sous-scores du Beck ( $0,04 < p < 0,02$ ). Une tentative de suicide est rapportée plus fréquemment par les malades AMB et B que par les AMR : 12 % (AMB), 18 % (B) contre 2 % (AMR ;  $p < 0,01$ ). Une tentative de suicide motivant l'hospitalisation est signalée par 7 % des AMB, 14 % des B et 1 % des AMR ( $p < 0,01$ ).



Dépression et anxiété accompagnent souvent les troubles compulsifs alimentaires.

© Fotolia.com/Merulika

## L'anxiété

L'anxiété est très fréquente : 86 % des malades disaient avoir été ou être actuellement anxieux et 39 % prennent des anxiolytiques quotidiennement. Sur le score en 14 questions de Hamilton, celui-ci dépasse 30 (signe de dépression franche, score maximal 56) chez 52 % des malades. Un score > 42 (note 3 ou 4 à chacune des 14 questions) est constaté chez 27 % des B, 23 % des AMB et 25 % des AMR (NS entre groupes). Un trouble anxieux invalidant (phobie sociale ou scolaire gênante, crises de panique pluri-hebdomadaires, ou TOC > 3 heures/jour) est indiqué par 12 % (B), 23 % (AMB) et 22 % (AMR) des

malades ( $p = 0,06$  entre B et AM). Il n'existe aucune différence entre les trois groupes (B, AMB et AMR) concernant le score total de Hamilton :  $34,5 \pm 8,6$  (B),  $31,2 \pm 9,4$  (AMB) et  $29,9 \pm 10,1$  (AMR).

## Les autres troubles

Une labilité de l'humeur (dysthymie) est notée dans respectivement 7 % (B), 8 % (AMB) et 0 % (AMR) des cas. Un syndrome bipolaire est diagnostiqué (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou DSM IV) dans respectivement 6 % (B), 8 % (AMB) et 0 % (AMR) des cas. La différence entre le groupe AMR et les deux autres est significative quand les troubles sont globalisés ( $p < 0,05$ ). Un état limite (*borderline personality disorder*) est relevé chez 10 % des malades (NS entre groupes).

## La détérioration de la qualité de vie

Le score total de détérioration de la qualité de vie (Quaviam) est plus élevé chez les malades B et AMB que chez les AMR ( $p < 0,01$ ) :  $419 \pm 57$  (B),  $409 \pm 51$  (AMB) et  $359 \pm 62$  (AMR). Les scores des trois groupes sont nettement supérieurs à celui de 49 malades en phase de guérison ( $157 \pm 81$ ) et à celui de 56 témoins sans TCA ( $88,6 \pm 49$  ;  $p < 0,0001$ ). Les six sous-scores du Quaviam témoignent tous d'une très nette altération de la qualité de vie ( $p < 0,001$  vs malades en phase de guérison et témoins).

## Conclusion

Les comorbidités sont fréquentes en cas de TCA. Elles lui sont en partie liées par un lien de causalité et modifient l'approche thérapeutique. ▶

### Blandine Kastler

Psychiatre, spécialiste des troubles du comportement alimentaire, Centre hospitalier universitaire, Hôpitaux universitaires de Strasbourg (67) b.kastler@noos.fr

### Pour en savoir plus

Roncero M, Perpiñá C, García-Soriano G. Study of obsessive compulsive beliefs: relationship with eating disorders. *Behav Cogn Psychother*. 2011 Jul;39(4):457-70.

Rowe SL, Jordan J, McIntosh VV, et al. Complex personality disorder in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*. 2010;51:592-8.

Zachor D, Yang JW, Itzhak EB, et al. Cross-cultural differences in comorbid symptoms of children with autism spectrum disorders: an international examination between Israel, South Korea, the United Kingdom and the United States of America. *Dev Neurorehabil*. 2011;14:215-20.

Textes présentés lors du 12<sup>e</sup> Symposium de l'association Autrement, Dijon, le 20 octobre 2011.

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.



© Fotolia.com/Mein Name

## Traitement des troubles du comportement alimentaire : « *Primum non nocere* »

*La complexité de l'étiologie de l'anorexie mentale rejoint celle de sa prise en charge. Surprotection, négociation, résignation, critique ou confrontation sont autant de comportements qui vont à l'encontre de ce grand principe médical : tout d'abord, ne pas nuire. Une meilleure formation des soignants et une augmentation de la recherche sont les deux principaux axes préconisés pour améliorer la prise en charge des patients.*

**L**es publications portant sur l'efficacité des soins dans l'anorexie mentale (AM) arrivent toutes à la même conclusion : nous ne savons pas traiter ce trouble des conduites alimentaires. Ce constat est nuancé par les thérapies familiales et leur réel intérêt. Elles demeurent toutefois d'une efficacité modeste et sont insuffisamment validées. De plus, elles ne s'appliquent qu'aux sujets de moins de 19 ans dont le trouble est suffisamment récent (moins de trois ans d'évolution).

Actuellement, il est bien difficile de démontrer clairement que nous avons été efficaces et comment : quelles actions de soins sont utiles ? Quels programmes seraient préférables ? Pourtant, nul ne songerait à renoncer aux soins. Dans bien des situations, nous avons la conviction qu'ils ont été utiles, voire vitaux.

Plus récemment, quelques auteurs ont voulu s'intéresser à l'iatrogénie : notre relation thérapeutique, les techniques diverses (et non validées) employées, les

modalités d'hospitalisation et les attitudes des soignants peuvent-elles avoir des effets néfastes, malgré de louables intentions. Leurs réponses ne sont pas toujours rassurantes. Face à l'incertitude concernant l'efficacité réelle, scientifiquement prouvée, de nos techniques de soin dans l'AM, il est urgent de considérer le risque de nuire à des patients fragiles.

### Une histoire mouvementée

Que nous apprend l'histoire de l'AM ? Elle est très riche et mouvementée. Les tout premiers auteurs, tels que Marcé ou Janet, par exemple, ont insisté sur la nécessité de séparer ces personnes de leur milieu, voire de les isoler. Ils avaient deux idées : l'entourage nuit à la guérison, il est "toxique" ; il faut protéger les proches des effets latéraux de la maladie sur leur propre équilibre. Plus tard, sous l'impulsion des thèses psycho-dynamiques, le champ des coupables possibles s'est resserré autour

de la mère (surprotectrice) d'abord, puis du père (absent)... sans parvenir à des résultats probants. On a même incriminé la fratrie, avant d'abandonner la quête de responsabilité chez les proches. Par la suite, ce courant de pensées s'est égaré dans les méandres de la psychosomatique. Cette voie, là aussi, s'est avérée stérile.

Dans les années 1950-60, la quête d'une organicité occupa les chercheurs : l'hypophyse, la thyroïde, les ovaires, les surrénales... étaient responsables, mais rien ne fut bien convaincant. Plus près de nous, les systémiciens ont tenté de rafraîchir le concept de la pathologie familiale. Leur démarche les a conduits à renverser le propos : la famille n'est pas le problème, mais elle fait partie de la solution. Des travaux plus récents ont pointé le rôle de facteurs génétiques, sans toutefois ouvrir plus de voies de réflexion. L'étude approfondie du cerveau et de sa chimie donne le même sentiment : les mécanismes de l'anorexie sont de mieux en mieux décrits, sans, pour autant, qu'il soit possible d'expliquer la maladie. Certains auteurs ont tenté, plus modestement, de cerner des mécanismes simples mais pertinents pouvant inspirer les méthodes de soin. Crisp a souligné l'importance, pour bon nombre de sujets, de la peur de grandir et de l'évitement de la maturité comme moteur principal du trouble. Les comportementalistes ont perçu clairement l'importance de la faible estime personnelle et du perfectionnisme. Les cognitivistes ont mis à jour les schémas de restriction et leurs incidences. Tous en ont inféré des programmes de soin, mais aucun n'a pu véritablement apporter la preuve de la validité de ces méthodes.

En résumé, l'AM reste un trouble méconnu et bien difficile à soigner. Sommes-nous au moins sûrs d'apporter une aide réelle aux patients ?

Steinhausen<sup>1</sup> écrit qu'il ne semble pas que nous ayons progressé : les traitements des années 1950 donnaient des résultats assez comparables à ceux des années 2000. Pis encore, le travail de Ben-Tovim<sup>2</sup> confirme que les sujets traités n'évoluent pas mieux que ceux qui ne le sont pas. Il suggère clairement que les soins sont, au mieux, inopérants. D'autres vont plus loin et n'hésitent pas à évoquer leur éventuelle nocivité. Pour exemple, Gowers *et al*<sup>3</sup> suggèrent que les adolescents de moins de 16 ans hospitalisés pour AM ont une évolution moins favorable que ceux qui ne l'ont pas été. Le débat est ouvert, mais nous ne pouvons pas rester indifférents à toutes ces informations.

### Des comportements inadéquats

Une voie de réflexion très intéressante a été ouverte par l'équipe du Maudsley Hospital qui, après avoir tenté de repérer les attitudes parentales posant problème, s'est interrogée sur les mêmes attitudes repérables chez les soignants : charité bien ordonnée...

Actuellement, il est bien difficile de démontrer clairement que les soins ont été efficaces.



Les auteurs décrivent quelques comportements possibles chez les soignants les mieux intentionnés et leur travers.

Ce sont les mêmes que ceux qui étaient attribués aux proches et qui posaient problème.

- **La surprotection.** Qu'il s'agisse d'un cadre trop fermé sur le monde extérieur ou d'attitudes trop préventives des risques, il y a là un risque de tomber dans des modalités de soin trop restrictives des libertés et de l'autonomie.

- **Les attitudes critiques et "confrontatives".** Les menaces, sanctions et coercitions que les soignants utilisent parfois pour faire changer une personne sont des sources de tensions pénibles et menacent encore plus le sentiment de valeur personnelle du sujet.

- **La résignation.** Les arrangements et autres négociations autour de la prise de poids conduisent parfois à laisser traîner les choses bien trop longtemps.

- **Les modalités de soin aggravantes.** Il arrive souvent que les objectifs des soins ne tiennent pas suffisamment compte des cibles spécifiques des TCA, qu'ils contribuent à l'isolement social et affectif ou qu'ils favorisent le perfectionnisme ou la mauvaise estime de soi, par exemple.

- **Les cognitions "anorexiques" des soignants.** Il peut s'agir de discours "trop" sanitaires autour de la nourriture, par exemple. Orthorexie, hygiénisme alimentaire et autres discours qui accentuent la préoccupation autour de la nourriture ont des effets pervers.

- **Les réactions trop émotionnelles.** Les soignants peuvent être mis en grande difficulté par la sévérité de certains cas d'anorexie. Ils sont alors en danger de perdre leur sang-froid et d'agir en suivant leurs émotions du moment.

- **Les soins "au jour le jour".** Ce trouble a une durée généralement importante et il est parfois difficile de garder un

cap clair. La tentation de se contenter de suivre l'actualité des événements et d'y réagir au coup par coup peut se comprendre mais cette attitude réduit sensiblement les chances de succès.

## Conclusion

Nous devons tous nous interroger sur nos pratiques de soins et nos capacités à nous remettre en question régulièrement pour rester thérapeutiques. La formation des intervenants doit être améliorée : psychiatres en charge de services spécialisés, infirmiers, aides-soignants, diététiciens, nutritionnistes, etc.

Enfin, et surtout, nous avons tous un urgent besoin de progresser dans la prise en charge et le traitement de l'anorexie mentale. La recherche dans ce domaine est encore bien trop peu active et productive. ▀

## Alain Perroud

Psychiatre spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire, Hôpitaux de Genève, Suisse  
alain.perroud@hotmail.com

## Références

1. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20<sup>th</sup> Century. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1284-93.
2. Ben-Tovim DI, Walker K, Gilchrist P, *et al.* Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *Lancet*. 2001;357:1254-7.
3. Gowers SG, Weetman J, Shore A, *et al.* Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176:138-41.

Textes présentés lors du 12<sup>e</sup> Symposium de l'association Autrement, Dijon, le 20 octobre 2011.

*Déclaration d'intérêts :*  
l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Pour en savoir plus

Gentile MG, Pastorelli P, Ciceri R, Manna GM, Collimedaglia S. Specialized refeeding treatment for anorexia nervosa patients suffering from extreme undernutrition. *Clin Nutr*. 2010;29:627-32.

Herpertz-Dahlmann B, Seitz J, Konrad K. Aetiology of anorexia nervosa: from a "psychosomatic family model" to a neuropsychiatric disorder? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;261:165-72.

Pope HG Jr, Hudson JI. "Recovered memory" therapy for eating disorders: implications of the Ramona verdict. *Int J Eat Disord*. 1996;19:139-45.

Thiels C. Forced treatment of patients with anorexia. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21:495-8.



## La thérapie familiale dans l'anorexie mentale

*En dépit du fait qu'aucune étude n'ait réussi à établir le rôle anorexigène de la famille, la thérapie familiale conserve une efficacité dans l'anorexie mentale de l'adolescent. Son action auprès du malade et de son entourage utilise des activités et techniques thérapeutiques variées qui permettent au patient de décrire sa souffrance et de mobiliser les proches pour potentialiser les chances d'amélioration et de guérison, et réduire le risque de rechutes.*

Le développement de la thérapie familiale (TF) a été intimement lié au traitement de l'anorexie mentale (AM). Deux pionniers de la TF, Minuchin (États-Unis) et Selvini-Palazzoli (Italie), ont développé, dans les années 1970, des modèles de "causalité familiale" de l'AM. Celles-ci ont contribué à faire de la TF un traitement de choix de l'AM chez l'adolescent. Ces auteurs suggéraient l'existence de particularités familiales qui engendraient, renforçaient ou maintenaient le trouble et qu'il était important de "réparer" pour obtenir un mieux et éviter l'émergence de nouveaux symptômes ou de nouveaux porteurs de symptômes dans

la famille. Ces familles "anorexigènes" étaient décrites comme fusionnelles, enchevêtrées, fermées au monde extérieur, évitant les conflits et rigides. Elles étaient donc peu à même d'accueillir les mouvements d'individuation et d'autonomisation caractéristiques de l'adolescence et de la guérison. L'enfant symptôme devenait alors "l'agent régulateur" (et donc "dénonciateur") d'une famille dysfonctionnelle. Mais, les études scientifiques postérieures n'ont pas vérifié le modèle de causalité familiale de l'AM. Elles ont plutôt montré des organisations familiales très diverses, souvent



L'objectif de la thérapie familiale est désormais de mobiliser les ressources de la famille afin de potentialiser les chances de guérison/amélioration et de limiter l'impact de l'anorexie mentale.

normales. De plus, les dysfonctionnements, lorsqu'ils existaient, ne correspondaient pas toujours au schéma classique décrit ci-dessus. Ceci n'enlève rien au fait que la TF possède une efficacité prouvée dans l'AM de l'adolescent.

Les études récentes suggèrent plutôt que la famille :

- constitue un facteur étiologique parmi d'autres et qu'elle peut être autant un facteur de risque que de protection ;
- joue un rôle important dans l'évolution de l'AM, dans un sens comme dans l'autre (aggravation ou amélioration).

### **De nouveaux modèles de thérapies familiales**

L'objectif de la TF est désormais de mobiliser les ressources de la famille afin de potentialiser les chances de guérison/amélioration et de limiter l'impact de l'AM, pour en réduire le risque de rechutes.

Dans cet esprit, les études des années 1980-1990 de Maudsley et Stanford ont démontré que certaines TF étaient plus efficaces que la psychothérapie individuelle classique dans le traitement de l'AM de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte jeune. D'autres études ont précisé les bénéfices spécifiques de certaines TF : "conjointe" (patient et parents ensemble) ou "séparée" (parents et patient à part), selon le climat émotionnel de la famille. Des études plus récentes (Maudsley et Cook) ont montré l'efficacité de la thérapie multifamiliale (TMF), utilisée en alternative à l'hospitalisation ou en post-hospitalisation, dans les situations d'échec de la TF. Mais la durée optimale de la TF ou TMF reste à établir.

Ces quinze dernières années, la prise en charge des enfants et adolescents anorexiques suivis dans le service de pédopsychiatre de l'hôpital Robert-Debré, à

Paris, s'est largement inspirée de ces nouveaux modèles :

- mise de la famille au cœur du dispositif de soins, sans séparation totale avec celle-ci ;
- implication de toutes les familles dans le soin, quel que soit leur type de fonctionnement ;
- utilisation d'une approche de type "famille cothérapeute" ;
- travail familial "gradué" centré sur la gestion des symptômes et leur stabilisation, pour proposer ensuite un travail familial plus large (autonomisation, individuation), mais aussi dynamiques familiales aptes à favoriser les processus de guérison ;
- proposition des formes variées de TF susceptibles de convenir à toutes les familles à toutes les étapes (consultation familiale intégrée, thérapie unifamiliale, thérapies "conjointe" et "séparée", thérapie multifamiliale, groupe de parents).

### **Les objectifs de l'approche familiale**

• **Les objectifs principaux** de l'approche familiale sont :

- soutenir les parents (cohérence, communication, collaboration et contrôle du symptôme : les 4 C) ;
- se concentrer sur le symptôme et sa gestion optimale par l'éducation thérapeutique, en apportant écoute et soutien, et en utilisant des approches psycho-éducatives ;
- déculpabiliser le malade, en montrant son empathie ;
- mobiliser les compétences et les ressources de la famille ;
- réaménager les dysfonctionnements familiaux qui freinent les processus de guérison ;
- aider la famille à retrouver une trajectoire adolescente et familiale "normale" ;

– si besoin, préparer la famille à (accepter) une thérapie familiale “classique” visant à transformer en profondeur la structure et l’organisation familiale.

• **Les différentes “formules” de TF** se déclinent dans une perspective pluridisciplinaire intégrative qui implique la thérapeute familiale et un(e) cothérapeute dont le choix dépend de la modalité de soins (consultation externe ou hospitalisation), du type de TF, du stade de maladie et des affinités de chacun : pédopsychiatre, infirmière, éducateur, diététicienne, interne, psychologue...

### Les activités et techniques thérapeutiques utilisées

Plusieurs types d’activités et de techniques thérapeutiques sont utilisés en TF.

• **Techniques d’externalisation** visant à bien séparer l’AM et la personne humaine, pour faciliter le regroupement des énergies familiales contre le problème plutôt que contre le patient, et éviter les attitudes familiales culpabilisantes, critiques et hostiles. Dessiner son “anorexie”, lui écrire une lettre, ou écrire à une partie de son corps qu’on aime ou qu’on déteste, en sont quelques exemples.

• **Activités métaphoriques et techniques artistiques systémiques.** Qu’il s’agisse d’un dessin, d’un collage ou de métaphores animales pour représenter la maladie, son parcours ou les relations familiales, ces techniques sont utilisées pour contourner l’expression verbale qui semble aux malades mal exprimer leurs souffrances et leurs difficultés. Elles conduisent souvent la famille au cœur de thèmes douloureux et l’éclairent sur certains objectifs de changement. “Si la famille était un animal...”, dessiner ou faire un collage sur le voyage de la famille vers la guérison ou utiliser des métaphores animales pour décrire le positionnement actuel et optimal de



© PhanieBurger

La thérapie familiale, qui a l’avantage d’inclure la fratrie, doit s’adapter aux divers besoins, demandes et réticences des familles.

chaque membre de la famille vis-à-vis de la maladie constituent des exemples.

• **Autres techniques familiales :** sculpture, génogramme, dessin de la famille (avec et sans anorexie), lettres, photographies familiales, calendrier de l’année à venir... complètent la présentation des activités thérapeutiques utilisées dans ce travail.

### Conclusion

La famille est un facteur non négligeable d’amélioration du jeune patient anorexique et il est essentiel de la mobiliser en tant que partenaire de soins, sans préjuger de ses responsabilités étiologiques et en l’aidant, au contraire, à se sentir compétente et confiante. Pour ce faire, nous devons tendre vers des modèles de travail familial plus souples et élaborés. La TF, qui a l’avantage d’inclure la fratrie, doit s’adapter aux divers besoins, demandes et réticences des familles. Elle semble incontournable dans la prise en charge des enfants et adolescents anorexiques. ▶

### Solange Cook-Darzen

Psychothérapeute, Service de pédopsychiatrie, Hôpital universitaire Robert-Debré, Paris (75)  
solange.cook@free.fr

*Déclaration d’intérêts : l’auteur déclare ne pas avoir de conflits d’intérêts en relation avec cet article.*

### Pour en savoir plus

Cook-Darzens S. Thérapie familiale de l’adolescent anorexique: perspective systémique intégrée. Dunod; 2002.

Cook-Darzens S. 50 exercices pour sortir de l’anorexie. Odile Jacob; 2004.

Cook-Darzens S. La fratrie, dans l’ombre de l’anorexie mentale. *Thérapie Familiale*. 2009;30:327-52.

Lock J, Le Grange D. Agras WS, Dare C. Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach. Guilford Press; 2001.

Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Harvard University Press; 1978.

Mouren MC. Troubles du comportement alimentaire de l’enfant au préadolescent. Elsevier Masson; 2011.

Selvini-Palazzoli M. Self-starvation: from the intra-psychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa. Jason Aronson; 1978.

Textes présentés lors du 12<sup>e</sup> Symposium de l’association Autrement, Dijon, le 20 octobre 2011.



© Fotolia.com/Mein Name

## La thérapie d'intégration neuro-émotionnelle dans les troubles du comportement alimentaire

*Une personne atteinte d'un trouble du comportement alimentaire souffre d'une profonde dissociation, sensorielle et émotionnelle. Une thérapie d'intégration neuro-émotionnelle permet au patient de s'approprier les événements douloureux de la vie et de les retraiter pour désamorcer le traumatisme et l'anxiété qui en découlent.*

**L**a thérapie d'intégration neuro-émotionnelle a pour objet d'intégrer sensations et cognitions. Elle utilise la stimulation oculaire : EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*).

Cette intégration somato-psychique est l'un des objectifs de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA), où l'anxiété, le manque de confiance et le sentiment de ne pas peser bien lourd sont au centre de la problématique.

### L'intégration neuro-émotionnelle

• **L'intégration neuro-émotionnelle est l'acceptation en soi de tous les souvenirs** comme constructeurs de l'être. Il s'agit de s'approprier les événements d'une vie (y compris traumatiques) et de les retraiter pour en faire une source nouvelle d'expériences. C'est une démarche opposée à celle qui consiste à subir les épisodes de sa vie et à les refouler. "Retraiter

une expérience" permet à la personne de "désamorcer" le traumatisme et l'anxiété qui y sont liés. Il s'agit de :

- "décharger" la zone-mémoire émotionnelle et reclasser le traumatisme dans la zone de mémoire explicite et élaborée (donner du sens et relativiser) ;
- transférer, en termes physiologiques, le traumatisme du mésencéphale (thalamus) vers l'hippocampe (système limbique, clarification, mémoire explicite), l'hypothalamus (homéostasie) et enfin vers le cortex (conscience, comportements et cognitions) ;
- démêler des associations qui se sont faites (ancrages sensoriels, conditionnement dysfonctionnel) pour générer un processus cognitif (idées, pensées, réflexions) et des comportements plus adaptés que la restriction, les crises et l'hyperactivité physique ;
- conserver ses expériences de vie pour en faire une source d'enseignement. Une patiente atteinte de TCA présente une physiologie "sous stress", notamment

du fait même de sa dénutrition ou malnutrition. Raconter des épisodes traumatisants de sa vie va réactiver des processus d'angoisse et de peur, ou de dégoût. Il faut donc créer un espace de calme et de sécurité pour pouvoir générer de nouvelles connexions neuronales, sources de comportements positifs "générateurs de bien-être". L'attitude du thérapeute sera centrée sur le "renvoi en miroir" : il faut faire fonctionner les "neurones-miroir" (ceux qui font copier ce qui est ressenti) de posture, de gestuelle, de rythme de parole et de reformulation mot à mot. Le thérapeute peut ainsi transmettre au patient son propre état de sécurité. Chez les malades souffrant de TCA, ce besoin de guidage est primordial.

• **Les émotions sont essentielles** à la gestion de notre vie. Une émotion peut être définie comme une réponse physiologique à un stimulus, ce dernier étant extérieur (« *Je vois un tigre, j'ai peur* ») ou intérieur (« *Je pense à un tigre, j'ai peur* »). D'un point de vue neurologique, les stimuli sont traités selon deux voies :

– une voie ultrarapide passant par l'amygdale et l'hypothalamus (là où est régulée la prise alimentaire) ; il s'agit d'une voie émotionnelle ;  
– l'autre, lente, est la voie du néocortex qui a pour but de nuancer la réponse émotionnelle.

• **Les patients atteints de TCA éprouvent des difficultés à gérer leurs émotions** et développent des comportements compulsifs et/ou d'évitement (phobies, par exemple). Le praticien les aidera à accueillir de nouveau leurs émotions, à mieux les identifier, les exprimer, les rendre moins envahissantes et déstabilisantes, et à les accepter comme source d'information sur la perception de soi, des autres et du monde. Le thérapeute devra, par exemple, faire comprendre que « *je suis coupable de manger* » a trait à autre chose, de plus difficile à "digérer" que la nourriture.

## Les principes de base

• **La pensée est un processus complexe** : elle est organisée en un tout et ses parties. Elle est hologrammatique : il s'agit d'une image virtuelle, qui assemble un tout (par exemple, la société) selon le langage, la culture et ses normes. Dans la pensée, l'effet se répercute sur la cause : la réaction d'une personne au comportement d'une autre peut modifier celui de cette dernière. C'est en ceci que la mère d'une fille anorexique peut, par son attitude, renforcer l'anorexie de sa fille ou, au contraire, la déconnecter (effet récursif). Enfin, des systèmes contraires se mélangent : il est possible de penser une chose et son contraire (c'est le "oui, mais non").

Le thérapeute doit être conscient que plusieurs parts de nous, contradictoires, peuvent s'associer positivement (complémentarité). La carte n'est pas le territoire : chacun possède sa représentation de la réalité extérieure et de sa réalité intérieure. Le thérapeute doit chercher la "carte intérieure" de son patient. C'est la "linguistique" (les mots du patient) qui donne des informations sur ses représentations.

• **Toute personne possède en elle les ressources nécessaires** pour parvenir à l'objectif. Dans les TCA, les patients sont souvent "usés" et découragés par certains thérapeutes qui leur disent : « *On ne guérit pas de cette maladie.* » Si le thérapeute n'y croit pas, le patient le pourra-t-il ? Le thérapeute doit être un "révélateur" de ressources. Il n'est pas là pour penser à la place du malade. Il ne doit pas avoir de projet "sur" son patient. Mais il doit lui faire prendre conscience des lois qui régissent son corps (projet éducatif sur les besoins nutritionnels). C'est là une particularité des TCA, car bien des malades croient, à un moment donné, pouvoir guérir sans grossir.

## Soyons pragmatiques, la thérapie de "l'ici et maintenant"

L'important est de savoir comment s'y prendre pour sortir du TCA. Il est plus difficile, même scientifiquement, de comprendre pourquoi le TCA s'est installé. Les patients peuvent assez facilement percevoir comment c'est d'être malade et comment ce serait de ne plus l'être...

• **Tout comportement est généré par une intention positive** de l'inconscient. Un comportement (action ou parole, inaction ou non-dit...) ne se met pas en place par hasard. Il répond au début à une intention plus ou moins motivée et consciente. Avec le temps, ce comportement, ici le TCA, peut devenir limitant, voire handicapant. Aider le malade à comprendre ce phénomène (le cerveau a eu "intérêt à le mettre en place et le répéter") est plus respectueux du patient et l'aide à lever les résistances sans culpabiliser. Aucun malade n'a choisi de développer une anorexie ou une boulimie. C'est, à un moment donné, le seul moyen que la personne a trouvé pour se sentir mieux, pour avoir le sentiment de maîtriser, de combler un vide. Elle pense, en toute conscience au début, que devenir mince, ce sera « *avoir moins de souci avec mon image* ». La maladie est une mauvaise réponse à un vrai problème, et c'est insidieusement que le choix de maigrir et de se faire vomir se transforme en TCA.

• **Nos limites ne sont souvent que des "représentations"**. Sénèque disait : « *Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous en avons peur, c'est parce que nous en avons peur qu'elles deviennent difficiles.* » Ces pensées négatives peuvent avoir été renforcées par des personnes ayant figure d'autorité (le père, la mère), du fait de notre manque de confiance. Le thérapeute doit encourager son patient à faire de nouvelles expériences pour dépasser ses limites, dans une relative "sécurité intérieure".

## Le corps et l'esprit sont indissociables

Quand nous agissons sur le comportement et la physiologie, nous intervenons sur la manière de penser et de sentir

et réciproquement. Si nous travaillons sur l'un, cela va changer l'autre. Dans les TCA, les patients n'ont souvent plus "qu'une tête" et ne parlent de leur corps que comme d'une chose laide et dissociée de leur moi. La dissociation est profonde, sensorielle et émotionnelle. Le thérapeute va aider le malade à reprendre contact avec ses sens, en focalisant sur des sensations agréables pour "rétablir" les connexions. Les patients TCA sont souvent très sensibles aux mots, à l'intonation et aux gestes (communication analogique ou non verbale). Le thérapeute doit en tenir compte pour donner tout son sens à ce qu'il dit.

## Les bases thérapeutiques

Le thérapeute n'est pas qu'un puits de savoir, qui manie de bons outils. Il a aussi un savoir-être. Son art est l'observation fine (y compris des micromouvements et des mouvements oculaires) et la reformulation. Il est attentif au son, au rythme, à la façon dont sont dits les mots, pour repérer les sensations et les émotions. Les consultations doivent être programmées à la bonne distance pour permettre l'effet-miroir. Le contenu est moins important en soi que la structure de la communication. En programmation neurolinguistique (PNL), nous parlons d'un travail "en structure". Nous distinguons contenu (ce qui se dit), structure de communication (comment le sujet le dit, ce qu'il vit) et processus relationnel (le lien de juste autorité entre patient et thérapeute, sans projection ni soumission).

### • Stimuler les ressources et les ancrer

Le thérapeute accompagne la personne à explorer son état sensoriel (visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif) et à décrire son expérience de façon sensorielle. Il doit l'aider à désactiver les

ancrages négatifs et à créer de nouveaux chemins de pensées et de ressentis, sources de nouveaux comportements. Ceux-ci demanderont des répétitions, le temps que la nouvelle connexion dendritique se crée (8 semaines sont nécessaires).

#### • Le mouvement des yeux

Le mouvement des yeux du malade est utilisé en PNL pour savoir si la malade est en mode visuel, auditif ou kinesthésique, et s'il est en train de se remémorer un événement. En guidant ou en stimulant latéralement ces mouvements, le thérapeute peut aider un patient à classer dans le passé un épisode vécu qui reste positionné dans son présent vu son mouvement oculaire. Le lien entre les deux cortex, droit et gauche, est stimulé, ce qui favorise le retraitement des informations de façon plus ordonnée.

En PNL, le diagnostic s'effectue en fonction de différents métaprogrammes (filtres inconscients qui orientent le traitement des informations, le positionnement et la représentation que se fait une personne d'elle-même et du monde). Le traitement est fonction de l'objectif élaboré avec le patient... Le thérapeute explore ce qui est essentiel pour le patient derrière "guérir" : revivre, s'accepter, se sentir exister. La formulation de ce projet thérapeutique doit être en accord avec le ressenti. « *Il faut que je m'accepte* » devra devenir « *je m'accepte et je ressens mon corps* ».

### Conclusion

Nous sommes à l'ère de la psychophénoménologie, qui relie subjectivité et expression pour une meilleure matérialisation sensorielle, une meilleure compréhension et un possible retraitement-recadrage de l'expérience. C'est ce principe qui règle la PNL. Les TCA



© Fotolia.com/ Konstantin Sutyagin

En guidant ou en stimulant latéralement les mouvements oculaires, le thérapeute peut aider un patient à classer dans le passé un épisode vécu qui reste positionné dans son présent.

font partie de ces pathologies qui nous motivent au changement, à la remise en question et au progrès, car beaucoup reste à faire dans leur prise en charge. ▶

#### Angélique Gimenez

Psychopraticien en programmation neurolinguistique humaniste, Draguignan (83) et Nice (06)  
tgimenez@neuf.fr

#### Pour en savoir plus

Bloomgarden A, Calogero RM. A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eat Disord.* 2008;16(5):418-27.

Hudson JI, Chase EA, Pope HG Jr. Eye movement desensitization and reprocessing in eating disorders: caution against premature acceptance. *Review. Int J Eat Disord.* 1998;23(1):1-5.

#### Pour en savoir plus

Bloomgarden A, Calogero RM. A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eat Disord.* 2008;16(5):418-27.

Hudson JI, Chase EA, Pope HG Jr. Eye movement desensitization and reprocessing in eating disorders: caution against premature acceptance. *Review. Int J Eat Disord.* 1998;23(1):1-5.

Textes présentés lors du 12<sup>e</sup> Symposium de l'association Autrement, Dijon, le 20 octobre 2011.

*Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.*



© Fotolia.com/Mein Name

## Approche intégrée des soins dans l'anorexie mentale

*Lors d'une consultation, certains signes psychiques et comportementaux, associés à une focalisation sur le poids, doivent alerter le médecin traitant sur un possible trouble des conduites alimentaires. Après avoir recherché et écarté d'éventuels critères justifiant une hospitalisation, un premier niveau de prise en charge multidisciplinaire, associant un médecin coordinateur, un somaticien et un psychologue, peut être mis en place.*

**A**utant la dynamique des troubles des conduites alimentaires semble s'inscrire dans un *continuum* allant du normal au pathologique (formes syndromiques) en passant, ou pas, par une étape pathogénique (formes subsyndromiques), autant il nous semble pertinent de concevoir la prise en charge de cette problématique dans une optique comparable, à savoir graduelle.

Aussi, il convient en premier lieu de bien connaître les formes subsyndromiques afin de les repérer aux premiers stades et ainsi engager une prise en charge précoce et préventive d'un glissement vers une forme syndromique.

Les médecins traitants étant aux avant-postes du soin pour cette population de patientes, c'est à leur intention que cette sensibilisation doit s'adresser en priorité. Qui plus est, le sentiment d'incompétence médicale, fréquemment ressenti par les omnipraticiens face à ce type de symptômes, avec comme corol-

laire le risque de leur aggravation, doit nous conduire à intensifier nos efforts à leur rencontre.

### Les signes d'alerte

En substance, les signes d'alerte devant attirer l'attention chez une jeune adolescente (surreprésentation féminine) sont variés et concernent la perte de poids importante au retour d'un séjour à l'étranger, les remarques sur son poids, une préoccupation grandissante à l'égard de son image corporelle, des pensées obsessionnelles sur l'accumulation, la consommation ou le refus de nourriture, un refus de manger certains aliments pour éviter de prendre du poids, une vérification constante de son poids, un isolement à l'heure des repas, des régimes draconiens suivis d'orgies alimentaires, un sentiment d'irritabilité, d'anxiété ou de dépression lié à son poids, une perte de mémoire et un manque de concentration, une irrégularité, voire une absence de règles.

C'est souvent à l'occasion d'une première consultation en compagnie de la mère où les motifs d'inquiétude de cette dernière sont mentionnés, et plus particulièrement en cas de restriction alimentaire, que le "radar" du somaticien doit pouvoir opérer. Il nous semble alors opportun d'envisager un "plan" de consultation en quelques rendez-vous – qui ne vaut pas règle – et suivant un ordre permettant de conduire à une prise en charge à la fois progressive et intégrée.

### Un premier niveau d'évaluation et de décision

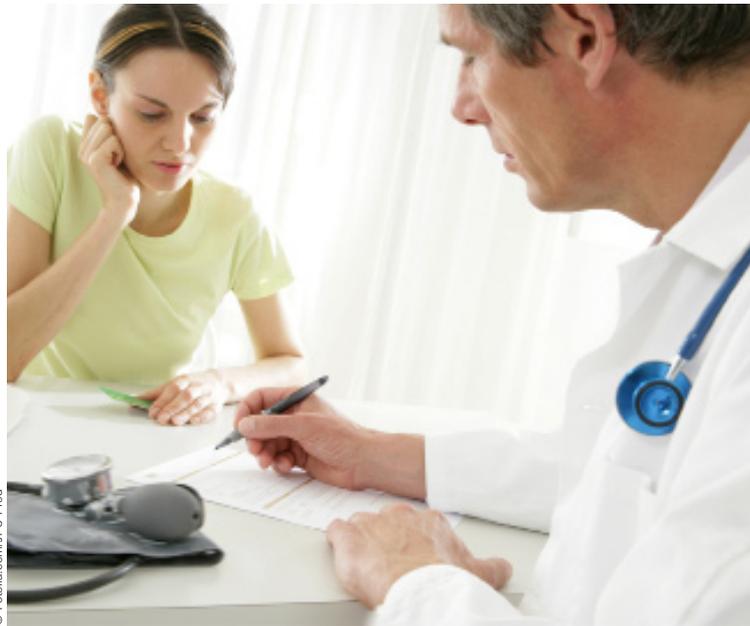
Ainsi, la première consultation doit permettre un premier niveau d'évaluation et de décision. L'interrogatoire détaillé et l'examen clinique ciblé doivent, en premier lieu, permettre de rechercher des critères d'hospitalisation (somatiques et/ou psychiatriques) en urgence en cas d'anorexie. Ces mêmes données et le retentissement des symptômes doivent permettre de différencier les formes subsyndromiques des formes syndromiques.

Le somaticien peut ensuite demander des examens complémentaires et poser un premier cadre de soins consistant, d'une part, à faire le point de la situation en fin d'entretien et, d'autre part, à proposer de revoir la patiente pour une deuxième consultation. Il s'agira alors d'évaluer le retentissement biologique des symptômes et l'influence de cette première rencontre sur la dynamique alimentaire, et de commencer à proposer une stratégie de soins associant idéalement un médecin coordinateur, un somaticien et une prise en charge psychothérapeutique.

Ce trépied soignant nous semble constituer un premier niveau de soin optimal, le médecin coordinateur pouvant être un pédopsychiatre, un psychiatre si l'ado-

lescente est une jeune adulte, voire le somaticien lui-même dès lors que les réalités locales ne permettent pas de procéder autrement.

L'essentiel réside, en tout état de cause, dans la capacité d'échange des praticiens autour de la situation de la patiente (thérapie bi- ou multifocale). Le somaticien doit en premier lieu être garant de la "sécurité" somatique de la patiente afin de lui permettre de bénéficier réellement de la prise en charge psychothérapeutique. L'alimentation n'étant que l'incarnation d'une souffrance structurelle circonstancielle à l'adolescence, il ne semble pas opportun de "fixer" le symptôme par l'intervention d'une diététicienne dans un premier temps. En revanche, la question du recours à des médiations thérapeutiques ambulatoires d'ordre corporelle, artistique ou culturelle constitue un levier à explorer.



© Fotolia.com/JPC-Prod

Un certain nombre de signes d'alerte doivent, chez une jeune adolescente, attirer l'attention du médecin traitant.

## À savoir

Un pour cent des adolescentes de 16 à 25 ans présentant une anorexie mentale court quatre fois plus de risques d'en mourir – 50 % par suicide et autant par complications somatiques – que celles qui, au même âge, ne souffrent pas de cette pathologie. De plus, le risque morbide augmente avec la durée des symptômes.

## Pour en savoir plus

Fox JR, Power MJ. Eating disorders and multi-level models of emotion: an integrated model. Review. Clin Psychol Psychother. 2009;16:240-67.

Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, et al. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. Int J Eat Disord. 2010;43:205-17.

Yon L, Doyen C, Asch M, Cook-Darzens S, Mouren MC. Treatment of anorexia nervosa in young patients in a special care unit at Robert-Debré Hospital (Paris): guidelines and practical methods. Arch Pediatr. 2009;16:1491-8.

Textes présentés lors du 12<sup>e</sup> Symposium de l'association Autrement, Dijon, le 20 octobre 2011.

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Une situation imposant une hospitalisation

Certaines patientes présentent une situation somatique et/ou psychique imposant une hospitalisation aux urgences (situation d'hypokaliémie dangereuse, par exemple), en réanimation, en pédiatrie (avec de la pédopsychiatrie de liaison), voire en pédopsychiatrie (avec un contrat de soins ou pas et un somaticien de liaison).

Cette entrée dans les soins est bien différente du cadre des consultations proposé plus haut et signe un autre niveau de sévérité pour lequel il a fallu réagir de manière adaptée. Les prises en charge posthospitalières de type soins-études pour les adolescentes prennent alors ici toute leur place.

Cette demande d'hospitalisation constitue d'ailleurs un premier rendez-vous à ne pas manquer, tant pour l'adolescence qu'*a fortiori* pour la jeune patiente adulte pour qui l'absence fréquente de consentement, voire l'opposition, complique davantage la situation du soignant.

Précisons que cette patiente aura peut-être plus spécifiquement recours à des spécialistes de ses symptômes. Il conviendra alors pour eux de garder une distance critique. Nous pensons notamment aux multiples explorations digestives et aux traitements médicamenteux de la constipation prescrits chez les patientes anorexiques adultes.

En tout état de cause, les jeunes adultes anorexiques qui viennent consulter leur médecin traitant portent déjà souvent l'inscription dans la durée de leurs symptômes avec ce que cela implique de risques somatiques et psychosociaux.

La demande de ces patientes est souvent très différente de celle des adolescentes et la stratégie de soins doit, en conséquence, être adaptée. L'enjeu

est de prévenir l'enkystement des symptômes et d'induire une alliance thérapeutique en évitant l'écueil de sa neutralisation par une adhésion de circonstance associée à des symptômes pérennes. Là aussi, la palette des soins ira des prises en charge ambulatoires, associant différents soins dépendant des orientations théoriques et des ressources locales aux hospitalisations souvent longues dans certains services spécialisés pour les formes les plus sévères d'anorexie mentale.

## Dépister l'hyperphagie compulsive

Enfin, il est important d'insister sur le nécessaire effort de vulgarisation médicale à opérer concernant le "*binge eating disorder*" (BED) ou hyperphagie compulsive qui constitue une réalité épidémiologique loin d'être négligeable au sein de l'ensemble des troubles des conduites alimentaires (un trouble deux à trois fois plus fréquent que la boulimie, diagnostiqué chez 10 % des obèses, avec une comorbidité importante) et qui, par contraste, "bénéficie" souvent d'une absence de reconnaissance et, de fait, d'une absence de prise en charge adaptée.

Le premier niveau de la prise en charge devrait donc consister en une amélioration du dépistage auprès des somaticiens-relais (l'âge moyen des premières consultations est de 30 à 50 ans alors que l'âge de début des troubles se situe entre 20 et 30 ans) et une sensibilisation des acteurs de la chirurgie bariatrique. ▶

## Ludovic Gicquel

Psychiatre, Service de psychiatrie, Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris (75)  
Professeur des universités-praticien hospitalier en pédopsychiatrie, Centre hospitalier Henri-Laborit, CHU de Poitiers (86)  
micheline.cordeau@ch-poitiers.fr



# Thérapie neuro-psycho-diététique et troubles du comportement alimentaire

*La prise en charge des troubles du comportement alimentaire doit être globale. Traitements nutritionnels, diététiques, psychanalytiques sont capitaux, tout comme l'éducation thérapeutique pour réapprendre ce que manger signifie. Ce protocole doit être complété par une thérapie comportementale spécifique, intégrant les avancées scientifiques concernant l'alimentation et la nutrition, et un recours éventuel à la nutrition entérale.*

Le traitement nutritionnel et diététique et les traitements psycho-comportementaux et psychanalytiques des troubles du comportement alimentaire (TCA) sont trop souvent opposés. Il y a encore, malheureusement, les tenants de la seule psychanalyse, des seules psychothérapies alternatives et ceux qui pensent que les solutions ne peuvent être qu'endocriniennes.

Les TCA nous apprennent pourtant chaque jour que le malade est un ensemble complexe qui ne peut être limité à un trouble psychiatrique ou endocrinien.

Ces troubles nous enseignent que le comportement alimentaire est sous le contrôle d'une modulation et d'une régulation extrêmement complexe. Manger est une étrange affaire :

- manger paraît naturel et pourtant cela est totalement appris ;
- manger obéit à de multiples fonctions, où "manger pour se nourrir" n'est sûrement pas ce qui occupe les mangeurs, à moins qu'ils ne soient diététiciens ou nutritionnistes ;

- se mettre à table est une base essentielle d'un comportement social adapté ;
- altérer son comportement alimentaire obéit à un besoin qui n'est pas perçu comme une maladie ou un trouble, mais comme une nécessité en réponse à un ou des facteurs qui vous ont déstabilisé. En d'autres termes, les TCA altèrent l'état nutritionnel, alors que le problème initial n'est pas un problème de poids sur un pèse-personne.

## Manger n'est en rien naturel

Les enfants et les adultes mangent en fonction de critères qui sont totalement appris et pourtant modulés : l'heure à laquelle nous mangeons, la manière de préparer, cuire et présenter les aliments et la succession des plats. Rien de tout ceci n'est inscrit dans notre patrimoine génétique. Les déterminants de notre comportement alimentaire sont à la fois explicites (conscients) et implicites (le rôle de la pensée judéo-chrétienne). Une personne peut en être impré-

gnée, sans le savoir : faire “maigre” le vendredi sous-entend que la viande serait “mauvaise”.

Les déterminants sont aussi fonction de notre groupe social : manger “ado” revient à exclure les aliments de l'enfance. Ils se déterminent enfin, depuis les années 1950, en rapport avec la silhouette et l'idée que l'on s'en fait.

### Le corps et le cerveau forment un tout

L'homme est un omnivore carnivore. Il l'a hérité de son passé. Ses muscles, ses organes, son cerveau ont besoin de protéines d'origine animale qui contiennent des acides aminés “essentiels” (que le corps ne sait pas synthétiser ou pas assez) et qui sont fondamentaux pour le renouvellement cellulaire et les fonctions cérébrales. Le fait d'être omnivore-carnivore est en règle associée, chez l'animal, avec intelligence, largesse de point de vue, contrats sociaux, anticipation, stratégie et puissance. Il y a une certaine logique à ceci puisqu'il leur faut, pour chasser, se mettre ensemble, dresser des plans d'attaque, s'organiser pour abattre la proie, puis se répartir le butin. Il faut être aussi adaptable, c'est-à-dire apte à changer son comportement pour aboutir à ses fins.

### Manger obéit à cinq fonctions

L'acte de manger obéit à cinq fonctions : se nourrir, partager, expérimenter, se faire plaisir, moduler et apprendre à mieux connaître ses émotions.

#### • Se nourrir

Les nutriments sont essentiels au maintien en cohérence de fonctions physiologiques optimales. Lipides, cholestérol et protéines sont indispensables à la synthèse des hormones sexuelles. Les troubles des règles et de la fécondité dans les TCA ne s'expliquent que par les déficits nutritifs : carences chroniques en

acides gras et en tissu adipeux, d'où déficit en leptine et blocage de la synthèse hypothalamique de l'hormone de libération de la lutéostimuline (LH-RH) ; carences en acides aminés pour la synthèse de neuropeptides type LH-RH, d'hormones lutéinisante (LH) et folliculostimulante (FSH) ; excès de cortisol lié au stress induit par la dénutrition...

Les protéines alimentaires sont indispensables à la synthèse de certains neuromédiateurs clés de la régulation de la prise alimentaire, de l'humeur et du stress, ainsi que du sommeil : la tyrosine et le tryptophane sont les précurseurs de la dopamine et de la sérotonine. Le tryptophane est le précurseur, passé 18 heures, de la synthèse de la mélatonine qui participe à la modulation du sommeil.

Protéines, calcium, vitamine D et fluor sont indispensables à la régénération de l'os et des dents : la déminéralisation osseuse et dentaire s'explique à la fois par un défaut de synthèse lié à la dénutrition (carences en protéines et calcium) et par un déficit en estrogènes.

#### • Partager

Le repas est un acte social dont le but est de créer un lien. S'il existe des repas d'affaire, de deuil ou de mariage, de cérémonies et, historiquement, la Cène, c'est parce que l'homme et les animaux sociaux ont bien compris que les repas soudaient le groupe, renforçaient les liens entre individus et permettaient d'échanger autour d'une fonction vitale, se nourrir.

#### • Expérimenter

Manger, c'est faire l'expérience de nouvelles saveurs chez le petit enfant lors de la diversification alimentaire, comme chez l'adolescent ou l'adulte. Plus la gamme alimentaire d'un enfant est grande, moins il aura de troubles alimentaires ; plus un malade TCA diversifie son alimentation, plus ses chances de guérison augmentent. Les expériences nous ouvrent à nos sensations et les expériences alimentaires

sont les plus faciles à faire. En restreignant le champ de son alimentation, la malade anorexique ou boulimique se coupe d'expériences émotionnelles et perd encore un peu plus la lecture de ses émotions.

• **Se faire plaisir**

L'homme et l'animal sont des êtres vivants obéissant au principe de l'hédonisme (*reward system*). Chez l'homme, les plaisirs les plus forts émotionnellement sont assurés par deux fonctions physiologiques : le sexe et l'alimentation. Ce n'est pas un hasard : il est vital pour l'individu et l'espèce que l'animal ait un intérêt fort pour la survie. Dans les TCA, ces fonctions sont toutes deux fortement mises à mal.

• **Moduler et apprendre ainsi à mieux connaître ses émotions**

Le repas est un lieu d'émotions. Il les module : pendant et après le repas, notre humeur et notre envie d'autrui changent. Notre niveau d'anxiété est modifié et notre tendance à la joie ou à la dépression influencée.

**La nutrition et la diététique ont créé les TCA**

Le savoir diététique a permis aux consommateurs, par ailleurs poussés à la consommation, d'établir des liens implicites et explicites entre alimentation et poids, nutrition et silhouette. Il a pu être écrit que « *manger des aliments gras faisait grossir* » ou que « *les apports lipidiques ne doivent pas excéder 30 % de la ration énergétique* ». Des corrélations entre tels apports de nutriments (lipides, protéines...) et évolution du poids ont été mises en évidence. On sait maintenant que ces principes ne s'adaptent pas à tous : « *Chacun est différent et doit être respecté dans sa différence* ». Un savoir nutritionnel du côté des spécialistes et des conseils de bon sens du côté des consommateurs, de façon ciblée selon l'âge et le sexe, sont nécessaires.

**Les cercles vicieux des TCA**

Des études menées chez l'animal l'ont prouvé : le refus de manger génère une hyperactivité physique dont le but est de le pousser à manger. Par ailleurs, pendant un effort physique soutenu, la faim est inhibée.

Durant le jeûne, les neuromédiateurs du type sérotonine, dopamine, endorphine, cannabinoïdes sont activés. Ils sont tous anorexigènes, stimulent l'activité physique et la diminution de la douleur liée au jeûne. Mais, plus la durée du jeûne est importante, plus les dysfonctionnements apparaissent : ralentissement de la vidange gastrique et hypotonie colique (constipation). Donc, moins l'individu mange, moins il est en capacité de manger. Chez la femme, l'apport de protéines et d'énergie constitue un stimulant de l'activité sexuelle. À l'inverse, les hormones sexuelles favorisent l'appétit. Donc, moins on mange, plus on maigrit, moins on sécrète d'hormones sexuelles, moins il est possible de manger... Par ailleurs, moins on mange, plus on a besoin de manger, plus le cerveau vous pousse à le faire. L'individu finit soit par avoir très peur de ne plus pouvoir s'arrêter (anorexie restrictive), soit par faire des crises compulsives alimentaires, et alors vomir.

Chez l'homme et l'animal omnivore, il existe une corrélation entre défaut d'apport protéique, d'une part, et risque de surpoids, d'autre part. Chez les malades anorexiques, il existe un lien entre niveau d'apport protéique et risque de boulimie. Chez le malade boulimique ou compulsif, il existe une corrélation positive entre apport protéique et la chance de sevrage des crises.

**Les approches thérapeutiques**

Il convient de mettre en place une éducation thérapeutique pour :  
– expliquer au patient le mécanisme de sa maladie et ses conséquences à long terme ;

## Encadré 1. La cascade boulimique

Manque de confiance en soi et manque d'estime de soi → trop grande importance attachée à la silhouette → mise au régime pour augmenter l'estime de soi → amaigrissement → apparition de carences nutritionnelles → pulsions physiologiques de les combler (déficit et frustration) → premières crises de compulsions alimentaires → besoin de maigrir renforcé → renforcement du régime et évacuation de la crise par le vomissement → aggravation des carences → pulsions alimentaires renforcées...

- évoquer les cercles vicieux qui sont en jeu dans les TCA ;
- parler de la cascade boulimique (encadré 1) ;
- expliquer les fondements de l'approche nutritionnelle (protéines, calcium, muscles et os...) ;
- mettre en place un travail nutritionnel et diététique où tout prend sens (la part des protéines et des aliments protéiques, le rôle du calcium et de la vitamine D, la dépense énergétique de repos et celle liée à l'activité physique, les neuromédiateurs cérébraux, les hormones sexuelles).

## La thérapie cognitive et comportementale spécifique

La thérapie cognitive et comportementale spécifique (TCC-TCA) doit intégrer les avancées scientifiques concernant l'alimentation et la nutrition. Il ne s'agit pas d'une thérapie cognitive et comportementale (TCC) généraliste. Elle doit aider le patient à trouver les liens entre son comportement alimentaire et ses émotions ou leur gestion. Elle doit aider le malade à identifier ses pensées dysfonctionnelles, alimentaires et non alimentaires.

Il est alors important de travailler sur des affirmations comme : « *Manger fait grossir* », « *Les graisses font faire du gras* », « *Tel aliment fait grossir* », mais aussi « *Si je grossis, je me sens coupable* » ou « *Me mettre à table me fait honte* ». Le malade devra reformuler la question.

## La nutrition entérale par sonde nasogastrique

La nutrition entérale (NE) par sonde nasogastrique a fait la preuve de son efficacité dans l'anorexie mentale comme dans la boulimie. Elle est efficace sur la prise de poids (plus rapide), sur sa qualité (plus de masse musculaire), sur le raccourcissement de la durée d'hospitalisation, mais aussi sur

l'anxiété et l'humeur, ainsi que sur les troubles du sommeil et la relation interpersonnelle.

La NE à domicile n'aggrave pas le TCA : pas de réduction des apports alimentaires, protéiques ou lipidiques, pas d'évictions de repas ou d'aliments. Il s'agit du moyen le plus efficace pour stopper les crises de boulimie : à court terme, 70 à 83 % des malades stoppent toute crise sous NE à domicile. Chez les malades boulimiques, cela s'accompagne quasiment toujours d'une réduction de l'anxiété, de l'état dépressif et des troubles du sommeil.

Bien sûr, placer une sonde ne suffit pas : il faut, un jour, pouvoir la retirer. Il est donc primordial de renforcer la motivation, d'aider le malade à mieux exprimer ses émotions et à parler de ses angoisses. ▶

### Daniel Rigaud

Hôpital du Bocage, Service endocrinologie-nutrition, Dijon (21)  
daniel.rigaud@chu-dijon.fr.

### Pour en savoir plus

Drewnowski A, Almiron-Roig E, Marmonier C, Lluch A. Review Dietary energy density and body weight: is there a relationship? *Nutr Rev*. 2004;62:403-13.

Lyles TE, Desmond R, Faulk LE, Henson S, Hubbert K, Heimbarger DC, Ard JD. Diet variety based on macronutrient intake and its relationship with body mass index. *Med Gen Med*. 2006;8:39-46.

Rigaud D. Anorexie, boulimie et compulsions alimentaires. *Marabout*; 2003.

Rigaud D. Troubles du comportement alimentaire. In: *Nutrition clinique Pratique*. Schlienger JL (ed). Elsevier Masson; 2011.

Rigaud D. Les troubles du comportement alimentaire de l'adolescent et de l'adulte. In: *Traité de nutrition artificielle de l'adulte*. Cano N, Scheinder S, Hasselmann M, Lerverve X (ed). 3<sup>e</sup> ed. Springer; 2007.

Schebendach JE, Mayer LE, Devlin MJ, Attia E, Contento IR, Walsh BT. Food choice and diet variety in weight-restored patients with anorexia nervosa. *J Am Diet Assoc*. 2011;111:732-6.

Schebendach JE, Mayer LE, Devlin MJ, Attia E, Wolf RL, Walsh BT. Dietary energy density and diet variety as predictors of outcome in anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr*. 2008;87:810-6.

Steinglass J, Albano AM, Simpson HB, Carpenter K, Schebendach J, Attia E. Fear of food as a treatment target: exposure and response prevention for anorexia nervosa in an open series. *Int J Eat Disord*. 2011.

[www.anorexie-et-boulimie.fr](http://www.anorexie-et-boulimie.fr)

Textes présentés lors du 12<sup>e</sup> Symposium de l'association Autrement, Dijon, le 20 octobre 2011.

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.



## L'approche psychocorporelle dans les troubles du comportement alimentaire

*Le travail en psychomotricité prend en compte les trois niveaux d'organisation de l'être humain : le corps biologique, les réactions émotionnelles psychiques et physiques, et le mental. L'approche psychocorporelle permet aux malades atteintes de troubles du comportement alimentaire d'éprouver une moindre sensation de morcellement et de mieux apprivoiser ce corps dans lequel elles ne se reconnaissent pas, mais dont elles sont totalement dépendantes.*

**L'**approche psychocorporelle dans les troubles du comportement alimentaire (TCA) implique l'idée d'une circulation entre les différents niveaux d'organisation de l'être humain :

- le niveau somatique c'est-à-dire le corps biologique et sa matière, avec son organisation propre ;
- le niveau émotionnel, la réaction psychique et/ou physique. Ainsi, la peur se manifeste-t-elle par des tremblements, une tachycardie, des mains froides, moites... Ces réactions émotionnelles, souvent trop déstabilisantes, sont contenues la plupart du temps dans des tensions musculo-squelettiques (ventre réprimé, fessiers serrés, les épaules trop hautes...) ;
- le niveau mental (pensées, langage, ruminations, fantasmes).

En psychomotricité, nous travaillons sur ces trois niveaux en prenant, comme base, les éprouvés corporels des patients.

Les malades qui souffrent de TCA éprouvent un problème avec leur corps. Tout d'abord, il est important de ne pas nier l'impact de la dénutrition chronique et souvent sévère de l'anorexie mentale ou des carences liées à la boulimie, sur les capacités d'attention, de perception, d'analyse et de jugement de soi et de l'environnement. Lorsque les patientes atteignent un indice de masse corporelle (IMC) de 16 kg/m<sup>2</sup>, elles acquièrent une plus grande présence au monde : le regard est plus présent, l'adaptation tonique et l'ouverture à l'environnement, la capacité d'attention et de concentration bien meilleures. Au cours de leur prise de poids, ces jeunes femmes, qui ne sont plus dans le déni de leur ressenti, disent qu'elles ont retrouvé de l'énergie, qu'elles sont moins fatiguées, qu'elles fonctionnent mieux, qu'elles sont bien comme ça, leurs formes corporelles commençant à se dessiner mais pas trop.

## De quel corps parlons-nous ?

Karlfried Graf Durkheim dit qu'il y a « le corps que l'on a et le corps que l'on est ». Le corps que l'on "a" est défini par notre patrimoine génétique qui lui donne sa forme, sa couleur, sa taille, sa qualité tonique de base et ses aptitudes. C'est celui que l'on voit de l'extérieur, le corps apparent, auquel les patientes TCA sont très attachées, voire duquel elles sont totalement dépendantes.

Le corps que l'on "est", c'est l'ensemble des gestes par lesquels nous nous exprimons et nous nous réalisons. Il s'agit de notre façon d'être là, singulière à chacun d'entre nous.

Le "corps que l'on est" fait appel au corps vécu, à l'expérience corporelle, c'est-à-dire la manière dont une personne vit, sent, ressent et connaît son corps. Ce sont des expériences positives ou négatives. Elle est aussi très liée aux expériences affectives. Ce vécu corporel contribue à la construction de notre

image du corps. C'est, selon Françoise Dolto, « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles ». C'est le support du narcissisme.

## Placer les malades en situation de corps "vécu"

Ma démarche de travail consiste à placer les malades atteints de TCA en situation de corps "vécu", afin de les accompagner au travers de leurs éprouvés corporels vers une meilleure écoute de leurs sensations, perceptions et émotions. Il s'agit aussi d'aider le malade à établir des liens entre ses éprouvés corporels, ses émotions ressenties et son histoire pour qu'il puisse retrouver une unité.

Les patients atteints de TCA savent très bien agir sur le corps, même pour le détruire. Les sociétés occidentales, perdues dans un matérialisme avide et privé de sens, engendrent une rupture de plus en plus importante entre le corps et l'esprit. Nous donnons beaucoup plus



Plusieurs approches et différents outils et techniques peuvent être utilisés pour permettre à la patiente de retrouver le mode d'emploi de son corps.

© Fotolia.com/Murat Subatti

d'importance à nos pensées qu'à notre ressenti et trop souvent même confondons les deux... Les patients entretiennent avec leur corps un rapport de force et de conflit : il faut le maîtriser à tout prix, car il n'est pas ce qu'ils souhaitent. Ils ont le sentiment très fort de ne pas se reconnaître dans leur corps, ont l'impression qu'il représente l'inverse de leur moi intime, de leur être.

H. Wallon et D. Winnicott ont décrit l'importance de la motricité et de la fonction tonique dans le développement de la psyché humaine et la construction de la personnalité : « *Avant de penser le monde, l'enfant le vit corporellement.* » Les expériences sensori-motrices représentent un élément important dans la construction du psychisme. Un psychisme de qualité permet une bonne intégration des différentes expériences sensori-motrices et crée du lien entre l'expérience vécue et son ressenti émotionnel ; édifiant ainsi les premières fondations du moi dans un "moi-corps", c'est-à-dire avant d'être soi dans le regard de l'autre, dans la représentation, on est soi dans son corps.

Ce "soi dans son corps" est le premier élément mis à mal dès lors qu'on se sent en conflit avec ce corps et que celui-ci ne reflète pas notre personnalité, qu'il n'est pas en accord avec la personne qu'on a l'impression d'être, l'image qu'on souhaiterait donner à l'autre (*encadré 1*).

### Ré-habiter son corps pour à nouveau exister dans la réalité

À l'aide de diverses médiations corporelles, il s'agit d'accompagner la patiente à expérimenter sa capacité à sentir, repérer, nommer et parler de ses sensations et émotions, afin que son vécu émotionnel douloureux et totalement refusé devienne conscient et, par la suite, élaboré.

#### Encadré 1. En conflit avec son corps

Une jeune patiente de 23 ans me raconte le profond décalage qu'elle ressent entre ce qu'elle est, la perception qu'elle a de sa personnalité, et le corps qu'elle possède. C'est une très jolie jeune fille, de taille moyenne, coquette, avec un corps d'aspect encore un peu potelé. Cette patiente me dit qu'à poids normal, elle a des fesses (cette image lui a souvent été renvoyée et elle ne le supporte pas) et des formes plutôt généreuses. Elle possède un corps féminin dans lequel elle ne se reconnaît pas du tout. Cette image féminine « *ne va pas du tout avec son caractère* », dit-elle. Elle n'éprouve que du dégoût pour son corps et cherche à le fuir. Mais elle sait aussi qu'elle plaît aux autres, que son corps attire un désir masculin qu'elle ne peut pas assumer. Elle n'est guère attirée par la relation amoureuse qui implique un échange sexuel. Elle se sent en conflit entre ce qu'elle ressent d'elle de l'intérieur et ce qui lui est renvoyé de l'extérieur. Elle me dit vouloir être sans forme et sans féminité. Elle met tout en œuvre pour rejeter ce corps sexué jusqu'à maîtriser sa sensation de faim pour tenter d'amenuiser le conflit intérieur.

Pour retrouver le chemin des éprouvés corporels et émotionnels, il faut aider la personne à ré-habiter son corps pour à nouveau exister dans la réalité. Les patients se décrivent souvent comme un corps fantôme à la recherche de la transparence. Ils sont en grande majorité absents d'eux-mêmes, complètement noyés, engloutis dans des ruminations mentales sans fin qui les coupent automatiquement de leurs corps.

À force d'être coupés de leur ressenti, ces patients ont perdu tout référentiel personnel. Ils ne savent plus comment faire pour sentir, pour bouger spontanément dans l'espace. Ils ont perdu tous leurs repères internes : signaux de faim, de fatigue, de sommeil... Ils ne se réfèrent qu'à des repères extérieurs : la durée fixée à la marche, le chrono, le nombre de calories dépensées... Mais pas ce qu'ils ressentent au bout d'un quart d'heure de course. Ces référentiels extérieurs, influencés par la dictature de l'image, ne les aident pas à rester conscients d'eux-mêmes, de leur espace corporel et de leurs ressentis.

### Comment retrouver le mode d'emploi du corps ?

Plusieurs approches et différents outils et techniques peuvent être utilisés pour permettre à la patiente de retrouver le mode d'emploi de son corps :

- prendre conscience de son corps dans ses structures musculaires, osseuses et cutanées ;
- prendre conscience de sa masse corporelle, de sa peau, de la charpente osseuse, du tonus musculaire et de ses variations, de sa respiration, de ses possibilités de détente et de relâchement, des formes du corps dans l'espace, de son rythme ;
- prendre conscience de son enveloppe corporelle et de ses limites “intérieur-extérieur”, qui assurent un sentiment d'identité et de contenance, de ses contours ;
- s'entraîner à développer la présence à soi-même, à ses sensations. Les outils employés sont la relaxation progressive de Jacobson (la dyade tension/relâchement), des étirements doux de type Moshé Feldenkrais et un travail postural plus actif et très anatomique inspiré du yoga selon Nil Hahoutof, enfin le massage et la médiation de l'eau ;
- développer les perceptions sensorielles sans alimenter leurs interprétations et essayer de transformer l'investissement libidinal de leur corps qui est souvent trop érotisé ou pas assez (massages, exercices de toucher) ;
- effectuer des exercices d'expression qui visent à exprimer des sentiments et des sensations par le corps en utilisant des exercices de mime, des situations d'expression corporelle ;
- réaliser des exercices de communication où le corps entre en interaction avec l'autre, en relation à l'autre par le biais de mise en situation de jeux, de créativité (avec un partenaire ou en groupe), d'expression gestuelle et rythmique dans

l'espace, afin d'expérimenter la distance relationnelle souvent compliquée à gérer en cas de TCA. Ces situations permettent aussi aux patients de retrouver les émotions, d'apprendre à les reconnaître et les exprimer, et de trouver leur place dans le groupe.

### Conclusion

Après une hospitalisation de trois mois ou plus, la majorité des patientes qui se sont investies dans un travail corporel disent qu'elles éprouvent une meilleure perception de leurs corps, une moindre sensation de morcellement et qu'elles arrivent à mieux se le représenter à partir de leurs sensations internes vécues aussi comme moins effrayantes et dangereuses. Il y a donc, grâce au travail corporel en psychomotricité, une réappropriation du corps, ce qui influence positivement le vécu corporel des patientes. Les malades prennent conscience de leur corporelité et retrouvent ainsi un accordage affectivo-sensoriel entre le corps et la personnalité. ▸

### Céline Barraux

Psychomotricienne, Jouvence Nutrition, Dijon (21)  
celine.barraux@yahoo.fr

### Pour en savoir plus

- Ahrberg M, Trojca D, Nasrawi N, Vocks S. Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: a Review. *Eur Eat Disord Rev.* 2011 (web published).
- Blechert J, Ansorge U, Beckmann S, Tuschen-Caffier B. The undue influence of shape and weight on self-evaluation in anorexia nervosa, bulimia nervosa and restrained eaters: a combined ERP and behavioral study. *Psychol Med.* 2011;41:185-94.
- Blechert J, Nickert T, Caffier D, Tuschen-Caffier B. Social comparison and its relation to body dissatisfaction in bulimia nervosa: evidence from eye movements. *Psychosom Med.* 2009;71:907-12.

Textes présentés lors du 12<sup>e</sup> Symposium de l'association Autrement, Dijon, le 20 octobre 2011.

*Déclaration d'intérêts :*  
l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.



## Thérapie cognitivo-comportementale et affirmation de soi

*Un certain nombre de patients atteints d'un trouble du comportement alimentaire souffrent d'anxiété sociale pathologique. Cette dernière joue un rôle majeur dans le maintien dans la non-acceptation de soi, qu'elle soit de nature physique (l'image du corps) ou psychologique (l'affirmation de soi).*

Les thérapies cognitivo-comportementales ciblent l'atténuation du sentiment de rejet, plus spécifiquement de l'anxiété sociale, par le biais des techniques thérapeutiques d'affirmation de soi. L'anxiété sociale, dont souffrent certains patients atteints d'un trouble du comportement alimentaire (TCA), perturbe fortement les interactions sociales. Les sources de l'anxiété sociale sont diverses (perception négative de l'image du corps, estime de soi négative, sentiment d'inadéquation sociale...). L'anxiété sociale, c'est l'ensemble des sentiments d'appréhension, de tension intérieure, et de gêne extérieure, déclenchés par le regard d'autrui. Autrement dit, c'est la peur irrationnelle, persistante, des situations dans lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui et qui entraîne une source de détresse intense et envahissante, ainsi qu'une altération du fonctionnement psychosocial.

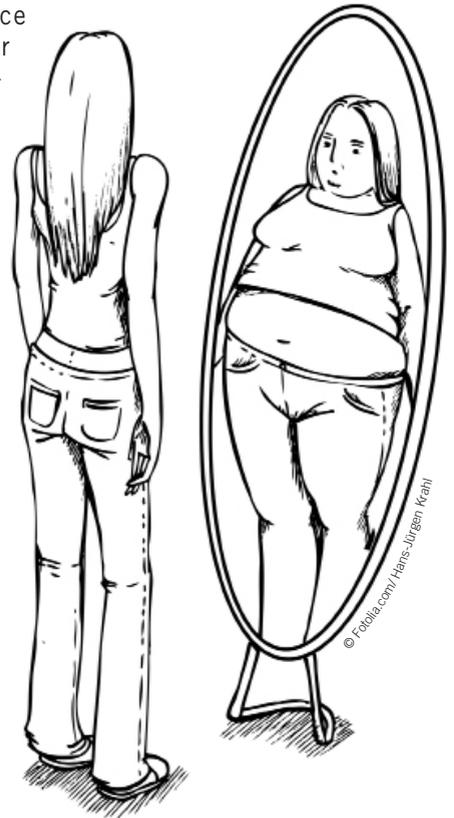
### L'image du corps

L'image du corps intègre plusieurs notions et perceptions :

- le corps postural, à savoir la connaissance à chaque instant, plus ou moins

consciente, de la situation de notre corps et de ses différentes parties dans l'espace (dans le réel), ceci par rapport à l'environnement, à autrui, à sa position, à ses déplacements et mouvements ;

- le schéma corporel, qui est la représentation mentale du corps qui englobe les sensations tactiles, thermiques, auditives, gustatives, algiques ou non, agréables ou non, mais aussi les sensations kinesthésiques et cénesthésiques. Ce schéma corporel se construit au carrefour des émotions, du désir, de la libido (zones érogènes) et du toucher corporel. Il se construit aussi tout au long de l'histoire relationnelle du sujet.



Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) évaluent tout d'abord les dimensions corporelles et les traits de personnalité.

- **L'enveloppe corporelle** : identité définie (autonomie, différence moi/non-moi, ce qu'on voit de soi).
- **L'accessibilité corporelle** : proximité et intimité (ce que l'on sent de soi).
- **La dimension du corps sexué** : identité sexuelle définie ou non, telle qu'elle est supposée et acceptée.
- **La dimension corps actif/corps passif** : introversion et attitudes défensives.

## L'affirmation de soi

Dans l'affirmation de soi, les sensations et les manifestations corporelles actuelles, latentes, cachées dans l'intimité et en interactions sociales sont évaluées. La place du corps et des "corps de l'histoire passée" et actuelle du sujet et de sa famille doit être approchée. Le thérapeute doit les aborder. D'autres aspects sont analysés : l'investissement affectif de telle ou telle partie du corps, la présentation physique (ouverte/fermée, fatiguée/dynamique, attirante/repoussante) et la présentation vestimentaire (négligée, soignée, recherchée, provocante...). Derrière ses "postures", le sujet tente une affirmation de lui-même, en tant que représentatif de son moi. Cette évaluation est associée, bien entendu, avec la mesure de l'estime de soi et des compétences sociales. Les thérapies d'affirmation de soi ciblent certaines situations suivantes.

- **De performance** : prise de parole dans un groupe ou face à un public. Tête-à-tête avec des personnes intimidantes, etc.
- **D'intimité** : bavarder avec des voisins, des commerçants, des camarades, etc. Rencontrer de nouvelles personnes. Avoir des discussions approfondies avec des proches.

- **D'affirmation** : faire valoir son point de vue dans une discussion. Dire que l'on n'est pas d'accord. Réclamer quelque chose ou en refuser une autre...

- **D'observation** : être le point de mire des regards, être observé pendant que l'on fait quelque chose : marcher, manger, boire, travailler, écrire...

Les principaux symptômes liés au manque d'estime de soi seront l'objet de tentatives de modification thérapeutique.

- **Comportementaux** : bégaiement, agitation, évitement du regard, voix tremblante, rognure des ongles, évitement.

- **Physiologiques** : palpitations, nausées, sueur, tremblements, souffle coupé, engourdissement, maux de tête, tension musculaire, maux de ventre.

- **Cognitifs** : pensées de fuite, évaluation négative, échec, humiliation, gêne, insuffisance, autocritique, honte.

## La thérapie cognitivo-comportementale, techniques et finalité

Les principales techniques thérapeutiques sont les suivantes :

- l'exposition aux situations sociales ;
- l'exposition aux conséquences redoutées ;
- le développement des compétences sociales ;
- la restructuration cognitive.

Le but principal est d'entraîner les patients à maîtriser des comportements relationnels (verbaux et non verbaux) adaptés aux interactions quotidiennes par la modification de la "non-acceptation de soi physique et psychique". ▶

### Luis Vera

Psychologue clinicien,  
Clinique des maladies de l'encéphale (CMME),  
Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris (75)  
luis.vera@wanadoo.fr

### Pour en savoir plus

Bowers WA. Basic principles for applying cognitive-behavioral therapy to anorexia nervosa. *Psychiatr Clin North Am.* 2001; 24:293-303.

Karpowicz E, Skärsäter I, Nevenon L. Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *Int J Ment Health Nurs.* 2009;18:318-25.

Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2010; 33:611-27.

Textes présentés lors du 12<sup>e</sup> Symposium de l'association Autrement, Dijon, le 20 octobre 2011.

*Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.*



## Intérêt d'une psychanalyse adaptée dans les troubles du comportement alimentaire

*Les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire sont rebutés, voire angoissés par le dispositif de psychanalyse "à la française". La mise à distance des éléments corporels, émotionnels de l'inconscient, n'est pas souhaitable dans des maladies qui impactent profondément le corps. La méthode d'association libre de la psychanalyse se révèle particulièrement indiquée pour permettre aux patients de trouver, avec l'aide de leur thérapeute, d'autres moyens que le moyen alimentaire pour lutter contre leurs angoisses archaïques.*

Il semble que la psychanalyse perde du terrain en tant que méthode de traitement privilégiée des troubles du comportement alimentaire (TCA). En effet, de nombreux patients souffrant de TCA estiment qu'elle se révèle mal adaptée à prendre directement en charge leur souffrance symptomatique. Ceci découle d'un choix délibéré de l'orientation psychanalytique "à la française" : même pour ceux qui ne se reconnaissent pas dans les écoles issues de l'enseignement de Jacques Lacan, le travail sur le symptôme lui-même constitue encore un tabou inconscient.

### Une approche symptomatique plus adaptée

Cependant, pour des patients dont la cause de souffrance est aussi prégnante, si ce n'est parfois un risque

vital, le temps est un facteur qu'il ne convient pas de prendre à la légère. Une approche symptomatique, centrée sur les manifestations immédiates peut paraître réductrice au regard d'une certaine conception de la psychanalyse. Elle constitue pourtant une approche première particulièrement adaptée pour traiter les TCA.

En effet, la pratique psychanalytique "à la française", fondée sur une tradition de neutralité stricte, de silence, de rigidité du cadre, de rareté de l'interprétation et de pleine coopération du patient, pose à ce dernier un vrai problème du fait de son fonctionnement psychique, de sa fragilité et de ses difficultés à créer des liens. Cette neutralité renforce ses défenses et le pousse à la rupture, face à un cadre insuffisamment rassurant et contenant vis-à-vis des angoisses archaïques.

Le cadre proposé habituellement par la psychanalyse dans nos pays latins (à l'opposé de ce qui se passe dans les pays anglo-saxons, où il est plus souple, même s'il est moins proche de la tradition) semble peu adapté. Les patients souffrant de TCA sont, en effet, rebutés, voire angoissés, par le dispositif tout entier. Ne se sentant pas appuyés, confortés et compris, ils le fuient souvent. C'est ce qui les pousse à arrêter leur suivi, faute d'avoir su neutraliser leurs angoisses les plus archaïques.

De plus, dans les cas où les capacités de rationalisation et d'intellectualisation du malade sont assez solides pour neutraliser ces angoisses et s'adapter au *setting* psychanalytique classique, la psychanalyse "pure et dure" renforce de fait l'idée que le malade se fait que « *tout est dans la tête, et qu'il ne sert à rien de s'occuper de son TCA qui est dans le corps* ». Cette tendance spontanée fréquente du patient TCA à l'intellectualisation l'arrange et fait qu'il ne s'attaque pas à son trouble et aux risques qu'il engendre. Or, la mise à distance des éléments corporels, émotionnels, en bref de l'inconscient, n'est pas souhaitable dans des maladies qui impactent le corps à ce point.

Cette incapacité de l'analyse à prendre en charge rapidement les éléments les plus archaïques explique une bonne partie des abandons de la thérapie par les patients.

### Rassurer sans intellectualiser

Pourtant, la psychanalyse peut permettre l'instauration d'une relation thérapeutique fiable dans sa dimension transférentielle de gestion d'une relation de confiance solide au thérapeute, et contre-transférentielle de gestion des peurs du thérapeute (du fait du danger somatique).

Il faut que le thérapeute rassure suffisamment le patient qui, ainsi, peut aller plonger plus loin dans cet inconscient qui lui fait si peur. Il faut donc aussi que le thérapeute, dans les cas graves, s'assure que le patient est suivi sur le plan somatique, qu'ainsi il soit, lui aussi, rassuré face à un patient en danger plus ou moins vital.

Quand bien même, l'analyse se poursuivrait-elle, la conjonction de la fascination de nombreux patients souffrant de TCA pour l'intellectualisation et la pensée toute-puissante, additionnée à celle de nombreux psychanalystes pour la belle théorie, aux dépens le plus souvent des préoccupations basement thérapeutiques, n'a pour effet que de construire d'impressionnantes intellectualisations, sans aucun rapport ni effet sur le symptôme.

Faut-il pour autant abandonner le traitement psychanalytique de ces patients ? Nous ne le croyons pas : avec un minimum d'adaptations, la méthode d'association libre de la psychanalyse se révèle particulièrement adaptée pour donner du sens aux symptômes alimentaires et, de là, permettre aux patients de trouver, avec l'aide de leur thérapeute, d'autres moyens que le symptôme alimentaire de lutter contre leurs angoisses archaïques.

### Utiliser l'interprétation pour établir la relation et une alliance thérapeutique

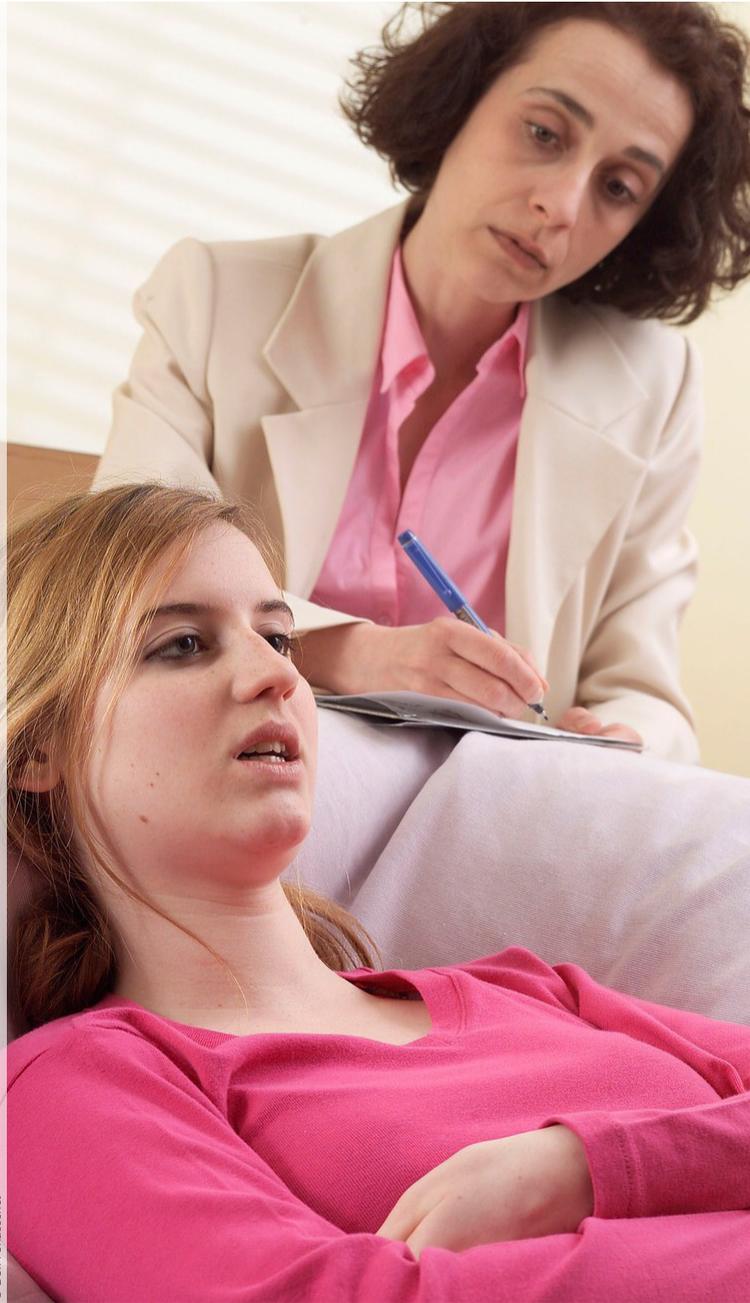
La tâche majeure de l'analyste étant, à notre avis, l'interprétation, celle-ci peut être utilisée dans une double fonction : nourrir psychiquement de manière active le patient pour lui permettre d'oser associer librement et d'accéder enfin aux contenus et aux angoisses que cachent les symptômes. L'interprétation lui donne en plus un cadre rassurant de pensée où tout puisse se dire, y compris les

choses les plus “bêtes” selon l’expression même des patients. Faire remarquer à ce moment que ces choses “bêtes” sont loin de l’être en fait, mais obéissent à une logique propre qui explique souvent l’aberration logique apparente des symptômes alimentaires, est profondément rassurant et thérapeutique. Elles permettent le plus souvent d’accéder aux contenus archaïques et de lutter d’une autre manière contre ceux-ci. Un abord thérapeutique actif, en interaction directe avec le patient qui lui permette de se sentir soutenu activement, épaulé, baigné dans un environnement d’échange verbal, est certes en rupture avec une tradition de neutralité souvent perçue par les patients comme de l’indifférence. Mais elle présente l’avantage majeur de stimuler profondément la relation et d’établir solidement l’alliance thérapeutique.

Autre conséquence de l’échange verbal plus actif : le fait d’expliquer parfois très concrètement au patient les mécanismes de sa maladie a pour effet immédiat de le rassurer quant aux connaissances de l’analyste sur sa pathologie, ce qu’une présence par trop silencieuse ne fait que bien plus difficilement.

### Éviter la position classique allongée

Enfin, suivant pour une fois l’enseignement de Lacan, nous aurions tendance à ne surtout pas insister sur la nécessité de la position classique allongée sur le divan. En effet, dans un contexte de relation transférentielle toujours précaire, du moins au début et parfois fort longtemps, ne pas faire face à son interlocuteur, homme de surcroît, et se trouver dans une position, si ce n’est d’abandon, du moins de faiblesse, favorise par trop des angoisses d’agression qui se traduisent le plus souvent par la fuite sans explications. Éventuellement,



© BSIP/Chassenet

Ne pas faire face à son interlocuteur et se trouver dans une position, si ce n’est d’abandon, du moins de faiblesse, favorise par trop des angoisses d’agression qui se traduisent le plus souvent par la fuite sans explications.

ce n'est qu'après une longue relation de confiance bien établie que doit être envisagé de passer à la position allongée, soit sur demande expresse du patient, soit si le thérapeute a la conviction ferme que l'association bénéficierait grandement de moins d'interaction visuelle avec l'analyste pour laisser la réflexion plus libre, moins influencée. Mais à ce stade, les symptômes alimentaires ont le plus souvent disparu : une autre phase d'analyse démarre, mais seulement si le patient ne se contente pas d'une disparition symptomatique et veut aller plus loin, les deux options étant également honorables.

### Adapter sa pratique à une pathologie nouvelle

En guise de conclusion, il est légitime de s'interroger pour savoir s'il convient toujours de nommer psychanalyse notre abord thérapeutique. Notre inclination tend plutôt vers l'affirmative dans la mesure où les caractéristiques essentielles de la psychanalyse sont conservées : association libre, neutralité "bienveillante" (j'insiste sur l'adjectif freudien trop souvent négligé par nos contemporains), interprétation des contenus inconscients, analyse du transfert (ici de manière précoce de façon à limiter autant que possible tous les fantasmes de menace de la part de l'analyste) et évidemment règle d'abstinence.

Ainsi, les éléments qui nous éloignent d'une psychanalyse plus traditionnelle : silence, parcimonie des interprétations, neutralité sans bienveillance associée, refus d'aborder directement le symptôme alimentaire, minimisation des aspects

somatiques et corporels incarnés dans la réalité, ne nous semblent pas constituer l'essence de la psychanalyse, mais plutôt une orientation idéologique et théorique qui ne favorise pas, voire s'oppose à la prise en charge spécifique des troubles alimentaires par les psychanalystes qui la pratiquent.

Considérant le peu de confrontation directe de Freud avec les pathologies alimentaires puisqu'il ne les évoque dans son œuvre qu'une demi-douzaine de fois, toujours brièvement et le plus souvent comme un symptôme mineur, associé à l'hystérie de conversion qui a totalement disparu de nos contrées, il peut être acceptable d'envisager le fait qu'à une pathologie relativement nouvelle, il ne soit pas aberrant d'adapter une pratique qui ne l'avait que peu ou pas rencontrée. À défaut de ceci, la psychanalyse qui se voulait d'inspiration scientifique n'en viendrait qu'à évoluer discrètement vers une religion de la révélation freudienne où les écrits et les dires du prophète ne sauraient souffrir de remaniements devant la réalité clinique. ▀

#### Jean-Michel Huet

Psychanalyste, Paris (75)  
huetfam@club-internet.fr

#### Pour en savoir plus

Skårderud F. Bruch revisited and revised. *Eur Eat Disord Rev.* 2009 Mar;17(2):83-8.

Textes présentés lors du 12<sup>e</sup> Symposium de l'association Autrement, Dijon, le 20 octobre 2011.

*Déclaration d'intérêts :*  
l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.