

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 053

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Psychiatrie

par

Hélène Reinhardt
née le 16 octobre 1986 à Lille

Présentée et soutenue publiquement le 4 avril 2017

**La place des préoccupations corporelles dans les TCA : enjeux, implications
cliniques et perspectives thérapeutiques**

A partir d'une étude réalisée au CHU de Nantes

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE, Président du Jury

Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC, Directrice de Thèse

Monsieur le Professeur Olivier Bonnot

Monsieur le Docteur Sylvain Lambert

REMERCIEMENTS

Madame le Professeur Grall-Bronnec, merci de m'avoir accompagnée dans ce travail de thèse avec constance et disponibilité. Merci pour votre confiance et votre présence qui furent précieuses tout au long de ce chemin.

Monsieur le Professeur Vanelle, merci d'avoir accepté de présider ce jury, et merci pour votre bienveillance et votre enseignement riche de transmissions cliniques.

Monsieur le Professeur Bonnot, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, et merci pour vos transmissions de connaissances.

Monsieur le Docteur Lambert, Sylvain, je te remercie d'avoir accepté de prendre part à ce jury. Merci pour tes transmissions cliniques, la qualité de ton écoute et de ta réflexion, et merci de m'avoir accordé ta confiance.

Morgane, Bastien, Jean-Benoît, merci pour tout le travail que vous avez fourni pour permettre à l'étude de voir le jour.

Aux médecins et à tous les soignants auprès desquels je me suis formée pendant ces quatre années, merci pour les échanges, cliniques ou non, mais toujours enrichissants, et merci de m'avoir donné envie de poursuivre dans cette voie. Merci aussi à tous les patients que j'ai rencontrés et qui m'ont tellement appris...

A mes parents, merci d'être toujours là, et d'évoluer au gré des changements de la vie. Merci pour votre amour, votre confiance et votre soutien.

A mes frères et sœur, Guillaume, Camille, Benoît, merci pour tous les moments partagés, et tous ceux à venir. Merci pour votre présence et la complicité de nos liens. Et j'y joins bien sûr Aurélie, Olivier et Lucile !

A tous les membres de ma famille, merci d'être là, de croire en moi, et merci pour tous nos moments de partage.

A Jean-Yves, merci pour ton amour inconditionnel, ton soutien, ta patience, et ton ouverture.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie parmi vous, et merci pour votre soutien et votre présence.

A mes amis du Nord, de l'Ouest, et d'ailleurs, et à tous ceux dont j'ai eu la chance de croiser le chemin, à toutes les rencontres vécues et à venir qui contribuent à me faire évoluer et grandir.

Table des matières

Introduction.....	10
Partie 1- LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	12
A- Description et origine	12
1. L’anorexie mentale.....	12
2. La boulimie nerveuse	13
B- Etiopathogénie	14
1. Approche psychanalytique	14
2. Approche phénoménologique.....	15
3. Approche cognitiviste.....	16
4. Trouble addictif	16
C- Evolution et pronostic	16
1. Evolution.....	16
2. Pronostic.....	17
D- Comorbidités	17
1. Troubles de l’humeur	17
2. Troubles anxieux	18
3. Comorbidités addictives.....	18
4. TDAH.....	19
E- Caractéristiques associées aux TCA.....	19
1. Personnalité.....	19
2. Assises narcissiques, problématique identitaire et estime de soi.....	20
3. Problématique dépendance/autonomie et trouble de l’attachement.....	21
4. Fonctionnement familial et antécédents familiaux	22

5.	Alexithymie et dysrégulation émotionnelle	23
6.	Aspect cognitif et social.....	24
Partie 2- LE CORPS DANS LES TCA		25
A-	La question du corps	25
1.	Le corps et les frontières du moi.....	25
a.	Les frontières corporelles du Moi	25
b.	Mise en place des frontières	25
c.	Défense contre la porosité des frontières du Moi	26
2.	Représentations du corps.....	26
a.	Schéma corporel.....	26
b.	Image du corps	27
c.	Liens entre schéma corporel et image du corps	28
d.	Image de Soi	29
e.	Troubles de la représentation du corps dans les TCA.....	29
3.	Statut du corps	30
a.	Corps objet.....	30
b.	Corps sujet.....	31
c.	Corps sensible.....	31
4.	Enjeux du corps à l'adolescence.....	31
a.	Image du corps, identité et narcissisme.....	32
b.	Réappropriation d'un corps nouveau.....	33
B-	La place du corps dans les TCA.....	33
1.	Diagnostic	33
2.	Nature des préoccupations corporelles chez les sujets souffrant de TCA.....	34
a.	Perception, affects et cognitions.....	34

b.	Insatisfaction corporelle.....	35
c.	Volume et silhouette.....	35
d.	Poids.....	36
e.	Dysmorphophobie.....	36
f.	Comportements de vérification et d'évitement.....	37
g.	Accentuation des troubles.....	37
3.	Rapport au corps des sujets souffrant de TCA.....	38
a.	Clivage corps/psychisme et incapacité d'écoute du corps.....	38
b.	Statut du corps et identité narrative.....	39
c.	Corps, lien et société.....	40
d.	Attaques du corps et sexualité.....	41
e.	Corps et limites.....	42
f.	Hyperactivité physique et recherche d'éprouvés corporels.....	42
g.	Hypertonie et mobilisation.....	43
h.	Rapport à l'alimentation.....	43
i.	Mécanismes de défense contre le corps.....	44
4.	Perturbations neurocognitives chez les sujets souffrant de TCA.....	45
a.	Distorsions cognitives et perception corporelle.....	45
b.	Troubles de l'intégration sensorielle.....	46
c.	Actualisation du schéma corporel.....	46
d.	Conséquences sur la mobilisation corporelle.....	47
C-	Prise en charge du corps dans les TCA.....	48
1.	Les soins dans les TCA.....	48
a.	Enjeux des soins.....	48
b.	Evolution des soins.....	49

c.	Approche psychanalytique classique	50
d.	Approches cognitives et comportementales	50
2.	Soins spécifiques du corps.....	52
a.	Objectifs des soins du corps	52
b.	Place du corps et du toucher en thérapie	52
c.	La prise en charge somatique et nutritionnelle	53
d.	L'approche psychocorporelle	55
e.	Discussion autour des médiations corporelles.....	64
Partie 3 – VIGNETTES CLINIQUES		68
A-	Vignette clinique 1 : Alyzée, 34 ans.....	68
B-	Vignette clinique 2 : Solène, 24 ans.	76
C-	Vignette clinique 3 : Elsa, 16 ans.....	83
Partie 4 - LES PREOCCUPATIONS CORPORELLES CHEZ LES PATIENTES DEBUTANT DES SOINS POUR UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE : UN FACTEUR LIE A L'EVOLUTION CLINIQUE ?		89
A-	Contexte	89
B-	Objectifs	90
C-	Matériel et méthodes.....	90
1.	Procédure	90
2.	Sujets participant à l'étude	91
3.	Outils d'évaluation	91
a.	Caractéristiques socio-démographiques.....	92
b.	Caractéristiques liées au TCA	92
c.	Caractéristiques cliniques.....	93
4.	Analyses statistiques	93
D-	Résultats	96

1.	Description de l'échantillon.....	96
a.	Données socio-démographiques.....	97
b.	Caractéristiques des TCA.....	97
c.	Caractéristiques cliniques.....	98
d.	Comparaison des groupes selon l'intensité des préoccupations corporelles (cf tableau 2 en annexe).....	98
e.	Comparaison des groupes selon le type de TCA (cf tableau 3 en annexe)	99
2.	Evolution du critère de jugement principal.....	100
E-	Discussion.....	101
	Partie 5 - ORIENTATION ET PERSPECTIVES.....	108
A-	Perspectives thérapeutiques.....	108
1.	La remédiation cognitive.....	108
a.	Objectifs.....	108
b.	Remédiation cognitive dans les TCA	108
c.	En pratique	109
d.	Résultats	109
2.	La remédiation sensorimotrice	110
a.	Atteinte sensori-motrice prédominante	110
b.	Atteinte cognitive prédominante	111
3.	La réalité virtuelle.....	112
a.	La permutation de corps	112
b.	L'illusion corporelle	112
c.	L'avatar numérique et le morphing.....	113
d.	Intérêt, limites et évaluation.....	114
4.	Les approches psychothérapeutiques contemporaines.....	115

a.	Approche centrée sur la pleine conscience : mindfulness	115
b.	Acceptation and commitment therapy (ACT)	116
c.	Evaluation et comparaison.....	117
5.	Nouvelles formes d'approches psychocorporelles	117
a.	Le toucher manuel en somato-psychopédagogie	117
b.	Approche psychosensorielle.....	119
B-	Perspectives de prévention.....	120
1.	Image du corps	120
2.	Entourage	121
C-	Perspectives de recherche	121
	Conclusion	123
	ANNEXES.....	125
	BIBLIOGRAPHIE.....	128

Introduction

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) représentent une entité psychopathologique singulière dans laquelle les difficultés psychiques revêtent une modalité d'expression corporelle. Ces troubles inquiètent et déstabilisent, en rendant impuissants ceux à qui ils offrent leur spectacle ; il s'agit d'un mal « incompréhensible », qui exprime par le corps ce qui ne peut se dire en mots.

La problématique corporelle est au cœur de ces troubles complexes, et se manifeste chez les sujets souffrant de TCA notamment par des préoccupations centrées sur le corps, avec des perceptions et des croyances erronées engendrant des comportements inadaptés. Ces préoccupations consistent en une centration des pensées autour de l'image du corps, la silhouette ou le poids, et sont le plus souvent focalisées sur certaines parties spécifiques. Elles peuvent être très variables d'un individu à l'autre, que ce soit par leur nature ou leur intensité. Malgré l'importance des travaux portant sur le lien entre préoccupations corporelles et TCA, peu ont étudié leur influence sur l'évolution clinique des sujets.

Dans ce travail, nous avons choisi de nous interroger sur la question du corps et plus spécifiquement des préoccupations corporelles chez les sujets souffrant de TCA. Nous avons fait le choix de nous limiter aux sujets de sexe féminin, car les TCA chez les garçons et les hommes répondent d'une clinique et d'une problématique sous-jacentes pouvant différer à plusieurs niveaux, entre autres dans le rapport au corps.

Dans une première partie, nous aborderons les TCA d'un point de vue historique, descriptif, et étiologique. Ensuite, dans la deuxième partie, nous nous pencherons sur la question du corps dans les TCA, afin d'essayer de mieux cerner les enjeux à l'œuvre dans ces troubles et leurs implications cliniques. Pour cela, nous nous appuierons principalement sur les données de la littérature.

La troisième partie sera constituée de trois vignettes cliniques de patientes suivies au sein de l'unité Lou Andréas-Salomé du service d'addictologie du CHU de Nantes. Ces vignettes viendront éclairer les problématiques posées précédemment, et nous

évoquerons les questionnements et hypothèses que ces patientes ont pu soulever, ainsi que les modalités de leur prise en charge et leur évolution.

La quatrième partie de ce travail sera consacrée à l'étude réalisée à partir des données cliniques recueillies à l'Institut Fédératif des Addictions Comportementales (IFAC). Cette étude aura pour objectif d'évaluer le lien entre l'intensité des préoccupations corporelles et l'évolution clinique des patientes, en nous basant sur différents critères d'évaluation.

Enfin, nous évoquerons dans la dernière partie les pistes thérapeutiques en développement pour la prise en charge spécifique des préoccupations corporelles des sujets souffrant de TCA, ainsi que les perspectives de prévention et de recherche. Nous nous appuierons dans cette partie sur les résultats des travaux scientifiques les plus récents.

Partie 1- LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Nous allons dans ce chapitre décrire les différents TCA, en abordant leur approche sémiologique, les hypothèses étiopathogéniques s'y rattachant, ainsi que leur évolution. Dans un souci de cohérence avec l'étude ci-après, notre propos portera uniquement sur l'anorexie et la boulimie, et se limitera aux patientes de sexe féminin.

A- Description et origine

1. L'anorexie mentale

On retrouve des comportements correspondant à ce trouble dans des textes depuis l'Antiquité, mais il faudra attendre le XVIIème siècle pour voir l'apparition des premières descriptions cliniques. En 1694, la description médicale princeps est faite par Morton sous le terme de « consommation nerveuse » dans son traité « Phtisiologica ». Deux siècles plus tard, les travaux de Lasègue sur l'inanition hystérique en 1873 feront émerger l'anorexie mentale en tant qu'entité clinique spécifique (Guillemot et Laxenaire, 2001).

Cette pathologie est aujourd'hui relativement fréquente chez l'adulte, touchant de 1 à 1.5 % des femmes, avec des formes subsyndromiques plus fréquentes encore (HAS, 2010).

Le diagnostic d'anorexie mentale est clinique, et associe des symptômes physiques et psychiques. Le premier symptôme est une restriction alimentaire qualitative et/ou quantitative, résultant d'une lutte psychique active contre la faim ; s'ensuit un amaigrissement souvent rapide et majeur, ainsi qu'une aménorrhée, primaire ou secondaire. Des comportements de lutte contre la prise de poids y sont très fréquemment associés, principalement une hyperactivité physique, parfois la prise de médicaments laxatifs, ou des conduites de potomanie.

Sur la plan psychique, la vie interne de ces patientes est progressivement envahie par des pensées obsédantes centrées sur les questions alimentaires et les préoccupations corporelles, avec souvent des notions de calcul de calories, de poids, au point d'occuper peu à peu la quasi-totalité de l'espace psychique et de les couper de toute vie relationnelle.

Les troubles de la perception de l'image du corps prennent une place importante et font partie intégrante du diagnostic de TCA. Elles sont marquées par une dysmorphophobie accompagnée d'une peur intense et irrationnelle de grossir.

Deux formes cliniques sont distinguées : la forme restrictive pure et la forme purgative. La première consiste en une restriction alimentaire pure, et dans la deuxième, des comportements de purge y sont associés. Ils sont principalement marqués par des vomissements, soit post-prandiaux, soit sous la forme de crises de boulimie définies par une ingestion rapide de grandes quantités de nourriture, suivies de vomissements.

Ces formes avec vomissements sont parfois inaugurales, mais le plus souvent sont le fruit de l'évolution d'une anorexie restrictive pure.

2. La boulimie nerveuse

On a pu retrouver des traces du mot « boulimie » depuis l'Antiquité, mais ce n'est qu'à la fin du XIXème siècle que des descriptions cliniques l'ont distinguée de l'hyperphagie. Dans la boulimie nerveuse, la plupart des sujets a un poids dans les limites de la normale.

Ces sujets présentent régulièrement des crises de boulimie suivies le plus souvent de vomissements. Ces crises ont un caractère impérieux, se déclenchent indépendamment des repas, et ont une fonction psychique particulière de « décharge d'angoisse » ; elles peuvent même parfois être comparées à des « shoots », les patientes décrivant fréquemment la nourriture comme leur drogue. Elles peuvent être consécutives à un état de tension importante, à une contrariété, ou, ce qui arrive souvent lors de l'évolution des troubles, être faites de manière ritualisée. Elles sont quasiment toujours suivies par des sentiments de honte, de dégoût d'elles-mêmes et de remords, et souvent d'un état de torpeur, de flottement interne, voire même de dépersonnalisation.

La fréquence des crises est variable selon les patientes, mais doit, pour rentrer dans les critères diagnostiques du DSM-5, être d'au minimum une fois par semaine pendant les trois derniers mois. Leur valeur de décharge tensionnelle perd au fil du temps son effet, évoquant alors la tolérance rencontrée dans d'autres problématiques addictives, au profit d'un comportement relevant d'une certaine habitude.

Sur le plan psychique, il est ainsi important de noter que l'on rencontre chez ces patientes une dimension d'impulsivité très présente au début de la maladie, puis cette dimension tend à diminuer au profit d'une compulsivité, accompagnée d'une tentative de lutte psychique avant abandon à la crise, lutte qui finit parfois par s'estomper aussi. Dans ce cas, les crises de boulimie peuvent devenir un rituel, faisant partie intégrante du fonctionnement psychique des individus.

B- Etiopathogénie

Les hypothèses étiopathogéniques ont considérablement évolué : elles sont passées d'un modèle proche de l'hystérie à une pathologie sévère du moi, et tendent actuellement vers une approche intégrative, considérant des facteurs de vulnérabilité, de déclenchement et d'entretien des troubles.

On considère aujourd'hui qu'à l'origine des TCA s'entremêlent des facteurs individuels de vulnérabilité, des facteurs psychologiques, biologiques, ainsi que des facteurs familiaux et culturels. On pourrait ainsi dire qu'il s'agit d'une pathologie essentiellement psychologique, entraînant de graves conséquences somatiques qui, agissant elles-mêmes sur l'état psychique, contribuent à entretenir voire à renforcer les troubles.

1. Approche psychanalytique

D'un point de vue psychodynamique, les troubles alimentaires prendraient leurs racines dans une défaillance d'acquisition d'assises narcissiques suffisantes permettant à l'enfant de se constituer un objet interne assez stable pour que le processus de séparation-individuation puisse se faire dans de bonnes conditions (Corcos, Atger et Jeammet, 2003).

Lorsque ces assises narcissiques sont trop fragiles, cet objet interne ne peut se constituer correctement et l'enfant reste dépendant de l'objet externe, et donc de son entourage, pour réguler sa vie psychique et assurer sa propre sécurité (Corcos, 1994). Cette problématique de dépendance relationnelle va se réactiver au moment de l'adolescence, deuxième étape du processus de séparation-individuation. Durant cette période de transition, le désir d'autonomie vient se confronter au besoin de dépendance, créant un conflit interne trouvant sa résolution dans les TCA. Ces troubles psychiques à expression corporelle viennent par-là signer une singularité de l'adolescent, mais singularité nécessitant une attention rapprochée des proches alertés par la maladie (Jeammet, 1993).

De nombreuses recherches se sont penchées sur l'hypothèse de l'existence d'un évènement de vie traumatique comme facteur pouvant être à l'origine des troubles, sans pouvoir la mettre en évidence. Selon Corcos, cela amène à réfléchir sur la dimension traumatique de l'infra-ordinaire, plutôt que dans l'extraordinaire d'un évènement de vie spectaculaire ; on pourrait ainsi parler d'un traumatisme « en creux ». En effet, certains pans de la vie psychique sont clivés lorsqu'ils ne sont pas refoulables, ce qui advient quand ils n'ont pas pu être représentés et intégrés dans la subjectivité : ils n'ont pas été ressentis, et ne sont donc pas perçus. On pourrait dire qu'il s'agit alors d'un « non-advenu de soi », plutôt que de la perte et du deuil d'un objet, ce qui entraîne un trouble identitaire et affecte la capacité à se sentir soi-même (Corcos, 2005).

2. Approche phénoménologique

D'un point de vue phénoménologique, les TCA pourraient trouver une explication dans des réponses inadéquates de la mère aux besoins précoces de l'enfant, entraînant une confusion des besoins physiques et affectifs. L'enfant ne serait alors pas en mesure de percevoir ses propres besoins et émotions, ni d'y répondre de façon adaptée. Selon Bruch, le trouble fondamental et pathognomonique serait ainsi un trouble de l'image du corps, secondaire à des troubles de la perception intéroceptive. Pour certains auteurs, l'ampleur des éléments de déréalité placeraient l'anorexie primaire dans la lignée des schizophrénies dont elle constituerait une forme particulière (Bruch, 1962 et Corcos, 2005).

3. Approche cognitiviste

D'un point de vue cognitiviste et comportemental, la plupart des auteurs s'accordent aujourd'hui pour une théorie multidimensionnelle de ces troubles complexes, au sein de laquelle s'articulent des facteurs nutritionnels, émotionnels, cognitifs et comportementaux, générant de nouveaux schémas tendant à s'autorenforcer (Gaillard, 1998).

4. Trouble addictif

Enfin, il est désormais de plus en plus admis d'intégrer les TCA au spectre des problématiques addictives. En effet, ces troubles partagent des données cliniques et psychopathologiques similaires. Ils sont sous-tendus par une problématique narcissique commune, une relation de dépendance à l'objet externe dans une lutte anti-dépressive contre une dépressivité interne menaçante. Ils partagent également des éléments de renforcement positif par le sentiment de toute-puissance que ces conduites procurent temporairement aux sujets ayant une problématique addictive.

Le phénomène de centration des pensées autour de l'objet d'élection, l'appauvrissement du reste de la vie psychique, le recours à l'acte dans une tentative de mise à distance d'éprouvés émotionnels douloureux, ainsi que le sentiment de manque, la compulsion, la tension interne croissante se résolvant dans le recours à l'objet, sont des mécanismes se retrouvant à des degrés divers quel que soit l'objet de l'addiction.

C- Evolution et pronostic

1. Evolution

Les TCA sont des pathologies d'évolution longue, avec un taux de guérison très variable selon les éléments pris en considération. En effet, si l'on se limite à la rémission des critères cliniques, ce taux peut atteindre 60 à 80%. Mais si l'on y intègre des paramètres de fonctionnement de personnalité, ainsi que d'insertion socioaffective, il n'est plus que de 30 à 50% (Jeammet et al., 1991).

Les études de suivi thérapeutique montrent une rechute fréquente lors de la première année après une hospitalisation, et un nombre non négligeable de patientes, environ 20%, évolue vers des formes chronicisées. Ces dernières sont moins symptomatiques, mais restent un véritable handicap entravant le psychisme et restreignant le champ de la vie relationnelle de ces sujets (Leonard et al., 2005).

2. Pronostic

Le taux de mortalité global est estimé à quasiment 10 %, les causes de décès étant pour moitié des suicides, et pour l'autre moitié les conséquences de la dénutrition ; les suicides ne concernant quasiment que les anorexiques présentant des conduites boulimiques (HAS, 2010).

Une longue durée des TCA avant traitement, ainsi que la persistance d'une attitude anorexique, seraient de mauvais pronostic. En effet, on note une mortalité élevée dans les formes prolongées, qui sont aussi plus souvent associées à d'autres troubles psychiatriques (Leonard et al., 2005).

Cash and Deagle ont souligné, dans la méta-analyse qu'ils ont réalisée sur les perturbations corporelles dans les TCA, que ces préoccupations sont à prendre en compte dans l'évolution des troubles comme facteur de risque, facteur prédictif ou comme marqueur de sévérité (Cash and Deagle, 1997).

D- Comorbidités

1. Troubles de l'humeur

Une étude de 2015 a montré que les patientes souffrant de TCA présentaient plus fréquemment des troubles de l'humeur, principalement des troubles de la lignée dépressive, ainsi que dysthymiques, comparativement à la population contrôle. La prévalence des troubles de l'humeur associés aux troubles alimentaires y était de 80%, et leur survenue pouvait précéder ou suivre l'apparition des troubles alimentaires (Godart et al., 2015).

La notion de dépressivité semble également importante à prendre en compte dans l'explication des modalités de gestion thymique des affects. En effet, les TCA abrasant les possibilités de recours à une élaboration psychique, le travail de deuil

ne se fait pas et la décompensation dépressive peut ainsi être évitée, au moins au début des troubles.

2. Troubles anxieux

Le Réseau Dépendance 2000 a retrouvé une prévalence des troubles anxieux chez les sujets souffrant de TCA de 37 à 75% sur la vie entière, contre 20% pour les témoins, ainsi qu'une prévalence de troubles de la séparation concernant 14 à 30% des sujets atteints contre 5% des témoins. Cette même étude a montré une prévalence importante des personnalités dépendantes chez les sujets atteints de TCA, en soulignant qu'il existe une association significative entre personnalité dépendante et anxiété de séparation (Jeammet et al., 2000).

Plusieurs études montrent que les troubles anxieux précèdent, dans la majorité des cas, l'apparition d'un TCA (Godart et al. 2005). Les troubles les plus fréquemment retrouvés sont une anxiété sociale, un trouble anxieux généralisé et des troubles obsessionnels compulsifs (Kaye et al., 2004). De plus, un haut niveau d'anxiété sociale représenterait un facteur pronostique négatif car il serait un frein à l'engagement dans les soins (Olfson et al., 2000).

3. Comorbidités addictives

Selon l'American Association of Psychiatry, l'abus de substances psychoactives est estimé entre 30 et 37% des cas chez les patientes boulimiques, et entre 12 et 18% des cas chez les patientes anorexiques (APA, 2000). La revue de littérature réalisée en 1994 par Holderness et son équipe retrouve la même tendance, en ayant distingué d'un côté les anorexiques restrictives, présentant peu de co-addiction à des substances psychoactives, et de l'autre les anorexiques avec conduites de purge, qui présentent plus de co-addictions. L'hypothèse est que ces consommations de substances psychoactives puissent être mises en lien avec certains traits de personnalité, différant selon le type de TCA.

L'enquête Inserm-Réseau dépendance ainsi que l'étude de Nezelof et al. ont pointé une spécificité concernant les modalités de consommation de psychotropes selon le type de TCA. Ainsi, les patientes anorexiques restrictives auraient une plus grande prescription médicale de psychotropes, tandis que la consommation régulière

de psychotropes par les anorexiques purgatives serait plus souvent liée à une auto-prescription (Jeammet et al., 2000, Nezelof et al., 2000).

4. TDAH

Un article récent a proposé une réflexion sur les liens entre TDAH et TCA, en s'appuyant sur une étude pilote portant sur la représentation de soi chez l'enfant TDAH. Il a été observé que deux tiers de ces enfants présentaient des troubles de la conscience de leur corpulence, ainsi que des troubles de la représentation de l'image du corps.

Une étude psychopathologique de ces deux troubles relève des éléments cliniques communs : dépressivité, fuite des affects et de la vie psychique, attachement insécuré, défaut de symbolisation et perturbation de l'image du corps. Cependant, cette étude n'a pas permis de mettre en évidence la nature des liens pouvant exister entre TDAH et TCA, et cela nécessiterait des recherches plus approfondies (Welniarz, 2016).

E- Caractéristiques associées aux TCA

1. Personnalité

La personnalité des anorexiques est marquée par un grand perfectionnisme, une rigidité psychique et un besoin de contrôle et de maîtrise entravant les capacités d'adaptation et de souplesse mentale. Ce perfectionnisme se retrouve tant dans les activités cognitives, avec un hyperinvestissement scolaire, que dans l'activité physique également poussée à son extrême. Selon Jeammet, on retrouve dans cette soumission à un régime de restriction et d'épreuves une dimension masochiste caractéristique de l'anorexie. La privation engendre chez elles un sentiment de puissance grisant, et c'est de la non-satisfaction de leurs envies et de leurs besoins qu'elles tirent une satisfaction, voire une jouissance (Jeammet, 2004).

Ces éléments de personnalité prennent aujourd'hui une place centrale dans la description et les tentatives de compréhension de la maladie. Ils semblent en effet tenter de venir combler le sentiment d'insuffisance et la mauvaise estime de soi que nous décrirons plus bas.

Plusieurs études se sont intéressées aux dimensions de personnalité associées aux TCA. L'anorexie restrictive serait ainsi significativement associée à des traits de personnalité obsessionnelle-compulsive et évitante. Leur profil de tempérament serait associé à un haut score d'évitement du danger et un score bas de recherche de nouveauté (Kipman et al, 2001).

Le profil de personnalité et de tempérament des anorexiques boulimiques serait moins spécifique, recoupant celui des anorexiques restrictives et celui des boulimiques, avec une dimension de compulsion absente chez les anorexiques restrictives (Rousset et al., 2004).

Selon une étude réalisée par Herzog et al., le type de trouble de la personnalité chez les anorexiques restrictives appartient le plus souvent au cluster C (personnalité évitante, dépendante, obsessionnel-compulsive et passives-agressives), tandis que celui des sujets boulimiques appartient plus fréquemment au cluster B (personnalité borderline, histrioniques, narcissiques et antisociales) (Herzog et al., 1991).

2. Assises narcissiques, problématique identitaire et estime de soi

La problématique identitaire est au cœur de ces pathologies dans lesquelles les sujets présentent une vulnérabilité fondamentale et une grande insécurité intérieure, témoins d'assises narcissiques très fragiles. On retrouve un vécu intime d'insuffisance, d'inefficience, d'inadéquation à ce qui les entoure et d'absence de valeur personnelle. Malgré leur perfectionnisme et leur quête anxieuse d'excellence, leur manque d'estime de soi est tel qu'elles ne peuvent jamais se satisfaire de leur performance ou en être rassurées de manière pérenne.

Ce sentiment d'insuffisance intérieure et d'insécurité les rend dépendantes de leur environnement pour se sentir exister et, dans l'incapacité de s'autoréguler par leurs propres ressentis, c'est l'extérieur qui régule leurs états internes. Elles ne parviennent pas à trouver une stabilité et une réassurance par elles-mêmes, et sont constamment en recherche de l'autre pour tenter de se (re)trouver.

La singularité de leur comportement alimentaire leur permet alors de retrouver un sentiment d'autonomie vis-à-vis de leurs proches, ainsi que de maîtrise d'elles-mêmes et de leur environnement. Ce faisant, l'anorexie prend une véritable place

d'identité de substitution : maigrir devient une ascèse qui donne sens à leur vie et les rassure sur leur valeur. Elles se raccrochent à cette nouvelle identité pour ne pas se perdre : ainsi, plus la pathologie est installée, plus il leur sera difficile de s'en détacher, avec une question angoissante qui pourrait se poser en ces termes : « Si je ne suis pas anorexique, qui suis-je ? » (Jeammet, 2004).

Une étude de 2014 a étudié le rôle de l'estime de soi et de la dépression sur l'insatisfaction corporelle. Le but de cette étude était d'analyser l'effet de l'insatisfaction corporelle sur le comportement alimentaire, et la médiation de cette insatisfaction par l'estime de soi et la dépression. Une deuxième hypothèse a été étudiée : l'association entre l'importance de l'image corporelle et une plus faible estime de soi, des symptômes dépressifs plus importants, ainsi qu'une alimentation plus désordonnée. Les résultats ont montré que l'estime de soi et les symptômes dépressifs jouent un rôle significatif dans l'importance des troubles du comportement alimentaire (Brecham et Kvaalem, 2014).

3. Problématique dépendance/autonomie et trouble de l'attachement

La problématique de l'identité, ainsi que le conflit dépendance/autonomie, sont au cœur des troubles des conduites alimentaires. Selon Corcos, la dépendance serait utilisée par les sujets souffrant de TCA comme contre-investissement d'une réalité psychique interne défaillante ou menaçante, insuffisamment sécurisante, et sur laquelle ils ne peuvent pas s'appuyer (Corcos, 2005).

La théorie d'attachement de Bowlby souligne l'importance des premières interactions de l'enfant avec son environnement pour développer des « modèles internes », qui seront plus ou moins sécurisés, et influenceront ses relations futures.

Selon plusieurs études, la majorité des patientes souffrant de TCA ont un style d'attachement insécurisé, et principalement évitant chez les anorexiques. Pour certains auteurs, l'anorexie mentale peut être considérée comme une stratégie d'adaptation à l'étape de « séparation-individuation » de l'adolescence, chez des jeunes présentant une vulnérabilité aux événements de transition ou de séparation. Leur modalité particulière d'attachement se révélerait ou se modifierait en effet durant la période pubertaire, rendant cette étape de transition plus difficile (Delannes et al., 2006).

L'anorexie pourrait alors être lue comme une tentative de prise d'autonomie par opposition. Elle permettrait d'avoir le sentiment d'échapper au pouvoir des personnes dont elles ont besoin, tout en attirant leur attention sur leur difficulté à être. Cependant, l'auto-renforcement des troubles les mène à un véritable cercle vicieux dont il est de plus en plus difficile de sortir, d'autant que l'anorexie devient une véritable identité de substitution (Jeammet, 2004).

L'étude de Raynault et al. en 2016 a retrouvé une prévalence de 82,8% d'attachement insécure chez ces patientes, associée à une psychopathologie plus sévère : estime de soi plus basse, préoccupations corporelles plus importantes et score à l'échelle de Morgan et Russell inférieur (Raynault et al., 2016).

Jeammet résume ce conflit entre indépendance et autonomie en ces termes : « leur capacité à se soumettre et à devenir dépendantes n'a d'égal que leur entêtement à refuser tout ce qu'on leur propose et à s'opposer, notamment à ceux dont elles sont le plus proches affectivement » (Jeammet, 2004).

4. Fonctionnement familial et antécédents familiaux

La dynamique familiale est fortement impliquée dans les TCA, et on peut retrouver certaines caractéristiques familiales communes, sans pour autant définir un « archétype familial ». Ainsi, on retrouve chez les boulimiques des familles plus désorganisées, tandis que les familles d'anorexiques présentent davantage de problèmes d'anxiété et de maîtrise, et les références à l'idéal y jouent un rôle beaucoup plus contraignant. Ces caractéristiques familiales peuvent être mises en lien avec les traits de personnalité retrouvés chez ces sujets, et différant selon le type de TCA.

Selon Corcos, la recherche d'éprouvés sensoriellement stimulants, que l'on pourrait définir comme un « surinvestissement perceptif externe », vient répondre à des angoisses archaïques générées dans un contexte de carence précoce ; carence engendrée par défaut de transmission transgénérationnelle. Il parle même ainsi d'une transmission « corps à corps » d'une psychopathologie parentale (Corcos, 2000).

Concernant les antécédents familiaux, il semblerait que l'on retrouve une fréquence d'antécédents psychiatriques et/ou addictifs plus importante chez les

apparentés de sujets atteints de TCA : 25% contre 8% chez les témoins (Bailly, 1993).

5. Alexithymie et dysrégulation émotionnelle

Une régulation émotionnelle adaptée est un équilibre entre le côté excitatoire des émotions et le côté contrôlé ; trop ou pas assez de contrôle étant tous deux nuisibles à l'équilibre psychique. Pour développer une bonne capacité à identifier et moduler ses émotions, il est nécessaire que l'enfant bénéficie d'un environnement et d'interactions précoces sécurisants lui permettant de valider ses premières expériences émotionnelles.

Les sujets souffrant de TCA n'ont pas acquis ces compétences de régulation émotionnelle, et l'apparition d'émotions génère alors des angoisses majeures. Selon Jeammet, ces émotions leur apparaissent étrangères, et sont vécues comme intrusives, voire menaçantes pour leur intégrité. Linehan parle même de phobie émotionnelle pour nommer cette angoisse, le refus de ressentir les émotions et l'incapacité à les gérer (Jeammet, 2008).

L'angoisse née des ressentis émotionnels entraîne des stratégies de mise à distance afin de garder un contrôle sur ces émotions. Parmi ces stratégies, il y a notamment le contrôle émotionnel, se rapprochant du concept d'alexithymie régulièrement utilisé pour qualifier le non-vécu émotionnel des patientes anorexiques. Ce contrôle leur permettrait aussi de s'autogérer sans avoir besoin de quiconque pour réguler leur état émotionnel.

Les solutions alexithymiques permettraient ainsi une neutralisation du retour des pans clivés de la vie psychique, en gelant les émotions associées et en évitant les résonances. Parfois, des solutions perverses, c'est-à-dire lorsque l'expérience traumatique devient source de plaisir, peuvent également advenir afin de garder maîtrise et équilibre.

L'alexithymie est aussi définie par l'incapacité à identifier, nommer et ressentir ses propres émotions. Lors d'un conflit, par exemple, les patientes sont généralement incapables de dire si elles ressentent de la tristesse, de la colère ou de la peur. Elles perçoivent un désordre affectif diffus qu'elles cherchent à surmonter par diverses stratégies de contrôle ou de décharge tensionnelle.

6. Aspect cognitif et social

Hilde Bruch remarque dès 1962 un style cognitif particulier aux anorexiques, qui adopteraient un style de pensée plutôt concret, et auraient des difficultés d'abstraction. De plus, contrairement à certaines idées reçues, elles ne présenteraient pas de performances intellectuelles supérieures à la normale, que ce soit pendant la maladie ou après rémission. Ces jeunes filles se présentent habituellement comme des élèves studieuses, mais leur niveau intellectuel réel est discuté dans la littérature, en tenant compte de la dénutrition, de l'état dépressif éventuel et des aspects psychopathologiques de l'investissement cognitif (Poinso et al., 2006).

L'hyperinvestissement intellectuel revêt en effet une valeur de refuge et de pare-angoisses, il s'agit d'un système défensif le plus souvent conformiste et sans créativité, ne nécessitant pas l'accès à une vie psychique interne de l'ordre de l'imaginaire (Bruch, 1994).

Sur un plan neurocognitif, on retrouve un défaut de flexibilité mentale, avec une inhibition cognitive et des difficultés dans les prises de décision. On note également un défaut de cohérence centrale, c'est-à-dire un trouble de l'intégration des informations en une signification globale, et une attention excessive portée aux détails (Lang et al., 2014).

Les données récentes de neuro-imagerie posent la question d'une analogie avec des troubles neuro-développementaux, en mettant en évidence des anomalies morphologiques et fonctionnelles spécifiques, impliquant notamment les circuits fronto-striatothalamiques. Certains auteurs émettent même l'hypothèse qu'il puisse s'agir d'un endophénotype spécifique, pouvant alors faire l'objet d'interventions thérapeutiques cognitives ciblées (Martinez et al., 2013).

Partie 2- LE CORPS DANS LES TCA

A- La question du corps

1. Le corps et les frontières du moi

a. Les frontières corporelles du Moi

Les frontières corporelles du Moi sont un concept regroupant la représentation psychique de l'enveloppe corporelle, les limites entre le monde interne et le monde externe, et les interfaces entre soi et les autres. Elles dessinent ainsi l'intériorité de chaque individu (Carraz, 2009).

Ces frontières ont plusieurs fonctions : une fonction contenant, permettant de maintenir ce qui est à l'intérieur de nous, et contenant aussi, au-delà du contenu biologique, notre Moi psychique. Elles marquent les limites entre ce qui nous appartient et ce qui appartient à l'autre, permettant de passer de l'indifférenciation à l'individuation, et de définir ainsi notre identité. Elles ont également une fonction protectrice contre les agressions extérieures, et représentent enfin une zone de filtre et d'échanges.

Pour être efficaces, ces limites doivent être à la fois souples et fermes, elles doivent pouvoir remplir la fonction de limites du Soi mais aussi relier à l'Autre.

b. Mise en place des frontières

Durant les premiers mois de vie, il n'existe pour l'enfant de limite ni corporelle ni psychique, il est dans une fusion avec sa mère, et les mondes internes et externes sont indifférenciés.

La mise en place de frontières corporelles nécessite une relation sécurisée avec les premiers objets d'attachement, afin que l'enfant soit suffisamment en sécurité pour pouvoir se défusionner et acquérir ses propres limites. Cela nécessite un maternage suffisamment bon, mais aussi un respect de l'individualité et la pose de limites par les parents (Carraz, 2009).

c. Défense contre la porosité des frontières du Moi

Les personnes souffrant de TCA n'ont pas été en capacité de mettre en place des frontières corporelles bien définies. Les limites de leur corps leur apparaissent alors floues et poreuses, allant parfois jusqu'à la sensation d'une matière corporelle pouvant appartenir à l'autre plutôt qu'à elles-mêmes.

Ainsi, l'amaigrissement offrirait un resserrement non seulement sécuritaire, permettant de maîtriser des angoisses d'emprise et d'intrusion, mais aussi identitaire, maigrir ayant alors pour fonction de se « redéfinir », voire de se « concentrer » (Carraz, 2009). Un corps maigre permet également de sentir des limites plus fermes, dures, semblant plus protectrices et contenant pour un Moi fragile. Les os semblent ainsi représenter la seule barrière solide, de laquelle elles tentent de se rapprocher en éliminant les parties molles insécurisantes les recouvrant. L'enveloppe musculaire tonique recherchée par l'hyperactivité physique peut également jouer ce rôle.

Ce « corps ferme » peut également être lu comme un « corps fermé », imperméable, capable de résister aux angoisses d'intrusion, de fusion et de vidage.

2. Représentations du corps

a. Schéma corporel

La notion de « schéma du corps » est introduite par P. Bonnier en 1902 afin de désigner la représentation inconsciente et automatique de l'image spatiale du corps, permise par l'intégration de multiples informations sensorielles, mais aussi proprioceptives et vestibulaires (Jeannerod, 2012).

Cette représentation non consciente du corps permettrait de décharger la conscience de l'individu d'une somme considérable d'informations pouvant être traitées de manière « automatique », permettant entre autres un ajustement des mouvements à l'environnement spatial.

Des études réalisées sur des patients cérébrolésés ont permis de mettre en évidence le lieu d'intégration de ces informations : le cortex pariétal droit, permettant l'élaboration d'un schéma corporel cohérent grâce au traitement simultané des

données multisensorielles recueillies, ainsi que la prédiction en termes de potentialités d'action (Avillac et al., 2005).

b. Image du corps

A cette représentation inconsciente et automatique du corps dans l'espace s'ajoute un deuxième niveau de représentation plus consciente, plus cognitive, introduite par P. Schilder comme « image du corps », notion représentant selon lui un « apparaître à soi-même du corps » (Jeannerod, 2012).

Les concepts désignés sous le terme « Image du corps » sont multiples. Ils peuvent ainsi appartenir au langage de la psychanalyse, de la psychiatrie et de la neurologie et prennent, selon les présupposés théoriques, des significations différentes.

Approche phénoménologique et psychanalytique

L'Image du corps désigne dans la théorie psychanalytique les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique, mais aussi chargé d'affects. L'Image du corps est ainsi un des registres de l'identité, et le regard de l'Autre est primordial dans la formation de cette identité.

L' « *Image du corps* » serait une des composantes de l' « *Image de soi* », représentation imaginaire qu'a le sujet de lui-même. Celle-ci est investie différemment selon les individus, leur personnalité et leur rapport au monde. Elle peut ainsi être l'objet d'affects extrêmes allant de l'amour à la haine (Masson-Maret, 1991).

Selon Lacan, la première prise de conscience de l'image du corps de l'enfant s'effectue à travers l'image de l'autre, grâce aux relations affectives et sociales lui permettant une identification à lui-même (Lacan, 1966).

Pour Henri Ey, la découverte par l'enfant de sa propre image corporelle, distincte de celle des autres et pourtant semblable à elle, constitue la première relation humaine avec l'Autre et la première rencontre avec lui-même (Ey, 2010). Le développement de l'« Image du corps » et celui de la personnalité seraient ainsi étroitement liés : cette dernière se constituerait par identifications successives lui permettant de s'individualiser et de se différencier.

L'« Image du Corps » d'un sujet prend ainsi constamment part à sa vie, exprimant une dimension d' « être au monde » singulière à chacun, à laquelle participent une part consciente et une part inconsciente. Elle est en perpétuel remaniement, mélange du vécu passé et actuel, se construit dans la relation à l'autre et représente une synthèse des expériences émotionnelles et relationnelles (Dolto, 1984).

Selon Nasio, le Moi serait l'image même de notre corps condensant « l'ensemble des images mentales de nos sensations ». Il insiste sur le caractère double de l'image, renvoyant toujours le reflet d'autres représentations ayant imprimé notre inconscient à travers les émotions ressenties depuis l'enfance. Il situe ainsi la formation du moi dans son nouage au corps, et cette approche spatiale du psychisme lui permet de conclure que le moi, équivalent à l'image corporelle, flotte lui aussi dans l'entre-deux et se déploie au-delà des frontières du corps (Nasio, 2007).

Approche neurocognitive

En neurologie, le terme « Image du corps » renvoie à des représentations verbales du corps, c'est-à-dire au fait d'avoir une représentation langagière de son corps dans l'espace.

Cette représentation du corps riche et complexe est sous-tendue par une autre région du cerveau se situant au niveau temporo-pariétal de l'hémisphère gauche. C'est elle qui peut donner lieu à des attitudes et à des croyances envers le corps, et elle est en lien avec un réseau neuronal complexe intégrant des processus émotionnels ainsi que la référence à soi (Wicky, 2005).

c. Liens entre schéma corporel et image du corps

Il existe donc deux niveaux de représentation du corps impliquant des réseaux neuronaux distincts. D'un côté, le schéma corporel, représentation motrice, inconsciente et automatique du corps, réalisée par le cortex pariétal droit grâce à l'intégration de données multisensorielles, permet l'anticipation d'actions et l'ajustement du corps à son environnement spatial. De l'autre, l'image corporelle est une représentation plus complexe, riche et consciente, faisant intervenir la référence à soi et des processus émotionnels, élaborée au niveau de la zone temporo-pariétale gauche et donnant lieu à des croyances et à des attitudes envers le corps.

Cependant, au-delà de cette séparation, il existe des liens entre ces deux niveaux de représentation, sans que l'on puisse pour l'instant les définir précisément. On peut toutefois imaginer qu'une distorsion du schéma corporel puisse influencer sur la représentation de l'image du corps, et que des troubles de l'estime de soi ou des difficultés émotionnelles puissent à l'inverse influencer sur le schéma corporel. Ceci irait dans le sens de l'hypothèse d'une boucle de renforcement des troubles par la procéduralisation de croyances erronées.

d. Image de Soi

Le terme « Image » peut renvoyer à la notion de représentation, elle-même pouvant être entendue au sens neurologique d'image mentale, ou au sens psychologique de représentation conceptuelle ou psycho-affective. Ce terme peut également renvoyer à la notion d'image visuelle, au sens extéroceptif visuel ou à la dimension spéculaire privilégiée par la psychanalyse (Morin, 2004).

L'Image de Soi serait ainsi un ensemble de perceptions et de croyances à propos du « Soi », et son articulation avec l'image du corps ne va pas de soi...De nombreuses recherches accordent au corps un rôle fondamental dans la constitution du Soi, mais une question, reprise dans le champ de la philosophie, semble persister : le Soi est-il le corps ou le Soi est-il dans le corps ? Dans le premier cas, on pourrait parler de Soi corporel, alors que dans le deuxième on parlerait plutôt de Soi incarné (Legrand, 2005).

L'Image de Soi serait aussi fondamentalement liée à la question de la reconnaissance, impliquant la reconnaissance par autrui mais aussi la reconnaissance par soi-même.

D. Legrand énonce ainsi cette approche constructive et intégrative du Soi : « il s'agit de comprendre le Soi que (je) suis comme l'intégration des différentes formes de Soi que (je) suis » (Legrand, 2004).

e. Troubles de la représentation du corps dans les TCA

Les spécialistes de la question des TCA s'accordent à dire qu'il existe chez les personnes souffrant de ces pathologies un trouble profond de l'image du corps et de l'image de soi. Pour M. Corcos, il s'agirait même d'un défaut de l'édification du soi, au sens où le moi serait séparé de l'origine charnelle des émotions. Le défaut

d'investissement du soi somatique aurait ainsi des conséquences importantes sur les processus psychiques (Corcos, 2000).

L'élaboration d'une image du corps fait donc intervenir la participation d'un réseau neuronal complexe, intégrant la référence à soi, et des processus émotionnels en rapport avec les expériences passées. Sur un plan neurologique, de récents travaux ont montré qu'un dysfonctionnement de l'hémisphère gauche engendrerait un défaut de traitement de ces informations et la perturbation de la connaissance du corps, ainsi que de l'élaboration d'une image de son propre corps (Smeets and al., 2001).

D'autres travaux ont émis l'hypothèse qu'une hypoactivation globale des aires occipito-temporales pourrait être à l'origine d'une perception distordue de l'image du corps (Uher and al., 2005). Ces biais cognitifs pourraient même, selon certains auteurs, entraîner un trouble de la reconnaissance de soi (Sachdev and al., 2008). Cela confirmerait les propos de Jeammet, qui pointe le paradoxe entre l'incapacité des sujets à reconnaître leur propre maigreur, alors qu'elles sont les premières à la reconnaître chez les autres (Jeammet, 2004).

Une méta-analyse de 2001 a étudié plusieurs méthodes d'évaluation de l'image corporelle chez les anorexiques, et les résultats suggèrent que la perturbation de cette image ne serait pas due à un déficit uniquement perceptif, car les sujets seraient capables de se percevoir de façon assez réaliste. Cette perturbation de l'image du corps serait ainsi plutôt liée à l'insatisfaction de l'évaluation cognitive et affective de la perception (Skrzypek et al., 2001).

3. Statut du corps

Nous pourrions définir le statut du corps comme la nature de la relation que le sujet entretient avec son propre corps, ainsi que la place à laquelle il l'intègre dans sa vie.

a. Corps objet

Le « corps objet » est perçu comme un objet extérieur à l'individu, non intégré au Soi. Il n'a pas d'existence ou de substance réelle pour la personne. Il peut alors être instrumentalisé comme un objet externe, et source de maltraitements physiques ou

psychologiques. Le rapport du sujet à son « corps objet » peut être, selon les cas, extérieur à lui-même voire complètement absent.

b. Corps sujet

Lorsque le corps a un statut de « sujet » pour un individu, cela signifie qu'il est perçu comme faisant partie intégrante de lui. Il « habite » son corps, et entretient avec lui des rapports de vécu. L'individu devient alors sujet de son expérience corporelle, qu'il ne subit pas, mais tente d'accompagner et de comprendre.

c. Corps sensible

Le corps a un statut de « corps sensible » lorsque les perceptions corporelles sont en lien avec les réflexions cognitives : il est alors un partenaire ayant de la valeur, et offrant à la réflexion de l'individu des informations dignes d'écoute. Il existe ainsi un échange réciproque entre l'univers des perceptions et celui des réflexions, et le corps est le lieu d'articulation entre les deux. Il représente alors également un ancrage identitaire pour le sujet.

4. Enjeux du corps à l'adolescence

Durant le processus pubertaire en œuvre à l'adolescence, le jeune doit faire le deuil de son corps d'enfant avec ses repères corporels stables et se réapproprier un corps subissant des changements qu'il n'a pas choisis. Ces changements corporels subis lui imposent un travail de remaniement psychique important et peuvent menacer son sentiment d'intégrité. En effet, les changements corporels engendrent une fragmentation de l'image du corps, d'autant que la croissance de ses différentes parties peut être discontinue et disproportionnée. Le corps est à nouveau perçu comme morcelé sur la scène psychique, et demande un investissement important pour être en capacité de retrouver une unité corporelle.

Ce corps subit des changements incontrôlés et incontrôlables sur le plan physique, mais aussi émotionnel. Il devient en effet durant le processus pubertaire la proie de flux pulsionnels internes et externes intenses, parfois débordants, pouvant ainsi menacer une unité psychique déjà fragilisée.

La réappropriation de ce nouveau corps étrange et étranger se fait non seulement par l'individu lui-même, ses perceptions et sensations, mais aussi par le regard des

pairs et la confrontation à autrui, dans une quête de reconnaissance et de réassurance. Il est également important de noter que lorsque les rôles familiaux sont peu différenciés et les places confuses, la sexualisation du corps au moment de la puberté devient dangereuse, rendant possible dans le réel un climat incestuel non agi.

a. Image du corps, identité et narcissisme

« Aucun sentiment du soi ne peut s'édifier sans s'appuyer sur le sentiment d'être...Ce sentiment d'être est quelque chose d'antérieur à un être avec. »

(D.W. Winnicott, *Jeu et réalité*)

L'image du corps étant fondatrice de notre identité, les bouleversements pubertaires physiques, émotionnels et psychiques vont menacer non seulement l'image de soi, mais aussi le sentiment d'identité et d'intégrité. Certains jeunes peuvent ainsi ressentir des expériences angoissantes de dépersonnalisation qui, si elles ne s'inscrivent pas dans un fonctionnement psychique durable, sont des tentatives temporaires d'adaptation à des modifications trop rapides de leur identité. Ce sont des expériences dont les jeunes parlent peu, par honte et peur du regard de l'autre, mais il est important de les prendre en compte comme pouvant faire partie du processus de transformation pubertaire et de réappropriation d'un Soi semblant leur échapper.

La qualité de cette réappropriation d'un corps changeant et la construction d'une nouvelle image de soi unifiée dépendra pour beaucoup des assises narcissiques du jeune. Si celles-ci sont trop défailantes, il va devoir s'appuyer sur des compensations externes, et le regard d'autrui prendra une place prépondérante dans la construction du narcissisme secondaire.

François Marty résume ainsi cette problématique : « A l'adolescence le corps n'est pas seulement une réalité biologique, qui rend visible les transformations pubertaires, c'est un paradigme essentiel pour comprendre la plupart des problématiques, à commencer par celle, fondamentale, de l'identité » (Marty, 2010).

b. Réappropriation d'un corps nouveau

Pour se réapproprier ce corps changeant, et désamorcer l'angoissant sentiment qu'il puisse lui échapper, le jeune peut avoir recours à diverses tentatives de maîtrise et de singularisation. Les parures du corps comme les vêtements, les tatouages ou encore les piercings peuvent ainsi avoir une fonction protectrice et contenante du corps, lui permettant de le (re)faire sien et de l'habiter, tout en ayant le sentiment d'exercer un contrôle sur lui.

L'identification aux pairs avec une construction d'image idéale du corps peut également être recherchée et rassurante. Plus l'adolescent est fragile sur le plan narcissique, plus il aura besoin de tendre vers cet idéal corporel, ainsi que le résume Birraux : « La symptomatologie corporelle est un bon indice du fonctionnement psychique et de ses conflits. La surenchère des pratiques esthétiques illusionne sur l'enveloppe afin d'esquiver le regard sur son monde interne, sa fragilité, ses incertitudes » (Birraux, 2013).

B- La place du corps dans les TCA

1. Diagnostic

Gilles de la Tourette fut l'un des premiers à considérer les perturbations de la perception de l'image du corps comme faisant partie intégrante de l'anorexie primaire d'origine psychique. C'est lors du symposium de Göttingen en 1965 que seront élaborés les premiers critères diagnostiques de l'anorexie mentale. Elle devient alors une entité psychopathologique spécifique, dans laquelle le conflit essentiel se situe non pas au niveau des fonctions alimentaires, mais au niveau du corps, et serait ainsi l'expression d'une incapacité à assumer le rôle génital et les transformations corporelles liées à la puberté (Guardia et al., 2011). Un détachement progressif du symptôme s'opère alors progressivement au profit de l'investissement de la problématique corporelle.

Depuis ce symposium, de nombreuses recherches ont mis en évidence les perturbations qu'ont les patientes dans la représentation de leur propre corps et le biais constant de surestimation de leur poids ainsi que de leur silhouette.

L'envahissement psychique autour de l'obsession de devenir gros, du déni de la maigreur et des troubles de l'image du corps est ainsi mis en avant.

A partir des années 1980, la présence d'un trouble de l'image du corps devient un critère à part entière du diagnostic des troubles alimentaires, ainsi qu'en témoigne son apparition dans les classifications du DSM et de la CIM.

2. Nature des préoccupations corporelles chez les sujets souffrant de TCA

Les principales thématiques des préoccupations corporelles des patientes anorexiques concernent non seulement le poids, mais aussi la forme et les limites du corps, et plus précisément de certaines parties du corps. Les patientes parlent d'ailleurs plus souvent de leur peur de « grossir », que de celle de « prendre du poids ».

Nous allons détailler ci-après les préoccupations corporelles principales des sujets souffrant de TCA.

a. Perception, affects et cognitions

Cash et Deagle ont réalisé en 1986 la première méta-analyse portant sur la nature des perturbations corporelles en cause chez les patientes atteintes de TCA en étudiant trois dimensions distinctes : perceptive, cognitive et affective. La dimension perceptive correspond à l'estimation des proportions de son propre corps, de sa silhouette et de son poids. La dimension affective concerne le rapport de l'individu à son apparence, et la satisfaction ou l'insatisfaction qui en découle ; l'insatisfaction étant l'écart entre le corps perçu et le corps idéal. Enfin, la dimension cognitive concerne les croyances par rapport à la silhouette et à l'apparence du corps (Cash and Green, 1986). Les résultats montrent que les dimensions cognitives et affectives sont les plus touchées chez les patientes, l'insatisfaction corporelle et les croyances sur leur corps prédominant sur les troubles perceptifs. Plusieurs études ont également montré que les anorexiques se perçoivent de façon réaliste, mais sont très insatisfaites de leur corps (Cash and Deagle, 1997).

b. Insatisfaction corporelle

L'insatisfaction corporelle représente un facteur de risque reconnu de développement de TCA (Cook-Cottone, 2015). De plus, elle est associée à une plus faible estime de soi et à un risque accru de dépression (Tomori et Rus-Makovec, 2000, Leahey et al., 2011). Elle résulte d'une combinaison de troubles de la perception interne, de troubles émotionnels, de croyances erronées et de difficultés dans le lien à l'autre.

Les sujets atteints de TCA présentent une insatisfaction corporelle globale significativement supérieure à celle des sujets témoins (Garner, 2002). Cette insatisfaction se caractériserait principalement par la composante attitudinale de la perception du corps, c'est-à-dire les attitudes, émotions et jugements de valeur portés sur le corps (Grogan, 2008).

De plus, l'insatisfaction corporelle ressentie par les sujets atteints de TCA est le plus souvent associée à des émotions négatives telles que honte, tristesse ou culpabilité, et ces émotions pourraient constituer des éléments de renforcement négatif dans le jugement du corps (Cash, 2002).

c. Volume et silhouette

Il y a chez ces patientes des préoccupations récurrentes concernant la forme et les volumes du corps, pouvant être mises en lien avec une incapacité à estimer correctement leur propre corpulence, ainsi qu'à une tendance à la surévaluation des volumes de leur corps (Gardner, 2001).

Ces croyances, accompagnées d'une peur de grossir, sont en général ciblées sur certaines parties du corps considérées comme plus spécifiquement féminines : les cuisses, les hanches et le ventre notamment (Grall-Bronnec et al., 2007). D'autres études centrées sur la dimension perceptive des perturbations corporelles ont également montré que les anorexiques ont tendance à surestimer certaines parties de leur corps (Guardia, 2012).

Ces préoccupations occupent souvent une place très importante, et peuvent même être susceptibles de générer plus d'angoisses que les préoccupations strictement pondérales. Les sujets peuvent ainsi exprimer leur crainte imaginaire

voire fantasmatique que le ventre ou les cuisses puissent se mettre à gonfler sans limites.

Selon Hilde Bruch, la vision de grosseur du corps prime chez les patientes sur la vision réelle. Ainsi, lorsqu'elles se regarderaient dans le miroir, elles seraient d'abord choquées par la maigreur s'y reflétant puis, après s'être reconnues, cette perception visuelle serait remplacée par l'image mentale qu'elles ont d'elles-mêmes (Bruch, 1962).

d. Poids

Même s'il n'est pas la source principale d'angoisse que l'on pourrait imaginer, la question pondérale n'en demeure pas moins centrale chez les patientes. C'est en effet la question du poids qui est le plus souvent évoquée en premier lieu par elles mais aussi par les soignants : le poids minimal, le poids de sortie, le poids à maintenir...

Maigrir, que ce soit sur le plan du poids ou de la silhouette, devient un idéal poursuivi sans relâche, avec le sentiment persistant qu'il n'est jamais atteint, mu par un perfectionnisme sans limites.

Les préoccupations autour du poids prennent souvent l'allure de vérifications rituelles, voire obsessionnelles, et le chiffre indiqué par la balance prend tout pouvoir sur leur estime d'elles-mêmes. La valeur de soi devient alors uni-dimensionnelle, régulée uniquement par ce chiffre, et peut varier selon les fluctuations pondérales quotidiennes. La perte ou le gain de poids pourra également conditionner l'activité physique, ou l'autorisation de manger ou pas tel ou tel aliment, le poids devenant un dictateur régissant le quotidien et les humeurs.

Ce contrôle exercé sur le poids peut ainsi avoir une fonction anti-dépressive, et on peut souvent constater une dégradation thymique concomitante de la reprise de poids.

e. Dismorphophobie

Chez les sujets atteints de TCA, l'image du corps peut prendre par moments des aspects pour le moins persécuteurs, voire délirants. On parle alors de dysmorphophobie, qui est littéralement la crainte obsédante d'être laide ou

malformée. On utilise régulièrement le terme de « dysmorphophobie » dans un sens s'éloignant de son origine étymologique pour désigner le trouble de la perception de l'image du corps chez les sujets souffrant de TCA.

f. Comportements de vérification et d'évitement

Les individus souffrant de TCA peuvent passer des heures à se scruter, dans le miroir ou directement, pour traquer la moindre once de gras ou le moindre défaut supposé. Les rituels de vérification peuvent ainsi prendre beaucoup d'espace, dans le temps comme psychologiquement, et sont de nature assez proche des troubles obsessionnels compulsifs. En effet, l'obsession psychique est intense et s'ensuit une compulsion de vérification qui, si elle est empêchée, peut entraîner une majoration de la tension interne.

Ces rituels n'apportent cependant qu'un soulagement temporaire et, si la vérification s'avère « négative », elle entraîne une baisse de l'humeur, et une majoration des comportements visant à retrouver la satisfaction d'une silhouette ou d'un poids jugés convenables.

Le rapport au miroir peut ainsi être compulsif, ou à l'inverse le reflet de son image peut être évité par la patiente, la vision de son propre corps pouvant lui être insupportable. Certaines patientes ressentent même un sentiment d'étrangeté face à la vision de leur propre corps dans le miroir, pouvant nous interroger sur l'ébranlement même de leur identité de sujet, et sur une proximité frôlant parfois des angoisses de nature psychotique.

L'Autre est également pour la patiente source de comparaison permanente, avec des interprétations erronées, la patiente voyant toujours le corps de l'Autre plus maigre, et le sien plus gros, que ce qu'ils sont en réalité.

g. Accentuation des troubles

Comme dans tous les troubles du spectre addictif, on assiste dans les TCA à un effet de « tolérance » accompagné d'un besoin d'« augmentation des doses ». Ainsi, la restriction se majorera avec l'évolution des troubles, accompagnée d'une perte de contrôle sur le comportement restrictif.

En effet, les patientes déclarent le plus souvent souhaiter au départ perdre « juste quelques kilos » mais, une fois la machine addictive mise en marche, il y a un emballement, et le sentiment de satisfaction généré par la maîtrise ne persiste que si le poids continue à diminuer, et la silhouette à maigrir.

Les sensations provoquées par le jeûne, elles aussi, ne perdurent que si la restriction se majore, avant que ne survienne un phénomène de tolérance ne permettant plus la survenue même de ces sensations.

3. Rapport au corps des sujets souffrant de TCA

« Le corps ne ressent pas, il n'est pas une émotion, tu ne te sens pas grosse, ni maigre. La seule raison qui te fausse à penser ressentir par le corps, c'est ton refus de ressentir dans le coeur. Tu fuis, tu rejettes, tu refuses. Tu bloques et expulses le sentiment, qui te gêne, te frustre, te blesse ou t'écorche. Ton corps n'est qu'une traduction physique. Inutile de fuir, on ne peut se fuir soi-même. » (Témoignage d'une patiente)

a. Clivage corps/psychisme et incapacité d'écoute du corps

Chez les anorexiques, le Soi somatique est désinvesti au profit d'un surinvestissement du Soi psychique. Ces deux entités apparaissent comme séparées, ne communiquant pas, et le Soi somatique, c'est-à-dire le corps, est vécu comme une entité externe n'ayant pas de valeur propre. Il y a une incapacité ou un refus d'écouter et de reconnaître les messages du corps, voire un déni de l'existence même de besoins corporels.

Les besoins fondamentaux tels que la nourriture ou le sommeil sont ainsi déniés, entraînant un sentiment de bien-être et de force généré par la prise de contrôle de l'esprit sur le corps. Les sensations corporelles physiologiques comme la faim ou la fatigue sont d'abord refusées dans une lutte active, puis elles ne sont même plus perçues, le corps devenant complètement séparé du psychisme. De plus, on

constate souvent une méconnaissance profonde du fonctionnement réel du corps, et notamment de la sphère digestive.

Pour Hilde Bruch, il est erroné de croire que l'organisme humain connaît ses sensations corporelles et la nature de ses instincts. La reconnaissance des besoins corporels et le comportement adapté pour y répondre dépendraient ainsi d'un apprentissage se faisant dès le plus jeune âge (Selvini Palazzoli, 1963). Cela confirme que l'apprentissage de la reconnaissance et de la réponse adaptée aux besoins fondamentaux se fait par transmission, et est donc fortement liée à la nature des premiers liens d'attachement et à la sécurité interne qu'elle peut procurer.

En effet, nous savons aujourd'hui que la disponibilité maternelle à accueillir, tolérer et élaborer les états émotionnels, ainsi que les messages de communication de l'enfant, sont essentiels dans le développement de sa propre capacité à reconnaître et à moduler ses besoins, ainsi qu'à exprimer de manière adaptée ses états affectifs (Onnis, 2013). Des liens d'attachement insécures ne permettront donc pas à l'enfant de développer cette capacité d'être à l'écoute de son corps et de répondre seul à ses besoins ; son état interne sera alors plus dépendant de l'environnement externe que de ses propres ressentis.

b. Statut du corps et identité narrative

Nous avons évoqué plus haut les différents statuts que le corps pouvait représenter pour un individu. Chez les sujets souffrant de TCA, le corps a le plus souvent un statut de « corps objet », perçu comme extérieur et pouvant être instrumentalisé voire source de maltraitances.

L'absence totale d'inquiétude face à la perte de poids et aux possibles conséquences sur la santé somatique témoignent bien de ce corps vécu comme un objet externe, ainsi que du clivage corps-psyché dont nous avons parlé précédemment. Tout l'enjeu pour ces individus est donc de pouvoir accéder à une transformation du statut de leur corps, pour qu'il ne soit plus un objet externe, mais puisse faire partie intégrante de leur être. Cela nécessite un processus d'intégration pouvant passer par différents procédés dont nous parlerons dans un prochain chapitre.

Sur un plan psychanalytique, le corps de l'anorexique peut être considéré comme le terrain narratif d'une histoire infantile indicible verbalement, et non représentable sur le plan des affects. Ce corps devient alors lui-même l'identité narrative de l'individu, et représente un passé douloureux, une histoire anesthésiée, morte, ou trop excitée, témoin d'une défaillance de holding et d'une carence affective. Ce corps raconte son histoire par son image, et tente par ce moyen de la raconter au monde (Corcos, 2013).

c. Corps, lien et société

Le corps est plus qu'un corps physique qui se donne à voir ; il sert de repère dans le temps et dans l'espace, ainsi que de lien et de support dans la relation à l'autre. Si l'image corporelle a pu se construire correctement, le corps représente un support pour l'estime de soi, permettant à un individu de s'aimer, et de se sentir en sécurité dans le lien avec lui-même et avec les autres. Les troubles corporels révèlent donc, au-delà de l'apparence physique, des angoisses et des questionnements identitaires profonds.

La représentation corporelle de chaque individu est influencée par des facteurs internes comme les pensées et les émotions, mais aussi par des facteurs externes inter-reliés tels que la famille, les pairs, ou encore la communauté. Dans une perspective développementale, Hilde Bruch a mis en lien le trouble de la perception du corps retrouvé dans les TCA avec des perturbations précoces du lien mère-enfant (Bruch, 1975).

L'image d'idéal véhiculée par la société actuelle avec un corps mince, tonique et dynamique n'est bien évidemment pas sans lien avec l'apparition de troubles alimentaires. En effet, les sujets qui présentent des facteurs de vulnérabilité préalables peuvent internaliser cet idéal de minceur de façon majorée, augmentant ainsi le risque de développement d'un TCA comme vecteur d'expression de leur souffrance (Stice and Shaw, 2002).

Cependant, il semblerait que cette image d'un corps mince et tonique soit plus représentative d'une société de compétition que d'une conformisation aux figures féminines représentant un idéal esthétique. Ainsi, la maîtrise du corps semble devenir garante d'une maîtrise de soi et d'une capacité de performance s'affichant

par le biais du physique. Ce corps androgyne semble alors vouloir être en capacité de rivalité avec le masculin plutôt que de séduction.

d. Attaques du corps et sexualité

Selon Corcos, les attitudes douloureuses envers le corps observées chez certains sujets atteints de TCA sont des réponses à des angoisses archaïques, éprouvées primitivement en termes de liquéfaction ou de vidage. Ces recherches d'éprouvés sensoriels et proprioceptifs dans la douleur pourraient ainsi constituer une recherche d'étayage, d'appui dur mais « qui tient » (Corcos, 2000).

Selon lui, les attaques infligées au corps peuvent également être assimilées à une attaque du corps maternel dans un but de différenciation. La souffrance du corps pourrait ainsi avoir un rôle d'individuation et de libération des projections corporelles de l'investissement libidinal de la mère. La douleur ressentie permettrait aussi de se créer des sensations corporelles, afin de ressentir ce corps habituellement vécu comme étranger (Corcos, 2015).

Corcos rappelle également la répression massive de la dimension sexuée et des liens érotiques parents-enfants. Cette répression s'exerce tant du côté maternel, avec la transmission du féminin, que du côté paternel, avec une contre-attitude oedipienne massive (Corcos, 2000). Selon lui, l'anorexie vise à libérer le corps de l'enfant en proie aux métamorphoses de la puberté, comme une tentative de résistance et de soustraction aux pulsions internes et externes (Corcos, 2013).

La sexualité chez les anorexiques est complètement désinvestie et fait l'objet d'un refoulement massif. En effet, la sensualité et le désir ne font pas partie de l'univers de l'anorexique. Tout plaisir, qualifié comme sale et impur, est sévèrement réprimé. Galdston parle même d'une « phobie du plaisir corporel ». Les sentiments accompagnant en général la sexualité apparaissent déplacés sur les activités alimentaires (Galdston, 1974). S'il existe une activité sexuelle, elle se fera en général sans plaisir, et s'inscrira dans un comportement de maîtrise, accomplie non par désir mais par volonté de « prouver » la capacité du corps à répondre à la volonté et à l'injonction cérébrale. Chez les sujets boulimiques, on peut assister au même processus de désinvestissement ou, au contraire, à une hyperactivité sexuelle dans

une recherche de reconnaissance par l'autre plus que de plaisir. Dans l'évolution des sujets, cette dimension de la sexualité reste souvent la plus conflictuelle et insatisfaisante à long terme (Jeammet, 1985).

e. Corps et limites

Il y a chez ces sujets une difficulté majeure à intégrer les limites du corps, allant de pair avec une perception altérée de l'enveloppe corporelle. Ces troubles accompagnent une enveloppe insuffisamment contenante, nous renvoyant à la problématique de séparation et d'individuation, avec des limites floues entre soi et non-soi. Cela peut être mis en lien avec les problématiques de mise en place des frontières corporelles du Moi décrites plus tôt.

Cette absence de limites du corps, ainsi que les troubles de la perception des sensations, pourraient expliquer la hantise d'une reprise de volume corporel qui, si elle débutait, semblerait pouvoir être illimitée.

On retrouve parfois même des impressions d'« écoulement du corps », de morcellement, se rapprochant dans certains cas d'angoisses d'ordre psychotique. Selon Corcos, c'est cet informe de la chair, relié à l'informité de l'intérieur du corps, de l'intériorité, qui est insupportable (Corcos, 2013).

f. Hyperactivité physique et recherche d'éprouvés corporels

L'hyperactivité physique n'a pas comme seuls objectifs une valeur compensatrice de l'ingestion calorique et une maîtrise du poids. Elle permet également d'éviter à la patiente de penser et d'éprouver, remplaçant pensées et émotions menaçantes par la recherche de sensations corporelles. Cette hyperactivité est le plus souvent cachée, ou rationalisée par un objectif de compensation calorique, mais elle remplit en réalité bien d'autres fonctions.

L'hyperactivité physique peut prendre différentes formes, allant d'une marche solitaire des heures durant, à une pratique intensive d'un sport de prédilection avec des compétitions et une recherche de perfection, en passant par des exercices de musculation, souvent inadaptés, pratiqués à l'abri des regards. La forme prise par cette hyperactivité peut être révélatrice d'éléments psychopathologiques sous-

jacents, différents selon qu'elle soit solitaire ou en groupe, intensive sur un temps court ou avec un aspect de déambulation interminable.

La recherche d'éprouvés corporels et sensoriels stimulants est majeure chez ces sujets, et vient tenter de répondre à une discontinuité de l'étayage dans les dimensions du sensoriel et du proprioceptif. Il y a ainsi une tentative de réponse à une carence interne par un étayage externe.

g. Hypertonicité et mobilisation

Les personnes souffrant de TCA présentent le plus souvent une enveloppe musculaire hypertonique, faisant de leur enveloppe corporelle un contenant rigide. Ceci peut être compris à la lumière des difficultés de perceptions de leurs limites corporelles, générant un besoin de se constituer une « carapace musculaire » dans lesquelles elles peuvent se sentir contenues. Cette enveloppe hypertonique vient alors suppléer une enveloppe corporelle défailante aux limites floues. On peut relier cette interprétation au concept de Moi-Peau de Didier Anzieu (Anzieu,1995).

Cependant, cette hypertonicité réduit considérablement les capacités d'expression, de sensibilité et de réceptivité, enfermant ces sujets dans un corps rigide parfois presque robotisé. Ainsi, au niveau de la mobilisation, on constate en général un bon contrôle de leur corps instrumental, mais un malaise dans la mobilisation du corps affectif et relationnel, allant de réactions hypertoniques à un abandon tonique.

h. Rapport à l'alimentation

Les sujets souffrant de TCA ont un rapport aux aliments et à l'alimentation en général fortement perturbé, alors qu'elles possèdent pour la plupart de bonnes connaissances diététiques et nutritionnelles. Ce rapport est mu par les cognitions plutôt que par une réponse à des besoins fondamentaux ou à une envie de plaisir, dimensions déniées et refusées au profit d'une intellectualisation du fonctionnement et des besoins du corps.

L'incapacité à écouter leurs propres sensations physiologiques dont nous avons parlé auparavant les empêche de faire confiance aux signaux de leur corps, et on retrouve généralement une peur intense de perte de contrôle si la maîtrise n'est plus

totale. Ce rapport à l'alimentation est paradoxal, fait à la fois d'un refus mais aussi d'une forme de fascination pour tout ce qui touche à la nourriture, devenant une obnubilation, comme en témoignent la centration psychique et les rituels entourant chaque ingestion alimentaire.

Une étude de 2005 s'est intéressée aux processus cognitifs de catégorisation mentale, une des fonctions principales de la structuration de notre univers mental. Elle a permis de montrer que les processus de catégorisation utilisés par les sujets avec TCA sont très différents de ceux de sujets témoins : ils privilégieraient en effet les caractéristiques fonctionnelles attribuées aux aliments, révélant un dysfonctionnement cognitif et de fausses croyances entravant une alimentation spontanée (Urdapilleta et al., 2005).

i. Mécanismes de défense contre le corps

De nombreux moyens de défense vont être utilisés par l'anorexique pour mettre à distance un corps devenant trop menaçant. Le déni et le refus des transformations corporelles permettent de garder l'image idéale de l'enfant, lui garantissant la persistance de l'amour de ses parents. La régression permet en effet de retourner à un stade libidinal antérieur afin de retrouver un mode connu de relation à l'autre.

Parallèlement à ces défenses contre les angoisses de changement et de séparation, un autre mouvement de refus doit s'opérer afin de se créer une identité propre, nécessaire à cette période d'individuation : ainsi, le symptôme du refus alimentaire permet de sortir de cette impasse psychique et permet un compromis entre les besoins paradoxaux mais simultanés de dépendance et d'individualité.

Le déni de l'amaigrissement, ou plutôt l'incapacité à le percevoir, notamment du fait du clivage évoqué plus haut, permet de préserver l'anorexique de l'angoisse que pourrait susciter un tel changement physique s'il était reconnu. Ce sont ces mêmes moyens défensifs qui lui permettent de ne pas s'inquiéter des conséquences somatiques et des risques engendrés par cet état physique.

L'ascétisme, déniait le moindre plaisir lié au corps et lui faisant jouer un rôle d'objet maîtrisé, permet de contrôler les pulsions corporelles. On pourrait ainsi dire que l'intellectualisation serait à la pensée ce que l'ascétisme est au corps : elle dérive la poussée pulsionnelle sur des objets de pensée afin de les contrôler, et

représente une défense contre l'émergence de représentations trop angoissantes, jouant alors un double rôle de pare-excitation et de pare-angoisse. Cette activité intellectuelle est pseudo-abstraite, non productive, répétitive, ne s'engageant pas dans des terrains pouvant faire émerger de l'affect ou des angoisses.

4. Perturbations neurocognitives chez les sujets souffrant de TCA

Sur le plan neurocognitif, les patientes anorexiques présentent une atteinte globale du système de représentation de leur corps, concernant autant le corps agi que le corps pensé. Différentes hypothèses ont été faites pour tenter d'expliquer l'altération de la représentation de soi chez les patientes anorexiques ainsi que l'attention excessive portée à leur image d'elles-mêmes.

a. Distorsions cognitives et perception corporelle

Plusieurs études ont mis en évidence que les troubles de la perception corporelle étaient plus liés à des distorsions cognitives qu'à des troubles perceptifs.

Une première étude a ainsi conclu que les distorsions de l'image corporelle surviennent pendant la reconstruction de l'image visuelle du corps plutôt que lors de sa perception (Smeets and al., 1997). Plusieurs autres études tendent à montrer que la perturbation de l'image corporelle des sujets atteints de TCA serait essentiellement cognitive et affective, c'est-à-dire liée aux jugements négatifs envers leur corps (Thompson, 1996 ; Cash and Deagle, 1997). Enfin, une revue de la littérature a montré que ces troubles étaient principalement liés à une insatisfaction de l'évaluation cognitive du corps (Skrzypek et al., 2001).

Ces premiers travaux ont été plus récemment confirmés par ceux de Guardia et ses collaborateurs, mettant en avant l'impact des dysfonctionnements cognitifs sur la perception corporelle. Cependant, ces distorsions pourraient être réversibles, d'où l'importance de la remédiation cognitive comme piste thérapeutique (Guardia et al, 2011).

b. Troubles de l'intégration sensorielle

Des premiers travaux ont mis en évidence l'existence d'une perturbation de l'intégration multisensorielle ainsi que de la perception tactile chez les sujets atteints de TCA (Florin and al., 1988), puis d'autres travaux ont retrouvé également des troubles cénesthésiques, ainsi qu'un déficit somatosensoriel incluant les processus de perception tactile (Tchanturia and al., 2001).

Cette perturbation de l'intégration multisensorielle est en lien avec un défaut de fonctionnement du cortex pariétal droit, lieu de traitement de ces données et d'élaboration du schéma corporel. Ce dysfonctionnement a amené certains auteurs à parler de « négligence anorexique » en référence à l'héminégligence des patients cérébrolésés (Roberts and al., 2007). L'identification de facteurs sensoriels et non sensoriels intervenant dans la construction de l'image du corps est ainsi considérée comme une question prometteuse pour de nouvelles recherches (Skrzypek et al., 2001).

Une étude d'Eshkevari et ses collaborateurs a montré une persistance des troubles de l'image corporelle après la disparition des symptômes alimentaires chez des sujets ayant souffert de TCA. Ils ont émis l'hypothèse que les patientes ayant eu une longue histoire de TCA pourraient présenter une sensibilité accrue aux informations visuelles concernant le corps, ainsi qu'une réduction du traitement des informations somatosensorielles venant du corps (Eshkevari et al. 2014).

c. Actualisation du schéma corporel

Guardia et ses collaborateurs ont étudié en 2013 l'hypothèse d'un défaut d'actualisation du schéma corporel après une perte de poids importante. En effet, les variations de poids rapides et massives ne sont pas prises en compte par le système nerveux central qui garde en mémoire le schéma corporel antérieur. La comparaison avec des phénomènes neurologiques tels que le syndrome du membre fantôme, membre dont la perception persiste après amputation, pourrait éclairer sur les troubles neurologiques en cause. Un des modèles explicatifs est une inadéquation entre la rétroaction sensorielle du fantôme et les régions corticales représentant ce membre. L'hypothèse dans l'anorexie serait qu'un conflit similaire pourrait exister entre un schéma corporel antérieur n'ayant pas pris en compte les variations du poids et la rétroaction sensori-motrice (Guardia et al., 2013).

Le système nerveux ne pouvant réactualiser assez rapidement ses représentations internes, les patientes se retrouveraient alors « enfermées » dans un schéma corporel erroné et surévalué par rapport à la réalité actuelle (Riva et al., 2012). Les patientes ne se reconnaîtraient alors pas comme elles sont, mais comme elles imaginent être. Cela n'est pas sans rappeler le sentiment d'inquiétante étrangeté décrit par Freud en 1919.

d. Conséquences sur la mobilisation corporelle

De récentes études ont montré que, non seulement les patientes avaient un schéma corporel perturbé, mais également que cela influait sur leur façon d'utiliser leur corps. Nico et ses collaborateurs ont ainsi mis en évidence une baisse de performance lors d'une tâche de prédiction mettant en jeu le corps des patientes anorexiques, imputant cela au dysfonctionnement pariétal droit (Nico and al., 2010).

Guardia et ses collaborateurs ont également réalisé une étude évaluant l'implication des distorsions corporelles dans l'utilisation de leur corps chez les patientes anorexiques. Pour ce faire, les patientes devaient juger de la possibilité de passer à travers une ouverture plus ou moins large, et les résultats ont montré qu'elles choisissaient des ouvertures bien plus larges que leur largeur d'épaule. Ceci montre que les patientes non seulement ont une perception erronée de leur corps, mais que cela a également des conséquences sur leurs actions (Guardia et al., 2010).

Lors de cette même étude, il a été mis en évidence que le fait d'agir en conséquence des perceptions erronées du corps venait renforcer ces dernières, créant ainsi une boucle renforçatrice des comportements anorexiques. Une corrélation a également été faite entre la procéduralisation des croyances erronées et la durée de la maladie, faisant de ces perturbations du schéma corporel un facteur péjoratif concernant l'évolution de la maladie.

C- Prise en charge du corps dans les TCA

Nous allons dans cette partie aborder les soins du corps concernant les sujets souffrant de TCA. Après quelques mots introductifs sur l'enjeu et l'évolution de la prise en charge spécifique de ces patients, nous aborderons les différents types de soins pouvant jouer un rôle dans la prise en compte du corps anorexique, en nous focalisant plus particulièrement sur l'approche psychocorporelle.

1. Les soins dans les TCA

a. Enjeux des soins

La difficulté à prendre conscience des troubles, la résistance au changement, la rigidité du fonctionnement psychique, l'angoisse de la perte de contrôle face à un Autre considéré comme potentiellement tout-puissant, sont autant de facteurs rendant la question de la demande ainsi que l'engagement dans les soins et la relation psychothérapique très complexes pour les patientes présentant des TCA.

L'enjeu des soins repose donc en premier lieu sur la création d'une alliance thérapeutique, permettant peu à peu l'émergence d'une certaine confiance, toujours fragile et à consolider au fil des rencontres. En effet, la coopération des patientes reste le plus souvent ambivalente, créant une ambiance de défi thérapeutique autour de la question du soin.

C'est cependant l'évolution progressive de cette relation qui pourra permettre à la patiente, jour après jour, d'assouplir son fonctionnement au profit d'une demande d'aide impliquant d'accepter de perdre un peu le contrôle, et de prendre le risque d'une certaine dépendance à l'autre, jusque-là puissamment rejetés. Pour contrebalancer cette difficulté de gestion de la distance relationnelle, et de clivage entre les thérapeutes, il est essentiel que les soignants travaillent en réseau. En effet, des liens trop privilégiés risqueraient d'entraîner un hyperinvestissement du thérapeute, pouvant être suivi d'un rejet massif dès que ce lien devient menaçant.

La distance du thérapeute avec la patiente est également délicate à gérer : une attitude trop neutre pourra être ressentie comme de l'indifférence ou de l'abandon, tandis qu'une attitude trop proche risquera d'être intrusive.

b. Evolution des soins

Les soins de l'anorexie mentale ont longtemps reposé principalement sur un alitement strict, ainsi qu'une réalimentation, démarche priorisant le gain pondéral et inspirée de principes comportementaux. Les patientes étaient également isolées, avec un discours médical pouvant être disqualifiant envers les parents, et la reprise progressive des liens avec l'extérieur était conditionnée par la reprise de poids (Pommereau et de Tonnac, 2007).

Cependant, cette approche isolante et centrée sur un aspect nutritionnel et pondéral s'est révélée peu efficace, et aujourd'hui une approche multifocale semble la mieux adaptée afin de prendre en charge ces patientes dont la problématique alimentaire révèle des difficultés sous-jacentes multiples et complexes. Une prise en charge multidisciplinaire, intégrant des soins somatiques et nutritionnels ainsi qu'un abord psychothérapeutique et corporel, est aujourd'hui recommandé pour la prise en charge de cette maladie psychocorporelle (HAS, 2010). L'entourage est également intégré à la prise en charge des patientes, l'isolement strict antérieurement préconisé présentant plutôt un risque de renforcement des conduites pathologiques (Nandrino et al., 2015).

La période de séparation d'avec l'environnement habituel n'est plus synonyme d'isolement, mais a pour objectif la création d'un cadre permettant d'ouvrir de nouvelles possibilités relationnelles au travers de la vie institutionnelle, avec l'équipe ainsi qu'avec les autres patientes.

Les soins sont initiés la plupart du temps en ambulatoire, et lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, un contrat de soins personnalisé doit être rédigé, comportant une définition claire des objectifs du traitement, tant au niveau comportemental et diététique que psychique (NICE, 2004). Il faut cependant rester vigilant quant au sens de ce contrat : Corcos met ainsi en garde contre l'établissement d'un contrat de soins « à visée normative », notamment d'une efficacité symptomatique sans travail d'élaboration, pouvant rester à distance des conflits internes et des éprouvés (Corcos, 2005).

c. Approche psychanalytique classique

Cette approche nécessite un travail d'intériorisation, et la capacité de se laisser vivre le surgissement de l'inconnu, nécessitant un assouplissement des défenses rigides et entraînant la confrontation au risque d'émergence d'affects dépressifs. Cependant, l'accès à leur monde intérieur imaginaire et fantasmatique, ainsi qu'à l'évocation de souvenirs et d'associations, est quasiment impossible chez ces patientes, au moins en début de prise en charge. Il faudra donc attendre le plus souvent un minimum d'évolution clinique avant que ces patientes puissent avoir accès à ce type de travail psychothérapeutique et qu'il leur soit bénéfique.

De plus, toute verbalisation ou prise de conscience trop rapide risque d'entraîner une fuite et un repli, voire une reprise du comportement anorexique par « défense ». Enfin, dans ce travail, il y a le risque d'une production plaquée, dépourvue d'affects, par complaisance ou impossibilité d'accéder à un certain niveau de transformation. On retrouve là la défense par hyperintellectualisation : en effet, ces patientes verbalisent souvent beaucoup, et semblent chercher à comprendre, cependant cela relève plus d'une tentative de maîtrise intellectuelle que d'une perspective d'ouverture au changement (Jeammet, 2004).

Des techniques autres qu'une thérapie analytique en duel permettent de contourner en partie cet écueil : le psychodrame psychanalytique, par exemple, peut offrir un compromis thérapeutique intéressant.

d. Approches cognitives et comportementales

Les techniques cognitivo-comportementales reposent sur l'abord des troubles alimentaires dans une perspective de mise en relation réciproque entre affects, cognitions et comportements. Elles axent le travail sur les patterns dysfonctionnels accessibles au moment présent.

La psychoéducation alimentaire et corporelle

L'objectif de la psychoéducation des patientes n'est pas de les faire adhérer à un modèle normatif et médical, mais de leur donner accès à des connaissances et à une compréhension plus objective de leur corps. Elle permet de décaler le rapport au corps, d'intégrer un référentiel commun entre patientes et soignants, et de leur donner une certaine prise sur les soins. Cette implication dans les soins intégrant le

partage de connaissances permet ainsi aux patientes de ne pas avoir le sentiment d'abandonner totalement le contrôle de ce qui se joue au sein d'elles-mêmes, mais d'en être partie prenante, ce qui facilite grandement l'adhésion aux soins et la confiance.

Les méthodes comportementales et cognitives

Les techniques comportementales utilisant des renforçateurs positifs lors de gain de poids, par exemple des contrats de poids avec bénéfices accordés par paliers de prise pondérale, ont été longtemps utilisées avec des résultats plutôt médiocres : ils étaient positifs à court terme, mais les résultats ne persistaient pas. On pouvait observer dans ces méthodes comme un dialogue de sourds entre soignants et patientes, les premiers pensant promouvoir des comportements plus adaptés qui pourraient modifier durablement les schémas de leurs patientes ; tandis que ces dernières donnaient l'illusion d'adhérer aux modalités du contrat dans l'idée d'acquiescer les bénéfices à court terme et de pouvoir arrêter les soins.

Le travail comportemental, pour permettre une modification durable des comportements, requiert une réflexion sur les contingences à l'œuvre. Il sera d'autant plus efficace que la patiente sera pleinement participante dans l'évaluation de ses difficultés, ainsi que dans la mise en place des changements. Ce travail fait dans une intégration de la patiente comme actrice du changement sera ainsi plus bénéfique et durable qu'une décision unilatérale imposée par les soignants.

Ensuite, un travail plus axé sur les émotions et les cognitions pourra être mis en place. Il permettra de travailler sur les pensées erronées concernant non seulement les aspects alimentaires et corporels, mais aussi tous les domaines de l'existence de la patiente. Le thérapeute pourra alors lui apprendre à reconnaître ces croyances, ainsi que le contexte émotionnel dans lequel elles émergent, afin de l'aider à les remettre en question et à envisager des alternatives.

L'enjeu de ces soins axés sur les comportements, les émotions et les cognitions est, d'une part, de diminuer l'adhésion des patientes à ces pensées erronées en développant un spectre d'interprétations plus large, et d'autre part de les aider dans

un processus de réunification de ces différentes parties d'elles-mêmes en dépassant leur clivage habituel entre affects, corps et psychisme.

2. Soins spécifiques du corps

Les soins impliquant le corps des patientes anorexiques font partie intégrante de la prise en charge, mais ils doivent être réfléchis en amont et se faire progressivement selon l'évolution de chacune. En effet, leur rapport au corps est tellement complexe que ces soins peuvent parfois se révéler trop intrusifs, voire réactiver des angoisses profondes pouvant mettre en péril la démarche thérapeutique. C'est pour cela qu'il est essentiel qu'ils soient accompagnés par des soignants formés à ce type de troubles, dans une démarche pluridisciplinaire et évolutive.

Chaque patiente doit ainsi bénéficier d'un programme de soins personnalisé et recevra des soins en fonctions des objectifs ciblés. Les soins autour du corps peuvent, selon les cas et les médiations, être réalisés en groupe ou se faire sous la forme d'une prise en charge individuelle.

a. Objectifs des soins du corps

L'objectif ambitieux des soins prodigués par et pour le corps des patientes souffrant de TCA est de les aider à retrouver un chemin vers un corps sensible, vecteur de relation à soi et à l'autre, à la place d'un corps objet, étranger ou agresseur, tendu pour contenir des angoisses trop diffuses, et lieu d'expression d'une souffrance indicible autrement.

Cela implique donc que la souffrance jusqu'alors exprimée au travers du corps, se montrant aux yeux de tous sans pouvoir se dire, puisse trouver un autre mode d'expression afin que le corps ne soit plus l'unique vecteur possible pour exprimer cette impossibilité à être.

b. Place du corps et du toucher en thérapie

La question du toucher est un point central, mais si de nombreux psychothérapeutes y réfléchissent, voire même l'utilisent, cet outil thérapeutique reste chargé de nombreuses représentations. Outre les tabous d'ordre religieux et sexuels que le toucher peut soulever, et dont les psychothérapeutes sont conscients,

il semblerait que ce soit la dimension de connotation affective du toucher qui puisse représenter un frein majeur à la pratique de la thérapie manuelle.

Ainsi, on peut constater en pratique que seuls les professionnels du corps ou les personnes pratiquant des soins corporels semblent habilités, par leurs pairs ou par les équipes de soins, à toucher le corps de leurs patients. Les représentations sous-jacentes à ces réticences s'expriment souvent par la crainte d'un « rapproché corporel intrusif » ou d'un « mélange des cadres » (Duprat, 2007).

c. La prise en charge somatique et nutritionnelle

La prise en charge nutritionnelle et somatique des patientes souffrant de TCA a longtemps été mise au premier plan au détriment des soins psychiques, puis désinvestie au profit de ces derniers. Elle reprend aujourd'hui une place plus juste, et représente un des aspects essentiels des soins.

Cette approche somatique est en effet essentielle à différents niveaux. Elle permet de traiter en priorité des problèmes somatiques pouvant représenter un risque vital, et représente souvent le premier volet des soins, mais elle permet aussi aux patientes de se confronter à la réalité, aux enjeux et aux risques physiques auxquels elles soumettent leur corps et dont elles n'ont souvent pas conscience.

Le contrat de poids permet ainsi de signifier à la patiente et à son entourage le souci de la réalité somatique. Le symptôme « poids » devient alors le médiateur privilégié du début des soins, car à ce moment il semble représenter le seul sujet pouvant les mobiliser.

Abord somatique

La prise en charge somatique peut se faire en urgence lorsqu'il existe des symptômes menaçant la vie de la patiente. Dans ce cas, la prise en charge se fera en milieu hospitalier, avec des soins appropriés aux aspects du corps mis en danger. Les principales urgences rendant nécessaire une prise en charge somatique sont : une hypothermie inférieure à 35°, une hypotension inférieure à 90/60 mm Hg, une bradycardie inférieure à 40/minute, des anomalies de l'ECG, des signes cliniques de déshydratation, et la survenue de malaises, chutes ou pertes de connaissance (HAS, 2010).

Ensuite, cette prise en charge devra comporter des examens cliniques et paracliniques réguliers permettant de surveiller les paramètres principaux pouvant être affectés, ainsi que de dépister et traiter les complications physiques aiguës ou chroniques pouvant apparaître au cours de la maladie. Il s'agira principalement de bilans biologiques réguliers surveillant l'état nutritionnel ainsi que les principaux paramètres biologiques pouvant être affectés (albuminémie, ionogramme sanguin, surtout kaliémie s'il y a présence de vomissements, bilan hépatique, numération et formule sanguine, glycémie), d'électrocardiogrammes, et d'ostéodensitométries. Les carences éventuelles pourront ainsi être supplémentées, et une contraception oestro-progestative pourra être proposée en cas d'ostéopénie ou d'ostéoporose avérée.

Abord nutritionnel

La prise en charge nutritionnelle de la patiente doit permettre à terme de retrouver un poids et un statut nutritionnel satisfaisants afin d'éviter les complications liées à la dénutrition, mais aussi de renouer avec un mode vie « normal ». Elle a ainsi pour but d'aider la patiente à reprendre une alimentation régulière et diversifiée et, dans un second temps, une souplesse et une spontanéité dans sa relation à l'alimentation. A terme, l'objectif est de retrouver une vie en société satisfaisante, ainsi qu'une réapparition progressive des sensations de faim et de satiété, sans comportements ou idéations pathologiques.

Si la dénutrition est sévère, la réalimentation doit se faire progressivement, avec des suppléments en phosphore, vitamines et oligo-éléments, afin d'éviter l'apparition d'un syndrome de renutrition inappropriée. Parfois la dénutrition est telle qu'une hospitalisation en milieu somatique est indispensable, avec dans certains cas la pose temporaire d'une sonde naso-gastrique permettant une renutrition initiale par voie entérale. La renutrition est également indispensable avant de commencer un réel travail psychique, car les possibilités cognitives d'un cerveau sous-alimenté ne sont pas compatibles avec une élaboration psychique adaptée.

Ces approches centrées sur le corps « concret » des patientes sont donc essentielles à différents niveaux, et elles doivent être réalisées en parallèle des soins psychiques, par d'autres professionnels, en différenciant ainsi les acteurs et les espaces de soin.

d. L'approche psychocorporelle

Nous avons pu évoquer plus haut les limites d'un travail psychothérapique à médiation verbale stricte chez ces patientes, nécessitant alors de passer par d'autres formes de soins pour leur permettre d'accéder à leur monde intérieur.

L'approche psychocorporelle permet ainsi aux patientes ayant progressivement désinvesti leur corps, de reprendre contact avec leurs éprouvés, leurs sensations et leurs perceptions corporelles, facilitant ainsi une réappropriation et une réincarnation de leur corps. Ce ressenti corporel sera alors une voie d'accès privilégiée pour retrouver l'accès aux affects et, en verbalisant leur vécu, il pourra faire lien avec l'entité cognitive, permettant ainsi la réunion des différents aspects de soi : le corporel, l'affectif et le cognitif.

Les différentes techniques utilisées ont pour objectif de permettre aux patientes d'habiter leur corps d'une façon plus vivante, ainsi que d'en susciter le désir, de réveiller leur sensibilité et leur capacité à ressentir, ainsi que d'expérimenter le plaisir à travers les mouvements d'un corps en vie. Nous allons ci-après détailler plus spécifiquement certaines de ces médiations psychocorporelles.

La relaxation et techniques apparentées

Les séances de relaxation permettent aux patientes une prise de conscience de leur corps, et les incitent à le poser, tentant de renouer avec un possible relâchement de l'enveloppe corporelle. Elles permettent également de façon guidée d'identifier chaque partie d'un corps ressenti comme morcelé, dans une tentative de réunification. Les exercices de respiration et de détente musculaire favorisent l'intégration et l'éprouvé des limites du corps. Lorsque ces séances ont lieu en postprandial, elles favorisent une conscientisation des phénomènes physiques de digestion. Différentes techniques de relaxation existent, apportant chacune ses spécificités.

Nous pouvons tout d'abord citer la relaxation de Jacobson, associant une contraction musculaire localisée sur une inspiration longue, jusqu'à l'expiration suivante qui initie le relâchement musculaire de la région corporelle en question, dans l'idée de laisser la détente se poursuivre naturellement sur les cycles

respiratoires suivants. Cette méthode est particulièrement adaptée pour les patientes ne pouvant trouver la détente qu'en passant par le dur, la tension hypertonique, avant de pouvoir accéder à une phase de décontraction.

Le Training autogène de Schultz est une autre forme de relaxation bien connue et codifiée, utilisée par de nombreux soignants. Elle associe un parcours verbal du corps, partie après partie, la recherche de sensations corporelles et d'éprouvés sensoriels comme la fraîcheur et la chaleur, ainsi que le ressenti du poids de chaque membre au contact du sol.

La sophrologie est quelque peu différente des séances de relaxation à proprement parler. Dans sa forme classique, la sophrologie caycedienne, elle propose dans un premier temps un inventaire des points d'appui du corps, visant à « réancrer » les patientes et à leur permettre de s'« appuyer » de nouveau sur ce corps. Ensuite, le soignant propose une relaxation à base d'exercices respiratoires, cherchant à retrouver une respiration vraie et profonde, chez des patientes étant la plupart du temps « en apnée » et ne respirant que superficiellement. Enfin, elle utilise l'imagerie mentale pour favoriser un accès à la relaxation en passant par le chemin de la rêverie semi-consciente et de l'imaginaire, dans un lâcher prise du cognitif guidé par une voix rassurante. Cette dernière phase n'est accessible qu'aux patientes étant déjà suffisamment sécurisées pour pouvoir accéder à une part de vie imaginaire ; dans le cas contraire cela peut s'avérer trop anxiogène.

Il existe encore bien d'autres formes de relaxation que nous ne détaillerons pas ici ; elles ont toutes pour objectif l'expérimentation et l'apprentissage d'une détente physique et psychique. Ces séances visent aussi l'acquisition de techniques pouvant être réutilisées par les patientes en dehors des séances, afin d'acquérir une autonomie dans leurs soins.

La psychomotricité

Les séances de psychomotricité, qu'elles soient groupales ou individuelles, permettent aux patientes d'accéder aux ressentis de leur corps en mouvement dans un cadre rassurant et stimulant. La conscience de la posture, ainsi que des perceptions internes et externes, vise à renforcer le schéma corporel et l'image du corps. La conscientisation d'un axe corporel permet d'éprouver et de vérifier une solidité interne le plus souvent mise à mal. Le travail est principalement axé sur la

détente, les ressentis et l'expression. La médiation corporelle permet alors la mise en lien entre motricité, sensibilité et émotions.

Ces séances permettent également d'évaluer où la patiente en est dans son rapport au corps, les principales difficultés qu'elle rencontre, ainsi que sa façon d'utiliser son corps dans la relation à l'autre. Cela favorise l'orientation vers un travail corporel spécifique en fonction des difficultés de chacune. Ce travail corporel perceptif et dynamique vise une meilleure compréhension de l'enveloppe corporelle, ainsi que l'accès aux sensations du corps. La perception de sa propre expérience corporalisée va ainsi pouvoir progressivement modifier son rapport à elle-même et au monde.

L'approche thérapeutique flamande propose une méthodologie holistique appelée thérapie psychomotrice. Cette approche implique la recherche d'une modification du fonctionnement psychique de la patiente par le biais de la motricité, conçue comme l'un des aspects du fonctionnement psychique. Plusieurs études ont évalué l'impact de cette thérapie psychomotrice sur le vécu du corps, et un programme de traitement intégratif et multidimensionnel a été mis en place pour les patientes hospitalisées pour des TCA (Probst, 2003).

La balnéothérapie

La balnéothérapie est une médiation corporelle présentant de multiples intérêts. Les séances peuvent être individuelles ou groupales, se déroulent dans de l'eau chaude, et sont toujours accompagnées par un soignant.

Par ses propriétés, l'eau permet l'atténuation du tonus musculaire et facilite la détente. Sa fluidité enveloppe le corps entier, permettant le ressenti de ses propres limites avec un effet de contenance, et la pression exercée par sa densité sur la peau stimule les voies de la sensibilité. Enfin, l'effet de portage de l'eau crée une sensation de légèreté en diminuant le ressenti du poids du corps.

L'utilisation de l'eau permet une prise de conscience de l'enveloppe corporelle, réveille les sensations, sert d'enveloppe contenante, et les mobilisations réalisées en utilisant sa résistance favorisent une restructuration du schéma corporel. La balnéothérapie est également un espace d'échanges pendant lequel les préoccupations corporelles peuvent être évoquées. L'expression des ressentis du

mouvement et des perceptions corporelles sont favorisées. Cette médiation s'adresse ainsi à la globalité somato-psychique de la patiente, et a pour visée de l'aider à « reprendre corps ».

Le toucher thérapeutique

Toucher ou ne pas toucher, à partir de quand commencer, comment le contact est-il vécu, jusqu'où respecter la réticence des patientes, sont autant de questions importantes à prendre en compte pour l'indication ou non de séances de massage ou de toucher thérapeutique.

En effet, ce contact corporel, ce peau à peau, peut être vécu selon les patientes comme quelque chose de relaxant, contenant et rassurant, ou au contraire comme un acte angoissant et menaçant une enveloppe corporelle poreuse, pouvant alors engendrer des angoisses d'intrusion, voire de fusion. Le toucher est toujours chargé d'émotions, souvent refoulées par les patientes, mais il est aussi une modalité relationnelle.

La visée des séances de toucher thérapeutique est de restaurer une enveloppe corporelle unifiée en faisant ressentir et percevoir leurs limites aux patientes. Il permet également d'apaiser les sensations dysmorphophobiques en apportant des repères plus réels et concrets dans un climat sécurisant. Le toucher organise ainsi la perception de l'enveloppe corporelle ainsi que de l'intériorité du corps (Carrot, Faury et Gaucher-Hamoudi, 2011).

Le toucher peut être, selon les cas, doux et léger avec des effleurements, ou plus insistant et en profondeur. Il peut aussi comporter des mobilisations passives ou des portages, sera adapté à l'état actuel de la patiente, tant physique que psychique, et pourra évoluer au fil des séances. Il pourra également être associé à d'autres stimulations sensorielles telles que des odeurs, une musique, ou encore une luminosité particulière. Lorsque le contact direct est impossible, le soignant peut utiliser le toucher avec un objet tiers tel une balle souple, ou matérialiser l'« entre-deux-corps » par une couverture.

La mise en mots des ressentis lors d'un temps de reprise permet de verbaliser les moments de lâcher prise, ou au contraire les angoisses ou la tension, ayant pu surgir pendant le toucher. Selon Catherine Potel, psychomotricienne, une implication

bimodale du thérapeute est essentielle lors de ces séances de toucher : la première est maternelle et enveloppante, dans une dimension régressive, et la seconde, paternelle, est tout aussi importante à investir dans le lien séparateur sur laquelle toute relation contenantante et structurante repose : « c'est le tissage entre fonction maternelle et paternelle, ainsi que le va-et-vient associatif entre corps et mots, qui va assurer un travail de symbolisation, d'élaboration et de secondarisation » (Potel, 2006).

Pour Joël Clerget, psychanalyste et haptonomiste, « il est une différence entre toucher le corps de chair, percevoir les signes cliniques qu'il émet, et entrer en contact avec le sujet que nous ne savons pas, représenté non par des signes, mais par des signifiants de son histoire. Ce lien, cette relation, est ce qui confère au contact psychotactile sa densité, son poids, son épaisseur et son volume, ce qui fait exister un sujet dans l'épaisseur de son corps » (Clerget, 2006).

La physiothérapie

Kolnes a proposé en 2012 la physiothérapie, qui est une méthode utilisant divers moyens physiques comme l'hydrothérapie, les massages ou encore les exercices physiques comme base de traitement des distorsions corporelles. Ces ateliers portent sur le contact, le contrôle postural, la mise en tension et le relâchement musculaire, et visent une prise en charge tant de la sensibilité que de la conscience intéroceptive de la patiente (Kolnes, 2012).

Atelier de danse

La danse-thérapie est née dans les années 1940, dans la mouvance des thérapies corporelles dérivées de la psychanalyse. Les techniques utilisées sont principalement issues des courants de danse contemporaine, et les séances sont basées sur un travail de conscience corporelle. De nombreuses recherches ont été menées ces dernières années sur les effets thérapeutiques que pouvait apporter la danse pour que les patientes puissent réhabiter leur corps d'une façon vivante et ludique (Dubois, 2010).

Les premières phases d'une séance de danse-thérapie sont en général axées sur des exercices de relaxation et d'étirements, permettant aux patientes de ressentir et d'investir leur corps, avant de passer à des mouvements plus chorégraphiés en lien

avec la musique. Ces ateliers sont réalisés dans une optique d'incarnation d'un corps sensible à la sensorialité, avec une dimension de ludisme et de relation à l'autre par le mouvement dansé (Pommeret, 2001).

Ces séances de danse n'ont pas un objectif de performance mais de retrouvailles d'un mode d'expression à l'autre par le corps, et de reconnexion avec la sensibilité et la sensorialité corporelle.

Atelier de théâtre

Le théâtre a pour objectif thérapeutique la reconnexion à soi et à l'autre par une médiation mobilisant à la fois le corps et l'esprit, permettant ainsi le lien entre ces deux entités souvent clivées. Il mobilise non seulement l'expression verbale, mais aussi affective et corporelle, dans un but d'expression de soi au sein d'un groupe. Ce type d'atelier est également débuté par des exercices de prise de conscience et d'incarnation du corps afin que les patientes puissent être en disposition de l'habiter, de « jouer » avec lui.

Un des principaux intérêts du théâtre réside dans le fait que la dimension du « jouer » permet justement de rendre possible l'expression de fantasmes et d'imaginaire de la vie intérieure, inaccessibles dans la vie « réelle ». La scène théâtrale le permet car elle représente une modalité de distanciation d'avec la scène de la vie inconsciente, la rendant ainsi moins menaçante. Les dimensions de ludisme et de lien à l'autre sont également essentielles dans cet atelier, où l'expression de soi dans un sens global prend une place centrale.

Ateliers de mise en beauté

La dimension du « prendre soin de soi » est souvent mise de côté par les patientes. Le soin du corps, la « mise en beauté », peuvent être complètement désinvestis, réalisés de manière automatique sans conscience ni perception, avec le moins de toucher et de regard sur elles, qu'il soit direct ou par le miroir. Parfois, au contraire, les rituels de coiffage et de maquillage peuvent être surinvestis, mais plus à la recherche d'un masque qui les protégerait du regard de l'autre que dans une mise en valeur d'elles-mêmes. Il peut également exister dans certains cas une dimension de séduction, mais restant coupée de tout investissement sexualisé.

Cet atelier vise à ce que les patientes puissent se réapproprier les soins apportés à leur corps et réapprendre à le mettre en valeur dans une position plus juste. Elles sont invitées à parler de leur corps, de leur reflet, de leurs sensations pendant les soins. L'atelier de « mise en beauté » facilite ainsi l'expérimentation d'instantanés agréables autour du corps, et leur permet d'apprendre à regarder leur reflet dans le miroir, ainsi que dans le regard de l'autre.

Essayage de vêtements

L'enveloppe vestimentaire est une dimension très importante chez les patientes souffrant de TCA, et peut prendre différentes formes. Des vêtements amples peuvent ainsi servir à cacher un corps trop maigre, mais aussi à « se perdre » dans des tissus amples et flous ; le flottement dans les vêtements est alors en résonance avec un corps « flottant » et mal limité. Dans ce cas, le flou du corps est recherché, le ressenti de sa propre enveloppe charnelle s'avérant angoissant. Pour d'autres patientes, la « deuxième peau vestimentaire » s'orientera vers des vêtements toujours plus serrés, comme pour (re)créer une enveloppe contenante et sécurisante, venant « tenir » ou « maintenir » un corps pouvant leur échapper. Ces vêtements serrés viendraient alors suppléer une enveloppe corporelle défaillante.

L'inclusion d'un tiers dans la question vestimentaire est alors loin d'être anodine, et peut être vécue comme très intrusive. Il semble important d'attendre que la patiente ait déjà commencé à cheminer dans l'évolution de son rapport au corps pour pouvoir lui proposer. Cet accompagnement pourra débuter par un tri dans les propres vêtements de la patiente, afin de l'aider à reconnaître ce qui lui va, et de prendre conscience de sa taille réelle, avant d'aller vers des essayages de vêtements nouveaux. Le soignant amènera la patiente à verbaliser autour du choix des vêtements, de ses représentations, des perceptions corporelles et du regard qu'elle peut porter sur elle.

L'activité physique adaptée

Pendant longtemps, l'activité physique était totalement proscrite chez les patientes souffrant de TCA tant que leur IMC restait trop bas. Cela est en train d'évoluer : d'une part, des études ont montré qu'une activité physique adaptée pendant la reprise de poids était intéressante au niveau musculaire, et d'autre part, les patientes présentent le plus souvent une hyperactivité physique.

La proposition d'une activité physique accompagnée et adaptée permet de prendre en compte ce symptôme, et d'aider la patiente à en faire quelque chose de positif, en essayant de transformer cette hyperactivité compulsive en une activité physique plus douce et adaptée aux besoins de son corps.

Différents programmes d'activité physique adaptée ont été élaborés, et ont montré leur intérêt par rapport à la restauration d'une image corporelle plus réaliste (Laumer, 1997), mais aussi à l'acceptation du soin et à l'amélioration de l'estime de soi (Tolomio, 2007).

D'autres études évaluant l'impact de l'activité physique adaptée sur les sujets atteints de TCA ont retrouvé une amélioration du bien-être psychologique (de Matos et al., 2009), ainsi qu'une meilleure acceptation de leur corps et une resocialisation au sein d'un groupe de pairs (Carraro et al., 1998).

Les médiations sensorielles

On ne pense pas spontanément aux médiations sensorielles en tant que médiations « corporelles », et cependant les organes des sens font partie intégrante de notre corps. Les médiations sensorielles, réactivant souvent des affects enfouis, permettent de réassocier corps et émotions en passant par l'activation d'un ou plusieurs sens.

Le travail à partir d'odeurs par exemple peut permettre une remise en mouvement associative en court-circuitant l'intellect, non sollicité en passant par le sensoriel, et venant souvent parasiter chez ces patientes la possibilité de « ressentir ». Il peut s'agir également d'un contact tactile avec des objets cachés, ou de sons produits sans être visibles. Chaque sens stimulé pourra faire émerger son lot de souvenirs, et l'un d'eux peut être privilégié selon le vécu de la patiente.

Il réactive les traces sensorielles du passé auxquelles sont associées des émotions, une « mémoire sensorielle », et peut être une voie d'accès à la régression en induisant une quiétude sensorielle.

Travail sur les limites et les volumes du corps

Différents moyens peuvent être utilisés afin de permettre aux patientes de prendre conscience des limites et volumes réels de leur corps, ainsi que du

décalage avec ceux qu'elles imaginent. Ces outils sont le plus souvent utilisés en accompagnement individuel.

Un travail avec des colliers de perles permet de jauger des impressions subjectives de la taille de différentes parties du corps de la patiente, en le confrontant ensuite avec la taille réelle. La patiente réalisera par exemple un cercle représentant ce qu'elle imagine être la taille de son tour de cuisse avec le collier de perles, puis un soignant fera avec elle le tour de sa cuisse, pour ensuite mettre côte à côte la taille imaginée et la taille réelle, permettant une prise de conscience dans le réel des perceptions erronées des volumes corporels.

D'autres types d'accompagnement peuvent être proposés dans cette même optique, comme un travail sur les silhouettes, lors duquel la patiente dessinera sur une grande feuille de papier la silhouette qu'elle pense être la sienne, puis cette silhouette imaginée et représentée sur le papier sera, avec l'aide d'un soignant, confrontée à la silhouette réelle de la patiente.

Il existe de multiples autres formes d'accompagnement, à inventer et réinventer selon la créativité de chaque soignant. Ces différents ateliers pourront être pris en photo afin de « faire trace », et pourront être répétés afin de suivre l'évolution de l'image du corps de chaque patiente.

Travail avec le miroir

La relation des patientes avec le miroir peut être diverse. Il est parfois fuy, pour éviter la confrontation à une image que l'on ne reconnaît pas comme soi, ou qui confronte brutalement à la réalité et perturbe l'image erronée construite psychiquement. Pour d'autres, ce reflet est recherché à outrance, dans des comportements de vérification répétés, vérification de « soi », dans une relation ambivalente et quasi-obsessionnelle.

Miroir, miroir... dis-moi qui je suis... La réponse à cette requête est souvent vécue comme une expérience désagréable, voire insupportable. Donc, il n'est pas recommandé d'introduire le miroir d'emblée dans le soin. Ce travail pourra se faire lorsque l'évolution de la patiente permettra que le reflet du miroir puisse également

être une rencontre avec son miroir intérieur, ce qui suppose qu'elle ait déjà avancé sur sa perception corporelle et son image d'elle-même.

Les objectifs du travail avec le miroir sont multiples. Il y a d'abord une confrontation à la réalité, à l'image concrète plutôt qu'à l'image « imaginée ». Ensuite, le miroir est utilisé pour aider la patiente à se recréer une image du corps plus en adéquation avec le réel, et à travailler sur les perceptions erronées. Le travail du miroir peut également être couplé à un travail sensoriel, un travail de toucher, afin que les différentes perceptions puissent former une unité à partir d'éléments morcelés.

e. Discussion autour des médiations corporelles

La place des thérapies à médiation corporelle dans la prise en charge des TCA

La plupart des services spécialisés dans les TCA prennent en compte l'importance de l'abord corporel dans leur prise en charge des patients. Cependant, il semblerait que la vision des thérapies à médiation corporelle comme pouvant avoir un impact sur le psychisme de l'individu ne soit pas encore réellement entrée dans les représentations des soignants, et cela modifie notablement leurs pratiques.

Le corps est ainsi le plus souvent considéré comme l'objet de soins, et non comme sujet de la relation à soi. Il représente alors un autre « corps objet », pouvant être instrumentalisé vers un mieux-être corporel, mais sans lien avec un mieux-être psychique. Le clivage corps-esprit semble donc encore difficile à surmonter dans la prise en charge globale des patients ; il y aurait d'un côté la prise en charge du psychisme par les thérapies verbales, et de l'autre la prise en charge du corps par les médiations corporelles.

De plus, certains spécialistes, bien que réalisant l'importance des thérapies du corps pour traiter les pathologies de « l'archaïque » (Corcos, 2005), sont parfois démunis au niveau des propositions concrètes qu'ils peuvent faire à leurs patients en termes de soins corporels. En effet, ils ont pu constater le caractère délicat de leur rapport au corps et au toucher, et peuvent alors se montrer très prudents quant à l'indication de ce type de soins.

Pour Didier Anzieu, « le corps reste le grand absent, le méconnu, le dénié dans l'enseignement, la vie quotidienne, le structuralisme linguistique et le psychologisme de beaucoup de thérapeutes ». Pour lui, le corps est une dimension vitale de la réalité humaine, dimension sur laquelle s'étaient toutes les fonctions psychiques (Anzieu, 1995).

Les limites du travail corporel

Il est essentiel de prendre en compte certaines limites et réticences des patientes, et de se réinterroger régulièrement sur le sens des médiations proposées. La distance nécessaire est à respecter en entendant le besoin de reconstruction dans la relation à l'autre, notamment lorsqu'il y a eu des expériences traumatiques mettant en jeu le corps, traumatismes pouvant être réactivés lors de contacts physiques.

Le toucher peut ainsi raviver des vécus d'intrusion, réels ou fantasmatiques, et doit donc être utilisé avec prudence. Selon Corcos, si les soins corporels sont vécus sur un mode intrusif, cela peut « casser quelque chose », et il pourrait alors y avoir transformation d'une raideur en liquéfaction, voire en déliquescence (Corcos, 2005). Pour les patientes ayant au contraire vécu le manque d'avoir été touchées lors des interactions précoces, le toucher, visant spontanément à réparer ce manque, peut alors le réactiver et les blesser.

Il est ainsi essentiel de pouvoir apprécier le « toucher supportable », spécifique à chacune et évolutif, celui qui sera bénéfique et reconstructeur, et non pas menaçant. Le caractère empirique et intuitif de l'indication et de la réalisation de ces médiations corporelles souligne le manque d'expertise de la subjectivité corporelle (Duprat, 2007).

Dans les médiations n'impliquant pas le toucher physique, le soignant n'est pas pour autant dégagé de la problématique émotionnelle. Le regard, la posture, le son et le débit de la voix, sont autant de voies de communication suscitant des réactions émotionnelles, et peuvent être l'expression d'attitudes et contre-attitudes plus ou moins conscientes, qu'il faut pouvoir analyser et interpréter, afin de comprendre leur portée et de les utiliser à bon escient.

Médiation groupale ou individuelle

L'indication des médiations groupales ou individuelles est une donnée importante, ne présentant pas les mêmes enjeux pour les patients. Elle doit être réfléchie en amont, selon les difficultés et les objectifs de chaque patiente. Il peut souvent y avoir en parallèle des prises en charge groupales et individuelles.

La médiation individuelle permettra un environnement sécurisant, enveloppant, dans une relation duelle avec le soignant qui ne se consacrera qu'à une patiente. Elle aura une fonction plus maternante, et permettra l'expression de mots ou d'affects qui peut-être ne pourraient pas se faire au sein d'un groupe. Mais la médiation individuelle peut aussi avoir un côté angoissant dans une dualité intrusive, le regard de l'autre pouvant devenir un miroir intolérable.

L'approche groupale permet à la patiente de trouver et prendre sa place au sein d'un groupe, s'y exprimer et apprendre à tolérer le regard de l'autre, et à s'en servir comme autant de miroirs pouvant lui apporter leur reflet (Carrot, Faury et Gaucher-Hamoudi, 2011). La co-construction d'un travail groupal n'est pas simple pour ces patientes en difficulté avec leurs propres frontières : il peut les rassurer en percevant les difficultés des autres proches des leurs, ou les angoisser, pouvant générer un sentiment de fusion et d'indifférenciation, ou un sentiment d'intrusion par des regards persécuteurs.

L'implication du thérapeute

Il existe donc une palette de médiations corporelles à disposition du soignant, mais c'est l'engagement personnel de ce dernier qui permettra de mettre ses propres éprouvés au service du travail de la patiente. Il s'agit en effet d'un travail corporel partagé, accompagnant la patiente vers une mise en lien psychocorporelle.

Le thérapeute joue également un rôle essentiel lors de la reprise avec les patientes de ce qui a pu se passer pendant les séances, en lui prêtant sa « capacité à penser ». La mise en mots des éprouvés corporels facilitera un retour au calme et l'émergence d'une pensée sur soi. C'est cette implication psychocorporelle du thérapeute qui sert de base à la fonction miroir décrite par Winnicott, ou à la fonction alpha de Bion (Ciccone, 2001). Cet engagement personnel rend nécessaire pour le

soignant un travail de mise à distance en séance, une reprise en équipe, et si possible une supervision.

Intérêt des médiations thérapeutiques

L'abord de la patiente au travers d'une médiation présente de nombreux intérêts. Elle permet de trianguler une relation pouvant s'avérer intrusive, voire persécutante, et favorise ainsi l'émergence et l'expression d'affects qui n'auraient pu l'être directement. L'échange avec le thérapeute ou les autres patientes peut alors se faire par le biais d'un autre langage, et une relation transférentielle est permise au travers de l'activité médiatrice.

La médiation peut servir de lieu de projection ou d'élaboration de sentiments et d'émotions refoulés en dehors de la vie psychique de la patiente, mais pouvant apparaître au travers de cet objet tiers de façon moins menaçante. La vie fantasmatique et imaginaire, le plus souvent verrouillée, peut ainsi être approchée d'une manière détournée et progressivement reprendre place au sein de la vie psychique.

L'activité médiatrice peut également permettre la réémergence d'une forme de créativité qui, en parallèle de la vie imaginaire, n'a plus d'existence au profit d'une surintellectualisation sans âme. Elle permet aussi de renouer avec quelque chose de plaisant, ludique, sans but de performance.

Les thérapies à médiation corporelle ont en commun de permettre aux patientes une modification de la relation à leur corps, et de réaliser un lien entre corps, esprit et émotions dans un cadre sécurisé. Cependant, Il est important de souligner la diversité de ces thérapies, revêtant chacune des spécificités et n'étant pas interchangeables.

« Avant les séances, mon corps est vide puis c'est comme si mon esprit venait « remplir » mon corps, s'appuyer contre les murs de mes membres et de mes pieds. J'essaye de rétablir la connexion entre mon corps et mon esprit » (Témoignage d'une patiente après une séance de psychomotricité). Ce témoignage illustre bien la difficulté d'unifier corps, esprit et affects et la recherche des limites de l'enveloppe corporelle.

Partie 3 – VIGNETTES CLINIQUES

Dans cette partie, nous allons vous proposer le parcours de trois patientes en nous centrant plus spécifiquement sur leurs difficultés corporelles, les soins qui ont pu leur être proposés, leur évolution, et les hypothèses et questionnements que ces patientes ont pu soulever.

A- Vignette clinique 1 : Alyzée, 34 ans

Alyzée a 34 ans lorsque nous la rencontrons pour une prise en charge hospitalière de ses TCA ; cependant, elle a déjà un long parcours derrière elle.

Histoire des troubles

Les TCA d'Alyzée débutent à l'âge de 12 ans, par des vomissements post-prandiaux survenant après des excès alimentaires. Mais elle a pu rapporter une relation singulière à l'alimentation pré-existante : elle se souvient en effet de sensations « jouissives » lors de petit-déjeuners ou de goûters pendant son enfance, lui procurant un plaisir intense auquel elle avait des difficultés à mettre un terme. Elle ne met pas en lien ces premières expériences alimentaires avec des angoisses ou un besoin de réassurance, mais on peut imaginer que l'intensité des sensations procurées par ces premières prises alimentaires pouvait venir tenter de combler une carence affective et des difficultés dans les relations familiales. L'objet nourriture a ainsi pu venir symboliser un lien familial insuffisamment sécurisant, et l'effet de réassurance produit par ces premières expériences a fait le lit de la réémergence des TCA lors de périodes pendant lesquelles les angoisses abandonniques seront plus prégnantes.

L'adolescence d'Alyzée a été marquée par des TCA irréguliers, mais surtout par l'expérimentation de divers toxiques : alcool, cannabis, et parfois MDMA, ou encore cocaïne, qu'elle consommait en contexte festif, avec des adolescents ou jeunes adultes plus âgés qu'elle. Elle faisait usage de ces produits de façon plus ou moins occasionnelle, mais rapporte une augmentation progressive des doses.

Les TCA se sont majorés lorsqu'elle a pris un appartement seule pour débiter ses études, avec une alternance de restriction pendant la journée et de crises de boulimie le soir en rentrant chez elle. Les crises de boulimie pouvaient être pluriquotidiennes lors de journées sans cours.

Les prises de toxiques étaient toujours présentes, prenant toutefois moins de place que les TCA, et une dépendance aux benzodiazépines se développe en parallèle. On note également une prise concomitante de laxatifs, diurétiques et de divers produits anorexigènes.

En alternance avec ses études, Alyzée effectue plusieurs voyages à l'étranger pendant lesquels les TCA prennent moins de place. Elle peut dire à posteriori avoir entrepris ces voyages dans un but de fuite de ses troubles alimentaires, mais aussi de mise à distance de l'environnement familial, ainsi que dans une recherche de sensations : le départ vers l'inconnu représentait ainsi pour elle une source d'excitation pouvant temporairement suppléer aux sensations recherchées par les crises de boulimie ou la prise de toxiques. Cependant, cet état d'euphorie qu'elle relie à l'espoir d'un renouveau ailleurs était de courte durée, et rapidement la résurgence d'angoisses liées à la séparation entraînait une recrudescence des TCA et un retour en France à proximité de l'environnement familial.

C'est à 26 ans, alors qu'elle vit à l'étranger, en couple, qu'elle parle pour la première fois de ses TCA à son entourage, en l'occurrence son compagnon de l'époque. Après cette révélation elle perd rapidement 10 kilos, justifiant cette chute pondérale par une possibilité de « montrer » son mal-être jusque-là caché. Cette perte de poids inquiète sa famille et motive un nouveau retour en France, d'abord au domicile parental, puis dans un appartement seule. Elle entame à ce moment les premiers soins addictologiques, axés sur la consommation de produits, et reprend parallèlement une formation professionnelle de conseil en image.

Cette prise en charge en addictologie lui permet, au bout de plusieurs années, de se sevrer complètement des toxiques et médicaments dont elle était dépendante. Un groupe d'entraide pour le sevrage des toxiques est encore actuellement très investi, Alyzée s'y rendant chaque semaine et se référant souvent à sa marraine, semblant faire office de figure parentale de substitution.

Elle déménage ensuite vers 30 ans pour la poursuite de ses études, et c'est il y a trois ans qu'elle entame des soins spécifiques pour les TCA dans la région, d'abord en hôpital de jour, puis en hospitalisation complète.

Éléments biographiques

Alyzée est la troisième d'une fratrie de quatre. Elle a une sœur et un frère aînés, ainsi qu'un frère cadet. Son père est issu d'une famille aisée ; Alyzée parle d'une famille paternelle froide, dans laquelle on n'exprime pas ses ressentis. Elle décrit son père comme un homme rigide, parlant peu, mais la « terrorisant ». Il présentait un trouble de l'usage de l'alcool et pouvait être violent verbalement, mais pas physiquement. C'est dans la maison familiale paternelle qu'elle passe, enfant, tous ses étés.

Elle parle d'une grand-mère paternelle stricte et autoritaire, et d'un grand-père qu'elle a le sentiment de ne pas avoir connu. Ses deux grands-parents paternels sont décédés il y a quelques années, à intervalle court, ce qui a provoqué un chamboulement familial. En effet, le frère aîné de son père, présentant une déficience mentale et un trouble de l'usage de l'alcool, ainsi que sa sœur cadette, étaient tous deux très dépendants de leurs parents et sont aujourd'hui en grande difficulté devant cette autonomie soudainement imposée. Seul l'autre frère de son père s'est marié et a une vie de famille, avec des cousins germains qu'elle a pu côtoyer.

La mère d'Alyzée est issue d'un milieu agricole, plus simple, avec un mode de relation entre les membres de la famille décrit comme plus proche et affectivement démonstratif. Elle a elle-même présenté des TCA durant son adolescence, troubles dont sa fille ne sait pas grand-chose. Alyzée décrit la relation avec sa mère comme fusionnelle, et était également très proche de sa grand-mère maternelle, aujourd'hui décédée, à qui elle déclare ressembler beaucoup : « fragile et forte à la fois ».

On remarque un fonctionnement familial très fermé, en vase clos, avec deux familles plutôt opposées sur le plan social. Il y a beaucoup de non-dits et une problématique de liens sous-jacente avec des figures d'autorité effrayantes, une conflictualisation impossible et une prise d'autonomie difficile. On note également

l'existence de plusieurs troubles addictifs dans la famille, présents à toutes les générations.

Rapport au corps

Lors des périodes de prise de toxiques et d'alcool, Alyzée s'est régulièrement mise en danger sur le plan sexuel ; elle explique qu'elle vivait alors son corps comme un objet ne méritant pas de respect, lui imposant ce que sa tête lui dictait. Elle ne ressentait aucune émotion lors de ces rapports sexuels, qui étaient recherchés et consentis, mais sans réel désir, plutôt dans une recherche de reconnaissance à travers cette position vis-à-vis de l'homme. On peut remarquer ici la problématique identitaire ainsi que la dimension narcissique sous-jacentes aux conduites d'Alyzée.

L'hyperactivité physique occupait et occupe encore une place importante au sein de ses troubles. Avant l'hospitalisation, elle s'imposait une heure de course à pied à jeun tous les matins, dans un but de recherche de sensations, et comportant également une dimension punitive. On observe cette recherche de « shoot » commune à ses différentes conduites : crises de boulimie, prise de toxiques ou hyperactivité physique. Ces sensations fortes semblent venir court-circuiter des éprouvés affectifs et émotionnels trop douloureux et impossibles à ressentir. Alyzée pourra ainsi décrire la même sensation de craving précédant ces différentes conduites, ainsi que le relâchement temporaire d'une tension interne après sa réalisation, ou sa majoration si elle est empêchée.

Lors de l'hospitalisation, il lui sera ainsi très difficile de se passer d'hyperactivité physique. Ce manque générant une tension interne importante nous a conduit, au vu de sa normalité pondérale et d'autres facteurs pris en compte, à l'accompagner lors de footings bihebdomadaires. Cet accompagnement particulier a cependant fait l'objet de discussions et d'interrogations au sein de l'équipe soignante. En effet, il s'agit d'une prise en charge inhabituelle ayant suscité de multiples questionnements : Allions-nous rentrer dans son mode de fonctionnement en lui accordant ce type de pratique ? Comment l'accompagner de façon sécurisée et sécurisante dans une activité à valence soignante et non addictive ? Pouvons-nous l'aider autrement à diminuer sa tension interne, Alyzée exprimant par ailleurs un refus catégorique de traitement chimique, mettant en avant ses antécédents de mésusage médicamenteux ? Devant les angoisses massives et le refus des médicaments, il

nous a fallu imaginer d'autres moyens. Nous nous sommes alors appuyés sur des accompagnements réalisés dans l'unité voisine de la nôtre, spécialisée dans les addictions avec produits, pour lui proposer cette aide spécifique. Cette prise en charge a été accompagnée par un infirmier référent qui s'est proposé, et pour qui la course à pied est une pratique régulière. Il a ainsi été porteur de cet accompagnement, cadré lors de deux temps hebdomadaires repérés. Cet accompagnement semble avoir été bénéfique pour Alyzée qui a pu rapporter une dimension de plaisir « cadré », et a ensuite pu modifier sa pratique sportive.

Sur le plan de l'enveloppe corporelle, Alyzée prend particulièrement soin de son corps et porte une attention spécifique à ses tenues vestimentaires, exhibant parfois son corps de manière exagérée. Elle présente de nombreux tatouages et piercings venant souligner certaines parties du corps : certains sont situés sur des régions à valence sexuelle comme la zone pubienne, le bas du dos ou le décolleté, et d'autres soulignent des zones de creux et de plein : sous l'os de l'omoplate, la nuque, ou encore le haut de l'épaule. Chaque tatouage a une valeur symbolique et est situé dans un endroit bien réfléchi. On observe ici toute la dimension de « maquillage » du corps, la fonction de seconde peau protectrice pouvant être « montrée » tout en cachant et protégeant un Moi sous-jacent fragile.

Evolution

Alyzée arrive dans l'unité avec une demande d'aide immédiate à l'arrêt de ses troubles alimentaires, qu'elle nomme « sa dernière addiction ». Elle projette en effet de créer son entreprise, et ne peut envisager de débiter cette nouvelle carrière professionnelle tant que persistent ses troubles. On note dans cette demande une grande exigence, avec des objectifs ambitieux, et une difficulté à s'en décaler et à tolérer la frustration. Cette dimension d'immédiateté et les motivations sous-tendant sa demande, ainsi que les réactions démonstratives lors de tension interne majeure ou de frustration, viendront emboliser le début des soins, et il nous faudra plusieurs semaines avant de pouvoir accéder à des affects authentiques, jusque-là inconnus d'elle autant que de nous.

Les premiers temps seront très difficiles, le sevrage des crises de boulimie et de l'hyperactivité physique suscitera en effet la résurgence de tensions internes majeures se manifestant régulièrement par des pleurs et des crises d'angoisse. Elle

poursuivra le refus catégorique de toute aide médicamenteuse, malgré nos tentatives d'explications et de réassurance. En effet, l'idée de pouvoir imaginer être de nouveau sous la dépendance d'un produit semblait inenvisageable, et elle défendait farouchement sa volonté de « faire sans », mais pas « seule ». Nous respecterons donc ce choix en tentant de trouver d'autres moyens de l'aider à gérer ces états émotionnels intenses, pouvant parfois aller jusqu'à déclencher des velléités auto-agressives.

Cependant, au fil des semaines, Alyzée est parvenue à appréhender ses émotions sans nécessairement avoir un recours immédiat à un court-circuit émotionnel du registre addictif. Elle semble avoir pu les découvrir et les apprivoiser progressivement, leur survenue devenant tolérable, puis élaborable. Elle pourra ainsi exprimer son sentiment de clivage entre trop d'émotions la débordant, ou une mise à distance radicale de celles-ci par la recherche de sensations corporelles intenses. Nous l'accompagnerons progressivement dans une identification et une acceptation de ses émotions, dont le vécu deviendra peu à peu moins menaçant pour son intégrité psychique, jusqu'à pouvoir être reconnues comme faisant partie d'elle-même.

Sur le plan familial, il sera difficile de réaliser des entretiens avec les parents d'Alyzée, ceux-ci étant à la retraite mais très pris par divers engagements associatifs. Il a cependant pu être abordée avec eux la question de l'autonomie, matérialisée notamment par la gestion financière qui persistait comme un dernier cordon ombilical. Les parents venaient en effet régulièrement combler les déficits du compte en banque de leur fille, et cette dernière pouvait également les solliciter sur ce point. Cette situation ne semblait plus acceptable des deux côtés, mais la décision de changer ce mode de relation semblait très difficile, venant réactiver des angoisses abandonniques. Nous avons ainsi pu travailler la question de la persistance du lien en parallèle avec la prise d'autonomie.

Alyzée est actuellement en couple stable, avec un compagnon qu'elle décrit comme aidant, compréhensif, ayant lui-même traversé des difficultés sur le plan addictologique. Elle se projette dans l'avenir avec lui, mais ses difficultés concernant les rapports intimes reviendront plusieurs fois sur le devant de la scène, faisant écran aux dimensions satisfaisantes de leur relation, comme le partage de nombreuses

valeurs communes. Cependant, ces difficultés pourront être travaillées et Alyzée rapportera lors d'un retour de permission une première soirée sans appréhension, sans envahissement psychique par des préoccupations corporelles ou alimentaires, ayant pu laisser la place à des rapprochements intimes spontanés avec un vécu agréable.

Il a été compliqué au début d'accompagner Alyzée sur le plan corporel, chaque toucher semblant venir réveiller une angoisse de dissociation entre corps et esprit, sentiment qu'elle a pu vivre à de nombreuses reprises lorsqu'elle imposait à son corps des actes qu'elle ne désirait pas. Il lui a fallu du temps pour pouvoir poser et imposer ses propres limites, et ne plus reproduire le clivage mis en place depuis longtemps dès qu'une menace d'intrusion apparaissait. Comme pour la gestion émotionnelle, cet accompagnement se fera très progressivement, avec parfois des périodes de régressions, pour mieux continuer à avancer.

Elle pourra finalement sortir de l'unité avec le sentiment d'avoir acquis des bases solides, en ayant pu expérimenter des solutions autres que le recours immédiat à l'agir addictif pour gérer ses états internes. Lors de sa dernière permission, Alyzée a ressenti le besoin de réexpérimenter une crise de boulimie, qui ne lui procurera pas les sensations escomptées et restera unique. Malgré les sentiments de culpabilité et de honte que cette conduite a engendrés, elle a pu accueillir cette absence de sensations connues avec soulagement et peur à la fois : soulagement de ressentir que son état interne ne reposait plus sur ses anciennes conduites, et peur de quitter un monde de sensations connues. La fin de l'hospitalisation sera marquée émotionnellement par une tristesse plus présente, évoquant le début d'un deuil des conduites addictives l'ayant accompagnée durant de nombreuses années.

Conclusion

Il m'a semblé intéressant de présenter cette patiente pour qui les TCA s'inscrivent dans une problématique plus large, avec une multiplicité des conduites addictives et de nombreux moyens d'attaques du corps comme autant de moyens d'expression d'une dépendance familiale complexe, sans possibilité de verbalisation.

Ces multiples atteintes corporelles revêtent une valeur identitaire comme en témoignent ses revendications d'une prise en charge singulière, révélant la dimension narcissique de ses troubles.

Les modalités de ses conduites addictives ainsi que le type de début des TCA et la place du corps nous ont questionnés sur l'existence d'abus sexuel antérieur, ce que la patiente a réfuté. Il est cependant probable qu'il ait pu exister un climat incestuel non agi au sein de la famille, rendant les liens directs dangereux. Il apparaît ainsi que le climat familial insécurisant, engendrant des tentatives de mise à distance alternant avec des rapprochements insupportables, puisse être le lit de cette problématique des liens, avec de multiples tentatives de réassurance par des objets externes apparaissant plus sécurisants et stables. Les liens familiaux complexes semblent ne pouvoir exister au sein de cette famille que par l'intermédiaire d'objets médiateurs concrets tels que l'alimentation ou l'argent.

On remarque ici toute la fonction de mise à distance émotionnelle de ces conduites addictives multiples, dans une recherche d'étouffement d'émotions insupportables et inélaborables sous des sensations toujours plus intenses. Cependant, malgré l'intensité et la durée des troubles, la prise en charge en hospitalisation a permis à Alyzée de se décaler de ce fonctionnement et d'expérimenter dans un cadre sécurisant d'autres moyens de gestion de ses angoisses et de ses émotions.

B- Vignette clinique 2 : Solène, 24 ans.

Histoire des troubles

Déjà pendant l'enfance de Solène, la relation à l'alimentation de sa famille était singulière et marquée par une dimension individuelle. En effet, les repas familiaux n'étaient pas structurés : la famille se retrouvait ensemble à table mais chacun se préparait ce qu'il souhaitait de son côté. Il n'y avait pas de plat commun et il semblerait que chaque membre de la famille ait développé ses propres habitudes alimentaires. Solène se souvient notamment que sa mère se préparait toujours des « plats light », et que ces régimes maternels à répétition la préoccupaient.

Les années du primaire et du collège se sont plutôt bien passées pour Solène : sur le plan social, elle était entourée d'amis, et sa scolarité se déroulait sans difficultés. A la fin du collège elle commence à sortir régulièrement avec ses amis et rapporte des conduites à risque, notamment sur le plan sexuel, liées à une consommation festive d'alcool.

Elle relate notamment une relation amoureuse estivale avec un garçon « qui se droguait » et se montrait harcelant envers elle. C'est avec ce garçon qu'elle connaît sa première relation sexuelle, vers 15 ans, relation plus ou moins consentie selon elle, et comportant une dimension de domination. Cette relation est de courte durée, mais Solène a encore des liens avec ce premier amoureux, qui la solliciterait régulièrement notamment en termes de menaces de passages à l'acte auto-agressifs, suscitant toujours chez elle une forte culpabilité.

Durant cet été débutent des conduites d'hyperphagie boulimique, elle dit avoir ressenti le besoin d'ingurgiter de grandes quantités de nourriture sans faim, lui faisant prendre six kilos en quelques mois. Elle entame alors un régime au terme duquel elle retrouve son poids antérieur, sans que cela semble n'avoir pris trop de place.

Deux ans plus tard, elle fait sa rentrée dans une école d'esthéticienne, et c'est à ce moment que les conduites de restriction débutent massivement : elle perd vingt kilos en une année. Il n'y a pas de conduites de purge –elle parle d'ailleurs d'émétophobie- ni d'autres conduites addictives associées. Elle explique ce

déclenchement anorectique par le sentiment d'avoir perçu toutes les filles de sa classe comme étant très minces, et avoir voulu leur ressembler. A ce moment elle débute un suivi ambulatoire qu'elle interrompra au bout d'un an, ayant repris quelques kilos et estimant ne plus avoir besoin de soins.

Au cours des années suivantes, elle ne bénéficiera d'aucun soin spécifique, et sera très isolée sur le plan social et familial. Elle décrit en effet une relation conflictuelle avec sa famille, qui ne « la comprend pas », et une mise à distance de ses amis en raison de ses comportements ritualisés. Elle habite seule pendant ces années, et travaille en tant qu'esthéticienne. Son alimentation ainsi que son mode de vie sont très ritualisés, et son poids restera stable avec un IMC autour de 15kg/m².

C'est une intervention chirurgicale au niveau anal qui marquera le début d'une nouvelle chute pondérale quelques années plus tard. Elle relate un nouveau déclenchement du mécanisme anorexique après une perte de poids spontanée post-opératoire, perte de poids initialement liée à des troubles intestinaux. Quelques mois après cette opération, un deuxième évènement traumatique viendra jouer un rôle important tant sur le plan personnel que familial : le mari de sa tante maternelle décède des suites d'une longue maladie, et cet homme remplissait jusqu'alors une fonction de figure masculine qu'elle investissait beaucoup.

Elle débute à ce moment des soins spécifiques sous forme de consultations ambulatoires, puis devant une dégradation thymique avec idéations suicidaires, elle sera hospitalisée en psychiatrie où elle restera trois mois. Pendant ce séjour, une sonde naso-gastrique sera posée devant l'aphagie quasi-totale, et plusieurs traitements seront instaurés : un antidépresseur, des anxiolytiques et un somnifère fortement dosé.

Au terme de cette hospitalisation, elle fera un bilan d'une semaine dans notre unité d'hospitalisation, puis reviendra un mois plus tard pour une hospitalisation à temps plein.

On remarque la difficulté de Solène à se faire aider, et sa tendance à vouloir se débrouiller seule ; les traitements médicamenteux, qui prendront beaucoup de place durant l'hospitalisation, semblent souvent être le seul moyen de médiatiser cette demande d'aide.

Éléments biographiques

Solène est l'aînée d'une fratrie de trois filles ; elle a deux sœurs jumelles de quatre ans plus jeunes. Nous apprendrons plus tard durant la prise en charge que la naissance de Solène fut précédée par une fausse couche tardive d'un fœtus de sexe masculin. La nouvelle grossesse fut ensuite difficile à survenir, et la mère de Solène l'a vécue dans un climat très anxieux, avec la peur constante de perdre ce bébé très attendu.

Solène raconte avoir été la « princesse » pendant ses quatre premières années de vie, ayant été très entourée par les adultes. Lors de la naissance de ses sœurs, elle a le sentiment de ne plus avoir de place dans la famille, ses parents étant très occupés par les deux nouvelles-nées. Ce sentiment a ensuite perduré, et elle continue à se sentir « à part », en décrivant une relation fusionnelle de ses sœurs, dont elle se sent exclue.

Elle passe d'ailleurs beaucoup de temps chez ses grands-parents maternels, où elle peut retrouver un climat rassurant en étant de nouveau le centre de l'attention des adultes. Dans cette famille maternelle, elle est également très proche de sa tante, sœur cadette de sa mère, qu'elle décrit encourageante, dynamique et soutenante, ainsi que de la fille aînée de cette tante, cousine de quelques années son aînée. Cette cousine passe également du temps chez les grands-parents maternels et fait office de « sœur aînée » pour Solène. On peut remarquer que toutes les femmes de la lignée maternelle semblent ainsi être des modèles admirés, sauf sa propre mère, décrite comme distante, et dont elle dit ressentir un manque de relation affective.

La famille paternelle, elle, est décrite comme plutôt sévère et stricte, parlant peu. Solène n'entretient pas de relation très proche avec ses grands-parents, ni avec son parrain, frère cadet de son père. Son grand-père paternel est décédé il y a un peu plus d'un an d'une mort brutale, et le deuil semble très difficile à faire pour la famille, qui se rassemble autour de cette mort d'une figure patriarcale.

Il est intéressant de noter les différences rapportées par Solène au sujet de ses sœurs jumelles : la première est décrite comme plutôt ronde et gentille, et la seconde, plus fine, serait également « méchante ». La minceur et le côté rigide,

sévère, voire agressif semblent également associés à la famille paternelle, tandis que la rondeur et la gentillesse seraient liées à la famille maternelle. Solène semble être la seule à faire exception à ce schéma et à être dans un entre-deux : elle s'identifie à la famille maternelle malgré sa maigreur.

Rapport au corps

La relation au corps est omniprésente dans l'histoire et les troubles de Solène.

Elle a entretenu dès l'enfance une peur de devenir « grosse » comme sa mère. Son choix professionnel tourné vers l'esthétique illustre bien cette préoccupation importante de l'apparence physique, qui la fascine tout autant qu'elle l'angoisse. En effet, ce choix la mène dans un milieu où les préoccupations autour du corps sont permanentes, et on imagine le rôle que cet environnement a pu jouer en tant que facteur déclenchant de l'anorexie. Il justifie et légitime en quelque sorte la centration de ses pensées, et majore ses comparaisons aux autres.

La première période de TCA fut déclenchée par une « intrusion » dans son corps lors d'une première relation sexuelle non totalement désirée ; en réaction elle se met à avoir des conduites de remplissage. La rechute fut elle déclenchée par une opération également intrusive au niveau anal.

Les questions somatiques sont également très présentes chez Solène, lui servant de média en nous interpellant régulièrement pour prendre soin de son corps. Elle présente des plaintes et des demandes spécifiques, prenant une dimension obsessionnelle. Ces focalisations semblent être le réceptacle de ses angoisses, et évoluent régulièrement. Elle se plaindra ainsi pendant plusieurs jours de troubles ORL, qui cesseront soudainement pour laisser la place à des plaintes autour du sommeil, elles-mêmes remplacées plus tard par des demandes médicamenteuses.

Sur le plan des traitements médicamenteux, elle est en effet très en demande, avec en même temps l'envie d'en avoir toujours plus et la crainte de ne pas en avoir assez. Les médicaments semblent être un des vecteurs principaux de sa demande de soins, et elle est en grande difficulté pour formuler une autre demande d'aide.

Sa présentation physique est soignée, mais Solène ressemble plus à une enfant qu'à une jeune femme de 24 ans. Sa voix et sa manière de s'exprimer, avec des intonations aigües et enfantines, semblent aussi être celles d'une enfant. Elle s'habille de vêtements près du corps, parfois très courts. Cependant, derrière cette apparence lisse et féminine se cachent des difficultés à prendre réellement soin de son corps, tant au niveau de l'hygiène que du suivi médical. Elle n'a d'ailleurs plus de suivi gynécologique depuis des années et semble ne pas s'en préoccuper, reflétant son incapacité à investir un corps de femme sexué.

Solène a pratiqué diverses activités sportives, notamment la danse. Elle avait cessé ces activités de groupe depuis un moment, mais pratiquait avant son hospitalisation une hyperactivité physique sous forme de marche à pied intensive, une dizaine de kilomètres par jour, seule ou accompagnée d'un ami. Elle peut également maltraiter son corps en restant au soleil pendant des heures d'affilée sans se couvrir, invoquant une envie de bronzer.

Lorsqu'on l'interroge sur la vision et la perception de son corps, celle-ci semble assez morcelée et elle nous donne l'impression de parler d'un « objet étranger ». Le regard qu'elle porte sur son corps apparaît d'ailleurs lointain et détaché ; elle semble le redécouvrir à chaque instant. Elle nous dit trouver le haut de son corps trop maigre, mais à partir des hanches il est perçu comme étant trop gros, notamment ses cuisses qui font l'objet de préoccupations importantes. Pour répondre à nos questions concernant son corps et ses perceptions, elle a besoin de le scruter et de le palper. Elle effectue des pratiques de vérifications corporelles fréquentes, et nous dit que « toucher ses os » la rassure.

Evolution

Sur le plan professionnel, Solène songera à une reconversion. Elle nous dira en effet que toucher les gens lui semble à présent difficile, mais elle ne sait pas encore dans quelle voie elle pourrait s'imaginer.

L'incarnation de son corps reste très compliquée ; elle pourra ainsi sentir ses cuisses trop grosses jusqu'à ce qu'elle change de taille de pantalon, et le fait d'avoir un pantalon de taille adaptée modifiera cette perception. Il semble qu'il faille toujours

un élément externe lui permettant de s'assurer des limites et formes de son corps, étant seule dans l'incapacité d'intérioriser sa propre image corporelle.

Nous l'accompagnerons sur le plan vestimentaire, tentant de l'aider à trouver des tenues plus adaptées et lui correspondant. Elle reste ambivalente entre une image de femme et celle d'une petite fille, et des signes extérieurs de féminité viennent dévoiler un corps non sexué.

Il est difficile de rencontrer réellement Solène, elle a toujours « fait seule », comme en témoigne la longue période sans soins. Elle nous interpelle beaucoup, mais ne nous laisse pas la main, le besoin de contrôle et de maîtrise est omniprésent et dès qu'un peu d'inconnu surgit, cela engendre beaucoup d'angoisse.

Lorsqu'on l'interroge sur l'aide que nous pourrions lui apporter sur le plan corporel, elle nous parle de « l'aider à se sentir moins grosse et à accepter de prendre du poids ». Cependant, ce discours semble assez peu incarné et reste teinté d'une grande ambivalence ; elle nous dit en effet simultanément qu'atteindre un IMC de 16 serait supportable, mais pas au-delà. Elle continue à voir des rondeurs et de la graisse partout et reste pétrifiée par la pesée.

Sur le plan alimentaire, elle mange rapidement ses « plateaux entiers », mais sa façon de s'alimenter reste très particulière : elle a besoin de couper les aliments en tout petits morceaux avant de pouvoir les porter à sa bouche. Elle semble s'étonner de nos remarques à ce sujet, et ne pas comprendre notre intérêt pour l'aspect « qualitatif » de l'ingestion alimentaire. Elle présente également des aversions alimentaires singulières qu'elle revendique quasiment comme identitaires, notamment tout ce « qui vient de la mer ». Elle pourra également exprimer une crainte du trop, et lors de la reprise alimentaire elle dira sa peur de retrouver un mode de fonctionnement de « remplissage hyperphagique » qu'elle a connu quelques années auparavant.

Solène pourra dire sa croyance et sa crainte que « les gens l'aimeraient moins avec des formes ». Par « les gens », elle entend tout d'abord sa famille, au sein de laquelle sa place lui semble constamment à (re)conquérir.

Conclusion

Chez cette patiente, il est intéressant de s'attarder sur les éléments angoissants ayant déclenché des tentatives de solution de réassurance sous la forme de TCA. Après la première relation intime avec un garçon non sécurisant, elle se met tout d'abord à adopter une conduite hyperphagique, et on peut imaginer la valeur défensive de ce remplissage contre cette relation intrusive et violente. Le deuxième épisode d'intrusion dans son corps déclenche, ensuite, une réaction alimentaire restrictive accompagnée d'autres comportements ritualisés. L'ensemble de ces comportements semble constituer une « bulle » de sécurité dans laquelle elle s'isole. Ainsi, elle tente de s'« autosuffire » et ne prend plus le risque de relations qui pourraient toujours la décevoir. Cette modalité relationnelle s'est jouée dans les soins, et il a été compliqué d'avoir accès à Solène à l'intérieur de cet environnement isolé qu'elle s'est forgé. Elle pourra cependant l'exprimer à la fin de l'hospitalisation, nous disant que c'était difficile d'investir une relation avec nous, puisqu'elle n'allait pas durer. On note là le besoin d'immuabilité rassurante qu'elle recherche, mais immuabilité mortifère qui l'enferme et la coupe du monde vivant. D'ailleurs, il lui sera plus simple de parler des morts de sa famille, ou des absents, toujours idéalisés, que des personnes présentes ; cela semble lui permettre d'éviter de se confronter aux failles de la réalité.

Derrière son discours ambivalent et parfois revendicatif autour des TCA, on peut lire une identité anorexique qu'elle incarne depuis de nombreuses années, lui conférant une place et un statut singuliers. Cette question de place est majeure et reviendra régulièrement au cours des soins ; Solène étant envahie par la peur de perdre sa place au sein de la famille tout en revendiquant une indépendance impossible à assumer, qu'elle semble conquérir au prix de son attachement à la maladie, qui semble lui permettre de conserver sa place idéale de petite fille adulée.

C- Vignette clinique 3 : Elsa, 16 ans

Histoire des troubles

Pendant la période du collège, Elsa est une jeune adolescente remuante, ayant tendance à se faire remarquer et punir par ses professeurs. Elle a dû changer plusieurs fois d'établissement scolaire, changements vécus de manière anxiogène. Elle relate plusieurs expériences avec des garçons, et un regard négatif porté par les autres élèves, avec des insultes à connotation sexuelle. A cette époque, Elsa parle d'envies d'hyperphagie, avec des conduites de remplissage visant à « combler un vide », et son médecin traitant lui aurait alors préconisé de diminuer ses rations alimentaires. C'est également à cette époque du collège que le divorce des parents a été prononcé.

Elsa présente alors pendant un an des conduites de boulimie avec vomissements, ainsi que des automutilations à type de scarifications et une hyperactivité physique.

Ensuite, elle arrête toute conduite de purge, et les troubles évoluent vers une anorexie restrictive, accompagnée d'une potomanie modérée et d'une diminution de l'hyperactivité physique. Elle adopte pendant six mois un régime de végétarisme exclusif qu'elle revendique comme identitaire.

La perte pondérale est d'abord progressive, puis se majore rapidement avec un passage d'un IMC de 14,5 à 12,2 en un mois ; c'est alors que son médecin traitant l'adresse pour une prise en charge spécialisée. Devant l'urgence somatique, elle est d'abord hospitalisée en milieu médical avant d'être transférée en unité spécialisée avec une sonde naso-gastrique.

Eléments biographiques

Elsa est fille unique. Ses parents sont divorcés depuis plusieurs années et elle vit depuis le début de l'année scolaire chez son père.

Ce père a une personnalité semblant plutôt optimiste, s'inquiétant peu, et ne posant pas de limites ni de cadre francs à sa fille. Il pourra cependant dire qu'il est toujours là, vigilant, en cas de besoin. La mère d'Elsa travaille dans le domaine du

soin, et présente elle-même des troubles de type dépressifs pour lesquels elle est suivie depuis plusieurs années.

Dans la famille paternelle, on retrouve plusieurs suicides, le plus récent concernant un oncle chez qui se posait la question de l'existence d'un trouble bipolaire.

Elsa est née dans un contexte particulier, puisque son père ne voulait à priori pas d'enfants et qu'elle est donc le fruit principalement du désir maternel. La relation de ce couple a toujours été conflictuelle, notamment autour des questions d'enfant, puis d'éducation et de scolarité. Les parents semblent en effet en difficulté pour trouver une position commune à adopter concernant leur fille. Le père est plutôt dans une attitude laxiste, tandis que la mère adopte des positions assez rigides, chacune des positions parentales semblant alimentée par celle de l'autre. Elsa exprime son sentiment de culpabilité par rapport à ce divorce, dont elle se sent en partie responsable, ayant été témoin des conflits autour de son éducation.

On peut imaginer qu'Elsa, n'ayant pas été désirée par son père, soit en permanence en train de rechercher la reconnaissance paternelle, et elle semble prise dans la quête de ce regard. Elle est d'ailleurs incapable d'exprimer de la colère envers lui, colère pourtant bien présente, mais ne pouvant se diriger que vers sa mère ou sur elle-même.

Rapport au corps

Elsa a eu une puberté précoce, avec des transformations physiques apparues dès la fin du primaire. Elle rapporte une consultation gynécologique au début du collège, dont elle garde un souvenir traumatique.

Sur le plan des activités physiques, elle a toujours été très investie dans plusieurs sports, notamment la gymnastique, le basket et la natation, qu'elle a pratiqués de manière intensive.

A son arrivée dans l'unité, elle dit se sentir plus en difficulté sur le plan corporel que sur le plan alimentaire. Elle ne s'habille qu'avec des vêtements larges, disant ne pas supporter de se sentir serrée. Elle parle de ressentis d'étouffement et d'oppression. Elle utilise des mots durs et crus pour décrire son corps, le trouve

encombrant et souhaiterait n'avoir « qu'une tête ». Un sentiment de « saleté » de ce corps est également très présent. On retrouve même à certains moments des idées quasiment délirantes, proches de la négation d'organes, accompagnées d'une humeur très basse avec des idées suicidaires. Ces idées prennent alors une dimension mélancoliforme. Elle pourra ainsi dire que ses intestins ne fonctionnent plus ou que son corps s'« écoule ». La dysmorphophobie est majeure et les ressentis corporels sont teintés d'une certaine bizarrerie : elle évoque par exemple des douleurs « écrasantes » ou des membres qui « se détachent ».

Les soins du corps sont très compliqués, Elsa étant en grande difficulté pour regarder ou toucher son corps. Elle prend une douche de temps en temps, très rapidement, par « obligation ».

Evolution

Au début de l'hospitalisation, Elsa présentera plusieurs périodes d'auto-agressivité avec des scarifications et des coups, notamment sur le ventre et la tête, qui nécessiteront deux transferts en psychiatrie avec mise en chambre d'isolement. Il semble qu'il se soit agi de raptus anxieux ayant trouvé une résolution temporaire dans l'attaque du corps.

Elle pourra à son retour dans l'unité verbaliser autour de ces auto-agressions en leur donnant une fonction de « tentative d'extraction d'un mal-être qui remonte », pour que cette souffrance soit « vue de l'extérieur », et elle dira de son passage en chambre d'isolement qu'il l'a « aidée à se recadrer ». On voit bien illustré ici le flou insécurisant des enveloppes physiques et psychiques, ayant nécessité chez elle un passage en chambre d'isolement pour permettre un apaisement temporaire de ses angoisses.

L'hyperactivité physique se poursuivra longtemps, dans une fonction de contenance de pensées dispersées, et de recherche d'un apaisement par l'épuisement physique. Elle dira sa crainte d'un arrêt des TCA en lien avec une peur de « devenir molle, se laisser aller ». Ce côté « mou » sera d'ailleurs source d'angoisses durant toute l'hospitalisation, Elsa cherchant en permanence du côté du « dur », par les coups, l'hyperactivité, dans une recherche de limites qu'elle ne parvient pas à internaliser.

La détente corporelle est très difficile et génératrice d'angoisses. Il a d'abord fallu accompagner Elsa sur des temps de défouloir, temps lors desquels la patiente peut crier, et taper sur un punching-ball prévu à cet effet, avant d'essayer très progressivement des soins plus doux. Cette enveloppe corporelle hypertonique semble venir contenir un ensemble somatopsychique morcelé, risquant en permanence de se désagréger.

Lors des soins, elle rapporte en effet des vécus de morcellement, avec des impressions de détachement de certaines parties du corps, ou de dissolution dans l'eau lors d'une séance de balnéothérapie. Elle ressent un corps « flou », mal limité, et les vêtements serrés semblent venir suppléer à ces limites défailtantes. Elle pourra d'ailleurs dire que se sentir « flotter » dans ses vêtements l'angoisse.

La recherche de la douleur « pour ressentir » persistera jusque dans les soins, lors desquels Elsa peut se laisser délibérément brûler par une bouillotte ou des pierres chaudes. Elle continue à s'inspecter plusieurs fois par jour, exprimant une peur intense devant les transformations d'un corps qu'elle ne reconnaît pas comme sien. Le « prendre soin » de ce corps étranger est très difficile, et il faudra plusieurs mois pour qu'elle puisse commencer à se mettre de la crème. Les massages seront longtemps impossibles, vécus comme des intrusions de son être.

Les ressentis du corps lors des séances de travail corporels sont parfois étranges, avec une peur d'être touchée dans le dos par exemple parce que « c'est grand, je ne le vois pas ». Le contact des substances grasses sur les mains reste insupportable. On note également une dysmorphesthésie, avec une incapacité à distinguer des ressentis du registre sensoriel, comme une indistinction chaud-froid. Elsa a le besoin d'associer plusieurs stimuli sensoriels simultanément afin d'avoir l'impression de « ressentir quelque chose ».

Au fil des soins, quelques sensations nouvelles pourront cependant surgir. Elsa exprime son ressenti d'une reconnexion entre son corps et sa tête par le biais de l'activité physique accompagnée, ainsi que des sensations plaisantes lors d'activités sensorielles douces. Les vécus de morcellement et d'intrusion pourront en partie s'amender, nous laissant la possibilité d'effectuer des soins pouvant susciter des ressentis de plaisir et de rassemblement.

Conclusion

La clinique de cette patiente a suscité de nombreuses interrogations, tant sur le plan diagnostique que sur celui de la prise en charge à lui apporter.

Au niveau du diagnostic, nous nous sommes interrogés sur une structuration de type psychotique au vu des vécus corporels étranges, de l'ampleur des attaques du corps et du type de mutilations qu'elle pouvait s'infliger, ainsi que du besoin de contenance suscité par des angoisses semblant d'un registre très archaïque. Cependant, il nous est apparu dans un second temps une dimension démonstrative de ces manifestations, avec un appel et un lien à l'autre qui nous a fait réfuter une éventuelle psychose sous-jacente. Nous nous sommes également questionnés sur l'existence d'un trouble bipolaire, devant les éléments thymiques accompagnant ses troubles ainsi que ses antécédents familiaux. Ces éléments thymiques nous ont finalement semblé être plutôt en lien avec des traits de personnalité qu'avec une maladie thymique constituée. Cependant, Elsa étant encore très jeune, ces questions diagnostiques sont toujours en cours d'évolution et rien n'a été nommé pour le moment.

Sur le plan thérapeutique médicamenteux, les questions d'introduction d'un traitement de fond, ainsi que celle de la classe la plus appropriée, se sont bien évidemment posées. Un antidépresseur de type IRS a d'abord été prescrit à son retour de psychiatrie, et il a certainement contribué à améliorer l'humeur et à diminuer les passages à l'acte auto-agressifs. Malgré les doutes concernant une éventuelle bipolarité, nous avons fait le choix de l'introduire sous surveillance hospitalière sans couverture thymorégulatrice, et il n'y a pas eu de virage franc de l'humeur. Cependant, on a pu noter la persistance d'une certaine labilité thymique, avec des changements d'humeur pouvant être très rapides. Un traitement antipsychotique à faible dose a ensuite été introduit devant l'étrangeté des préoccupations et ressentis corporels d'Elsa, et il semble lui avoir permis de diminuer ses angoisses, ainsi que de se sentir plus rassemblée et contenue.

Les questions familiales sont également centrales dans la problématique d'Elsa. En effet, on a pu voir dans son histoire que la conflictualisation était impossible avec les parents. D'un côté se trouve une mère déprimée qu'elle ne parvient pas vraiment à rencontrer, et de l'autre un père qui ne l'a pas désirée et dont elle recherche le

regard et l'approbation. Cette conflictualisation impossible semble alors se jouer à travers l'attaque de son propre corps, comme une attaque à la mère, avec une impossibilité de triangulation de la relation par le père qui ne pose pas de limites, et ne s'oppose ni à sa femme, ni à sa fille. Elsa pourra même dire qu'elle vient chercher à l'hôpital le conflit et les limites qu'elle ne trouve pas au sein de sa famille. Cela illustre l'importance du cadre et des limites qui, s'ils ne sont pas posés par un environnement suffisamment structurant, vont venir être questionnés par un autre moyen. Les soins d'Elsa porteront également une valeur de rassemblement de ses parents, semblant ainsi permettre une certaine résolution du sentiment de culpabilité lié à leur séparation.

Partie 4 - LES PREOCCUPATIONS CORPORELLES CHEZ LES PATIENTES DEBUTANT DES SOINS POUR UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE : UN FACTEUR LIE A L'EVOLUTION CLINIQUE ?

A- Contexte

Le service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison du CHU de Nantes a mis en place depuis septembre 2012 une cohorte de patients débutant des soins pour une addiction comportementale, appelée EVALADD. Les patients qui l'acceptent sont évalués sur le plan clinique de façon la plus exhaustive possible à l'inclusion dans la cohorte, 6 mois après, 12 mois après, puis tous les ans, même si les soins se sont interrompus. L'évaluation est composée d'une partie commune à toutes les addictions comportementales, et d'une partie spécifique à chacune d'elle.

Parmi les nombreux éléments évalués chez les patients souffrant de TCA (cohorte EVALADD-TCA), les préoccupations corporelles occupent une place de premier ordre. Les préoccupations corporelles, concernant principalement le poids et la silhouette, font en effet partie intégrante des critères diagnostiques des TCA. De plus, il s'agit de l'un des symptômes le plus souvent persistant et invalidant, alors même que d'autres symptômes peuvent être en rémission. Cependant, l'intensité de ces préoccupations est variable selon les individus.

L'étude de Gailledrat et al., publiée en 2016, reposait sur cette cohorte, avec un effectif de 123 patientes. Elle a comparé des sujets souffrant de TCA à l'inclusion dans la cohorte selon l'intensité de leurs préoccupations corporelles. Elle a pu mettre en évidence l'existence de liens entre l'intensité de ces préoccupations et des caractéristiques cliniques telles qu'un antécédent d'épisode dépressif majeur ou l'usage de laxatifs. Les résultats ont confirmé l'intérêt de distinguer les patientes selon l'intensité de leurs préoccupations corporelles, ainsi que celui d'évaluer spécifiquement l'intensité des préoccupations corporelles chez les sujets atteints de TCA. Cependant, cette étude étant transversale, elle n'a pas permis de vérifier si l'intensité des préoccupations corporelles était en lien avec l'évolution des troubles.

Une des perspectives de recherche se dégageant de cette étude était alors de réaliser une étude longitudinale, afin d'étudier l'évolution des sujets selon l'intensité

de leurs préoccupations corporelles au moment de l'inclusion dans la cohorte et du début des soins dans le service, et de déterminer si elles pouvaient être considérées comme un facteur de risque d'une moins bonne évolution clinique à 12 mois (Gailledrat et al., 2016). En plus d'un intérêt pronostique, il s'agirait également de s'appuyer sur cette variable pour orienter les soins.

Nous formulons ainsi l'hypothèse que les patientes ayant un niveau élevé de préoccupations corporelles lorsqu'elles débutent les soins dans le service présenteront une moins bonne évolution clinique à 12 mois.

B- Objectifs

L'objectif principal de notre étude était de déterminer si le niveau des préoccupations corporelles exprimées lors de l'évaluation initiale constituait un facteur lié à l'évolution des TCA un an plus tard.

C- Matériel et méthodes

1. Procédure

Notre service est spécialisé dans la prise en charge des TCA, et est reconnu comme le centre de référence pour la région ouest. Les soins prodigués sont d'ordre physique, psychologique et social, et sont conformes aux recommandations concernant le traitement des TCA (HAS 2010, APA, 2006, NICE, 2004).

Depuis septembre 2012, tous les patients débutant une prise en charge dans notre service pour un TCA bénéficient d'une évaluation clinique approfondie, systématique et standardisée. Cette évaluation est réalisée avant la première consultation dans le service (évaluation initiale), et est ensuite renouvelée à intervalles prédéfinis. Elle aide le clinicien à mieux comprendre les enjeux de la problématique présentée par ses patients, et à lui faciliter le choix des soins à proposer. Si le patient l'accepte, les données recueillies pendant les évaluations sont également utilisées pour la recherche, et elles constituent la cohorte EVALADD-TCA. Les données sont alors saisies de façon anonyme dans une base sécurisée. L'objectif de la cohorte EVALADD-TCA est de mettre en évidence les facteurs associés au déclenchement et à la persistance des TCA.

Le Groupe Nantais d’Ethique dans le Domaine de la Santé, la CNIL (Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés), ainsi que le CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l’Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé) ont émis un avis favorable concernant la cohorte EVALADD – TCA.

Tous les participants, ou leur représentant légal s’il s’agit de mineurs ou de majeurs sous mesure de protection, ont fourni leur consentement écrit, en accord avec la déclaration d’Helsinki.

2. Sujets participant à l’étude

Nous nous sommes appuyés sur la cohorte EVALADD - TCA, et les évaluations effectuées à deux temps de la prise en charge : lorsque les patients débutent des soins dans notre service (évaluation initiale), et 12 mois après le début de la prise en charge (évaluation à un an).

Les critères d’inclusion étaient : être une femme (compte-tenu du sex-ratio très en faveur des femmes dans le service), avoir au moins 16 ans, avoir un diagnostic d’anorexie mentale selon le DSM-5 (de type restrictif ou de type accès hyperphagiques/ purgatif), et être primo-consultante dans le service d’Addictologie et de Psychiatrie de Liaison du CHU de Nantes entre septembre 2012 et décembre 2015 (afin d’avoir au minimum un an de suivi). Les personnes présentant des troubles des fonctions supérieures, ou des difficultés de compréhension de la langue française, ainsi que les personnes sous tutelle, n’étaient pas incluses.

Les données de notre étude ont été collectées entre septembre 2012 et décembre 2015 pour l’évaluation initiale, et entre septembre 2013 et décembre 2016 pour le suivi à 12 mois.

3. Outils d’évaluation

L’évaluation clinique se constituait d’un entretien semi-directif réalisé par un membre de l’équipe de recherche de l’Institut Fédératif des Addictions Comportementales (IFAC), et d’un livret d’auto-questionnaires validés complétés par la patiente avant l’entretien. Toutes les données détaillées ci-dessous (hormis le sexe) étaient recueillies à la fois au moment de l’évaluation initiale, et au moment de l’évaluation de suivi à un an.

a. Caractéristiques socio-démographiques

Les données collectées concernaient l'âge, le sexe, le statut familial et professionnel.

b. Caractéristiques liées au TCA

Entretien structuré

Pour caractériser les TCA, un entretien structuré et standardisé, semi-directif, a été réalisé. Les patientes étaient interrogées sur l'histoire du poids et de l'indice de masse corporelle, l'histoire et les caractéristiques actuelles de leur TCA (durée de la maladie, âge de début de la maladie, type d'anorexie), ainsi que sur les comportements associés (comportements de purge, utilisation de laxatifs, hyperactivité physique), les antécédents éventuels d'abus sexuels et les antécédents familiaux. Enfin, des informations au sujet des soins antérieurs étaient recueillies.

Score de Morgan et Russell

Ce score, créé en 1975, a été modifié par Morgan et Hayward en 1988 pour explorer les caractéristiques des TCA et leurs répercussions sur les six derniers mois, à travers un entretien structuré. Les questions sont réparties en cinq catégories, dénommées de A à E. Ces sous-catégories correspondent respectivement à la prise alimentaire (sous-catégorie A), aux menstruations (sous-catégorie B), à l'état mental (sous-catégorie C), au fonctionnement psychosexuel (sous-catégorie D), et au statut socio-économique (sous-catégorie E). Chacune de ces sous-catégories est évaluée par plusieurs questions, et est cotée de 1 à 12, un score plus faible indiquant une plus grande difficulté dans le domaine correspondant. La moyenne des scores de ces cinq sous-catégories permet d'obtenir un score global de Morgan et Russell compris entre 1 et 12 (Morgan et Hayward, 1988).

Body Shape Questionnaire (BSQ)

Il s'agit d'un auto-questionnaire développé en 1987 par Cooper et al., et validé en 2005 par Rousseau et al. pour sa version française. Il explore les préoccupations concernant le poids et la forme du corps, ainsi que le ressenti corporel, et les interactions sociales liées au corps, au cours des 4 dernières semaines (Rousseau et al., 2005).

Cet auto-questionnaire comporte 34 items cotés de 1 à 6, donnant un score global compris entre 34 et 204. En fonction du score, on détermine un niveau de préoccupations corporelles faible (score ≤ 110), moyen ($110 < \text{score} \leq 140$) et élevé (score > 140). La validité de ce questionnaire est considérée comme étant élevée.

c. Caractéristiques cliniques

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

La cinquième version de cet entretien diagnostique structuré permet d'explorer rapidement et de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'axe 1 (Sheehan et al., 1998). Pour notre étude, une version française du MINI a été utilisée (Lecrubier et al., 1997).

Self-Esteem Scale (SES)

Il s'agit d'un auto-questionnaire permettant une évaluation globale de l'estime de soi, reposant sur 10 items. Pour chacun de ces items, la réponse est donnée sur une échelle de 4 points, allant de « complètement d'accord » à « pas du tout d'accord ». Le score global indique une faible estime de soi s'il est inférieur à 30. Une version française validée de cette échelle a été utilisée pour notre étude (Vallières et Vallerand, 1990).

4. Analyses statistiques

Nous avons divisé les patientes en 2 groupes selon leur niveau de préoccupations corporelles lors des évaluations initiales : le premier groupe était constitué des patientes ayant un score au BSQ inférieur ou égal à 140, le second groupe était constitué des patientes ayant un score au BSQ supérieur à 140. Ces groupes formaient respectivement le groupe de patientes à « Préoccupations Corporelles Faibles » (PCF), et à « Préoccupations Corporelles Marquées » (PCM). Nous avons ainsi comparé l'évolution de ces patientes à 12 mois en fonction de leur groupe d'appartenance initial.

Le critère d'évaluation principal de l'évolution clinique des patientes était le score global de Morgan et Russell.

Les co-variables recueillies à l'inclusion étaient :

- L'âge de début de la maladie : date de début des troubles déclarée par la patiente
- La durée d'évolution de la maladie : de l'âge de début de la maladie à l'évaluation initiale
- L'IMC le plus bas déclaré par la patiente
- L'estime de soi, évaluée par la Self-Esteem Scale (SES)
 - o D'autres variables de type binaire (avec modalités de réponse de type oui/non) ont également été relevées :
- Le type d'anorexie : anorexie mentale de type restrictif ou accès hyperphagiques/ purgatif
- L'existence de soins antérieurs : soins spécialisés, en ambulatoire ou en hospitalisation
- La présence d'un trouble de l'humeur actuel
- La présence d'un trouble anxieux actuel
- L'existence d'un risque suicidaire actuel
- L'utilisation actuelle de laxatifs
- La présence actuelle de vomissements
- L'hyperactivité physique actuelle (activité physique supérieure à une heure par jour)
- L'existence d'antécédents d'abus sexuels
- L'existence d'un soutien de la part de l'entourage
 - o Enfin, quatre variables ordinales concernant l'impact des TCA sur différents aspects de la vie du sujet ont été renseignées, avec 5 modalités de réponses possibles, allant de 0 (aucun impact) à 5 (impact majeur) :
- L'impact des TCA sur la santé physique

- L'impact des TCA sur la vie familiale
- L'impact des TCA sur la vie sociale
- L'impact des TCA sur la scolarité ou l'emploi

Ces quatre dernières variables concernant l'impact des TCA sur différents aspects de la vie du sujet sont des variables catégorielles avec 6 modalités, allant de 0 (aucun impact) à 5 (impact majeur).

Des analyses descriptives ont été réalisées pour l'ensemble de l'échantillon. Les variables continues ont été décrites par des moyennes et des écarts-types, et les variables catégorielles par des effectifs et des pourcentages.

Des analyses bi-variées ont permis de rechercher d'éventuels liens statistiques entre la variable d'intérêt, correspondant à l'intensité des préoccupations corporelles des patientes, et l'ensemble des variables précédemment citées. Pour cela, nous avons effectué des tests du Chi², ou si nécessité des tests exacts de Fisher, pour analyser les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des tests de Student pour les variables avec distribution normale, et des tests non paramétriques de Wilcoxon pour les variables avec distribution d'allure non gaussienne.

Nous avons ensuite utilisé un modèle de régression linéaire multiple afin d'étudier la relation directe entre la variable d'intérêt et le critère de jugement principal, en ajustant les résultats sur l'ensemble des co-variables retrouvées comme statistiquement en lien avec le score de Morgan et Russell à 12 mois à l'issue d'une procédure de sélection descendante. Les coefficients du modèle ainsi obtenu ainsi que leurs intervalles de confiance à 95% ont également été représentés.

Tous les tests statistiques ont été effectués de manière bilatérale, avec un risque de première espèce alpha fixé à 5%, et un degré de significativité p considéré comme significatif lorsqu'il est inférieur à 0,05.

L'ensemble des analyses statistiques a été effectué à l'aide du logiciel R version 3.1.2.

D- Résultats

1. Description de l'échantillon

Sur les 539 patients inclus dans la cohorte EVALADD-TCA entre le 6 mai 2012 et le 28 décembre 2016, 467 n'étaient pas éligibles pour notre étude : 149 ont eu la première évaluation après décembre 2015, 19 étaient des hommes, 224 avaient un diagnostic autre que AR ou AP (107 Boulimie Nerveuse, 26 Hyperphagie Boulimie et 91 Trouble du Comportement Alimentaire Non Spécifié), et 75 patientes ont été perdues de vue entre l'évaluation initiale et l'évaluation à 12 mois pour diverses raisons (arrêt de la prise en charge, refus de poursuite de l'étude, non-présentation au RDV) (voir flow-chart : figure 1).

Au total, 72 patientes ayant un diagnostic d'anorexie restrictive pure (AR) ou d'anorexie avec conduites purgatives (AP) ont été incluses dans l'étude.

Afin de vérifier que les 72 patientes revues à 12 mois ne différaient pas des 75 patientes perdues de vue, des comparaisons ont été effectuées sur les co-variables recueillies à l'inclusion. Une seule variable était significativement différente entre les 2 groupes : l'âge initial moyen des patientes incluses est plus bas (21,9) que celui des patientes perdues de vue (23,6) ($p=0,043$) (cf tableau 1 en annexe).

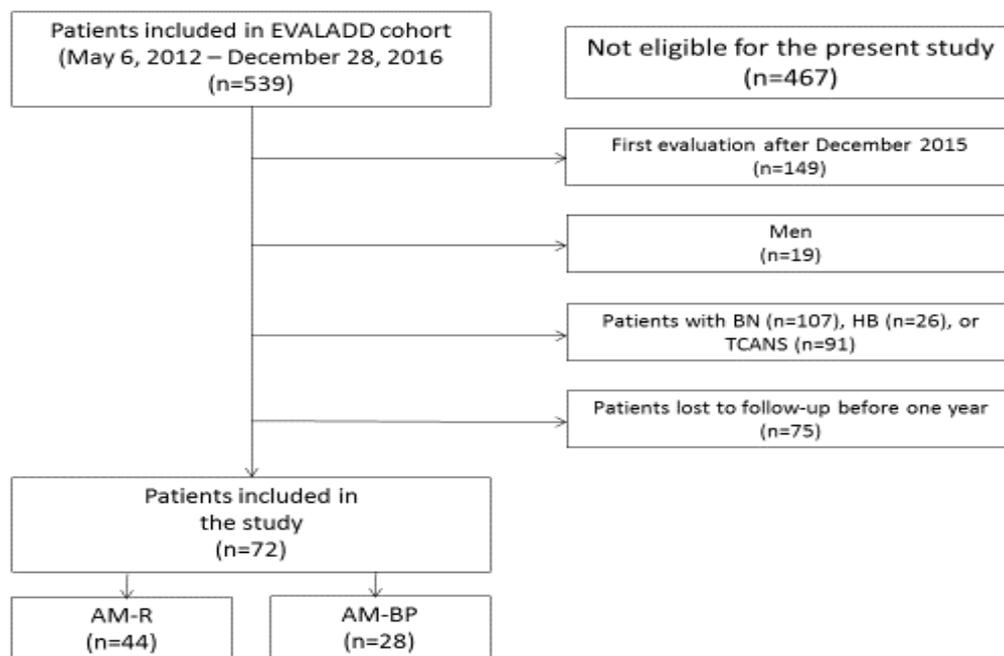


Figure 1 : Flow-Chart

(n) : number of patients included or excluded at each step of the inclusion process

BN : Boulimie Nerveuse

HB : Hyperphagie Boulimique

TCANS : Troubles du Comportement Alimentaire Non Spécifiés

AM-R : Anorexie Mentale de type Restrictive

AM-BP : Anorexie Mentale de type Boulimie Purgative

a. Données socio-démographiques

L'échantillon de patientes étudiées était constitué uniquement de femmes, d'un âge moyen de 21.9 ans (SD = 7.4).

b. Caractéristiques des TCA

Parmi les 72 patientes incluses dans l'étude, 44 présentaient un diagnostic d'AR (61.1%), et 28 un diagnostic d'AP (38.9%). L'âge moyen de début des troubles était de 17.6 ans (SD=5.4), avec une durée moyenne des troubles de 4.3 ans (SD=5.1). Le BMI initial était en moyenne de 15.5 (SD=1.3), le BMI le plus bas de 14,2 (SD=1.5), et le BMI moyen à 12 mois était de 17 (SD=2.4).

La plupart des patientes (68 patientes : 94.4%) avait reçu des soins antérieurs, mais il s'agissait pour toutes de la première démarche de soins dans le service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison du CHU de Nantes.

Sur les 72 patientes incluses dans l'étude, 46 présentaient des préoccupations corporelles faibles ou modérées (patientes du groupe PCF défini par un score BSQ ≤ 140), et 26 des préoccupations corporelles marquées (patientes du groupe PCM défini par un score BSQ > 140).

c. Caractéristiques cliniques

La moitié des patientes présentait des troubles anxieux, un tiers souffrait de troubles de l'humeur et 51.4 % présentaient un risque suicidaire actuel. La plupart des patientes (94.4%) rapportait un soutien de la part de leur environnement familial.

Au niveau des troubles associés, 5.6% des patientes utilisaient des laxatifs, 29.2% présentaient des conduites de vomissement, et 20.8% une activité physique problématique. Enfin, 8.3% des patientes rapportaient des antécédents d'abus sexuels.

d. Comparaison des groupes selon l'intensité des préoccupations corporelles (cf tableau 2 en annexe)

Il y avait 46 patientes dans le groupe PCF et 26 patientes dans le groupe PCM.

Le groupe PCF présentait un score global initial de Morgan et Russell (5.7 ; SD=1.6) significativement supérieur à celui du groupe PCM (4.8 ; SD=1.1) ($p=0.02$). Les scores de Morgan et Russell à 12 mois sont également significativement supérieurs pour le groupe PCF (7.3 ; SD=2.1) que pour le groupe PCM (6 ; SD=2.2) ($p=0.011$).

Deux sous-scores de l'échelle de Morgan et Russell apparaissaient significativement supérieurs à l'inclusion dans le groupe PCF : les sous-scores A et C, correspondant respectivement aux sous-scores concernant l'alimentation et l'état mental.

Il y avait plus de patientes AR dans le groupe PCF (33 patientes AR : 71.7% du groupe) que dans le groupe PCM (11 patientes AR : 42.3% du groupe) ($p=0.027$).

L'évolution du BMI était significativement plus importante dans le groupe PCF, avec un gain de 1,9 points à 12 mois (SD=1.8), que dans le groupe PCM, présentant un gain de 0,9 points à 12 mois (SD=2.3) ($p=0.049$).

Toutes les patientes du groupe PCF avaient reçu des soins médicaux antérieurs, contre 22 patientes (84.6%) du groupe PCM ($p=0.015$).

18 patientes du groupe PCF (39%) présentaient des troubles anxieux, et le même nombre présentait un risque suicidaire actuel. Ce taux est significativement plus élevé chez les patientes du groupe PCM : 18 patientes (69.2%) présentaient un trouble anxieux, et 19 (73.1%) un risque suicidaire actuel ($p=0.027$ pour le trouble anxieux, et $p=0.012$ pour le risque suicidaire actuel).

L'utilisation de laxatifs était plus importante dans le groupe PCM (4 patientes, 15.4% du groupe), que dans le groupe PCF (aucune patiente) ($p=0.015$). Les conduites de vomissement étaient également plus importantes dans le groupe PCM (12 patientes ; 46.2% du groupe), que dans le groupe PCF (9 patientes, 20% du groupe) ($p=0,029$).

L'estime de soi était significativement supérieure dans le groupe PCF que dans le groupe PCM ($p<0.001$). Enfin, l'impact familial ainsi que l'impact scolaire et/ou professionnel était plus important dans le groupe PCM ($p=0.048$ et $p=0.019$).

e. Comparaison des groupes selon le type de TCA (cf tableau 3 en annexe)

Dans l'échantillon, nous avons 44 patientes avec un diagnostic d'AR et 28 patientes avec un diagnostic d'AP.

Le BMI initial des patientes AR était significativement plus bas (15kg/m^2 ; SD=1.2) que celui des patientes AP (16.2kg/m^2 ; SD=1.1) ($p<0.001$). Les patientes AR présentaient un BMI le plus bas moyen significativement inférieur (13.8 kg/m^2 ; SD=1.6) à celui des patientes AP (14.7kg/m^2 ; SD=1.1) ($p=0.01$). Les patientes AP présentaient un score moyen au BSQ significativement plus élevé (144.3 ; SD=30.2) que les patientes AR (112.1 ; SD=29.9) ($p<0.001$).

La majorité des patientes AP était dans le groupe PCM (23 patientes, correspondant à 82.1%) ; tandis qu'une minorité des patientes AR était dans ce

groupe (18 patientes, correspondant à 40.9%). Les 44 patientes AR avaient eu un suivi médical antérieur (100%), contre 24 patientes AP (85.7%) ($p=0.02$).

14 patientes AP avaient des troubles de l'humeur (50%), contre 10 patientes AR (22.7%) ($p=0.033$). 21 patientes AP présentaient un risque suicidaire actuel (75%), contre seulement 16 patientes AR (36,4%). 5 patientes AP avaient déclaré un antécédent d'abus sexuel (17.9%), contre seulement une patiente AR (2.3%) ($p=0.03$). Enfin, l'estime de soi était significativement supérieure chez les patientes AR que chez les patientes AP ($p=0.011$).

Les groupes de patientes AR et AP sont comparables sur le plan de l'âge, de l'âge d'entrée dans la maladie, de la durée des soins ainsi que de l'existence de soins antérieurs. On ne retrouve pas non plus de différence significative entre les scores initiaux de Morgan et Russell dans les 2 groupes.

2. Evolution du critère de jugement principal

La figure 2 présente les variables retrouvées comme étant significativement associées au score de Morgan et Russell à 12 mois au sein d'un modèle de régression linéaire multiple.

Il apparaît ainsi que les patientes du groupe PCM présentaient une évolution du score de Morgan et Russell à 12 mois inférieure en moyenne d'1.342 points par rapport aux patientes du groupe PCF ($p=0.007$), et ceci indépendamment du score de Morgan et Russell initial. En effet, le score initial de Morgan et Russell a également été introduit dans le modèle, et il s'est révélé non lié au score à 12 mois ($p<0.001$).

L'existence d'un soutien familial était significativement associée à une bonne évolution du score de Morgan et Russell, avec un gain moyen de 2,054 points par rapport aux patientes déclarant ne pas bénéficier de soutien de la part de leur entourage ($p=0.034$).

Enfin, il apparaissait que lorsque les patientes déclaraient un impact scolaire et/ou professionnel important (score=4) ou majeur (score=5) de leurs troubles, elles avaient un score de Morgan et Russell significativement plus élevé, avec un gain

respectif de 1.6 et 3.3 points à 12 mois (p=0.067 pour un score de 4, et p=0.007 pour un score de 5), par rapport aux patientes n'ayant déclaré aucun impact de leurs troubles sur leur vie scolaire et/ou professionnelle.

Model	Coefficient	Standard Error	p-value	IC 95%	
First Morgan and Russel 's total score (Quantitative variable)	0,946	0,172	<0,001	0,602	1,290
Lowest BMI (kg/m ² , Quantitative variable)	-0,330	0,172	0,059	-0,674	0,013
Family support (Qualitative variable)	2,054	0,949	0,034	0,155	3,952
Impact at school and/or at work (Ordinal variable)					
0	-	-	-	-	-
1	-0,629	0,795	0,432	-2,219	0,960
2	-0,08	0,672	0,906	-1,423	1,264
3	1,168	0,708	0,104	-0,248	2,583
4	1,603	0,861	0,067	-0,118	3,325
5	3,284	0,179	0,007	0,927	5,641
BSQ score > 140 (Qualitative variable)	-1,342	0,484	0,007	-2,309	-0,375

Figure 2 : Modèle linéaire multiple présentant les variables significativement associées au score de Morgan et Russell à un an

IC 95% : intervalle de confiance du coefficient pour un risque alpha à 5%

BMI : Body Mass Index

BSQ : Body Shape Questionnaire

E- Discussion

L'évolution globale des patientes un an après le début des soins dans notre service est favorable, quels que soient l'intensité de leurs préoccupations corporelles ou le type de TCA présenté, ce qui confirme l'intérêt de soins spécialisés pour ces patientes.

Le groupe de patientes ayant le plus de préoccupations corporelles obtenait des scores moyens au test de Morgan et Russell inférieurs à celui du groupe ayant moins de préoccupations corporelles, tant au niveau du score initial que du score à un an. Ces résultats vont dans le sens de notre hypothèse de départ, et d'une association significative de l'intensité des préoccupations corporelles à une sévérité du tableau

clinique, comme l'a montré précédemment l'étude de Gailledrat et al. (Gailledrat et al., 2016).

Lorsque l'on regarde les résultats aux sous-échelles du score de Morgan et Russell, il apparaît que les patientes du groupe PCF obtiennent à un an des sous-scores plus élevés concernant l'alimentation et l'état mental. Il existe donc un lien significatif entre l'intensité des préoccupations corporelles et l'évolution de l'alimentation et de l'état mental des patientes.

On retrouve plus de patientes AR dans le groupe présentant moins de préoccupations corporelles. On peut faire l'hypothèse que les éléments psychopathologiques sous-jacents, différents selon le type de TCA, puissent jouer un rôle dans l'expression des préoccupations corporelles. En effet, les patientes restrictives sont en général plus dans le déni et dans l'incapacité à ressentir leur corps, ainsi qu'à verbaliser leurs difficultés à autrui. Ces caractéristiques cliniques peuvent être mises en lien avec une moindre expression de leurs préoccupations corporelles, par déni ou par non-ressenti de celles-ci.

Les patientes présentant des comportements de purge présentent souvent une plus grande conscience de leurs troubles, ainsi qu'une meilleure capacité de verbalisation et d'expression de ceux-ci à autrui. Le plus souvent, les comportements de purge apparaissent secondairement à un trouble uniquement restrictif. Ces différences cliniques pourraient ainsi être le fruit d'une évolution des troubles dans le sens d'une diminution du déni parallèle à une meilleure prise de conscience. Les difficultés spécifiques des patientes avec des comportements boulimiques les amènent plus souvent à les verbaliser à l'autre, et elles sont également plus en lien avec autrui que les patientes restrictives.

Le BMI évoluait davantage vers une normalisation dans le groupe présentant le moins de préoccupations corporelles ; on peut imaginer que ces moindres préoccupations faciliteraient le gain pondéral. Les patientes de ce groupe avaient également une meilleure estime d'elles-mêmes. On peut mettre ce résultat en lien avec la majorité de patientes restrictives au sein de ce groupe, patientes qui présentaient elles aussi une meilleure estime d'elles-mêmes. Au niveau psychopathologique, le contrôle exercé par les patientes restrictives leur permet de préserver leur estime de soi, tandis que les patientes présentant des conduites de

purge sont le plus souvent envahies par des sentiments de honte et de culpabilité, et ont plus souvent tendance à se dévaloriser.

On a également retrouvé plus de troubles anxieux et un risque suicidaire actuel plus élevé chez les patientes avec des préoccupations corporelles marquées. Sur le plan clinique, l'envahissement psychique par ces préoccupations, et l'anxiété ainsi que la souffrance morale qu'elles peuvent engendrer, semblent cohérentes avec ces résultats, et vont dans le sens d'une évolution clinique moins favorable des patientes présentant un haut niveau de préoccupations corporelles. Dans le groupe PCM, il y avait également plus de comportements de vomissements et de prise de laxatifs, ce qui est probablement en lien avec le fait que les patientes AP soient plus nombreuses dans ce groupe.

Lorsqu'on analyse les différences selon le type de TCA, les patientes restrictives présentaient un BMI initial plus bas, ainsi qu'un BMI le plus bas inférieur, ce qui est similaire à ce que l'on retrouve dans les données de la littérature.

Les patientes AP avaient des préoccupations corporelles plus importantes que les patientes AR, ce qui correspond aux résultats retrouvés plus haut et pour lesquels nous avons déjà formulé certaines hypothèses, notamment celle que le déni et les difficultés d'expression de leurs troubles seraient plus importants chez les patientes restrictives.

Les patientes AP présentaient également plus de troubles de l'humeur, un risque suicidaire plus élevé, une moins bonne estime d'elles-mêmes et plus d'antécédents d'abus sexuel que les patientes AR. Cela correspond aux résultats précédents, ainsi qu'aux données que l'on peut retrouver dans la littérature et que nous avons pu citer précédemment. On peut en effet faire l'hypothèse que l'absence de ressenti, le gel des émotions et l'hypercontrôle ont chez les patientes restrictives une visée protectrice contre l'angoisse et les affects dépressifs, ce qui serait moins le cas chez les patientes présentant des conduites de purge, chez qui les affects semblent plus facilement pouvoir émerger.

On peut supposer que la maîtrise exercée par les patientes restrictives aurait ainsi une fonction antidépressive, et leur permettrait une meilleure préservation de leur humeur et de leur estime d'elles-mêmes.

Notre étude a permis de confirmer notre hypothèse de départ : l'intensité des préoccupations corporelles est bien liée à l'évolution clinique des patientes, évaluée par le score de Morgan et Russell. Nous avons ainsi pu mettre en évidence que les patientes ayant des préoccupations corporelles marquées présentaient une moins bonne évolution clinique à 12 mois que les patientes ayant des préoccupations corporelles plus faibles.

Il est intéressant de noter que le soutien familial semble jouer un rôle important dans l'évolution positive des patientes. Cela confirme l'intérêt d'associer l'entourage à leur prise en charge. L'importance de l'impact scolaire et/ou professionnel semble aussi jouer un rôle positif dans l'évolution clinique ; on peut supposer que la prise de conscience des conséquences de leurs troubles dans ces domaines puisse représenter un vecteur de changement pour les patientes. Ceci semble être un résultat inédit de notre étude, puisque nous n'avons pas retrouvé de résultats antérieurs portant sur ce sujet.

Dans la littérature, plusieurs études ont étudié le lien entre préoccupations corporelles et évolution des TCA. Déjà en 1989, Warah avait publié un article mettant en évidence que la surestimation de la taille corporelle des anorexiques avait un impact pronostique négatif (Warah, 1989). La méta-analyse réalisée en 1997 par Cash and Deagle a souligné l'importance de prendre en compte les perturbations corporelles dans les TCA comme facteur de risque, facteur prédictif ou marqueur de sévérité (Cash and Deagle, 1997).

Une revue de la littérature datant de 2002 avait mis en évidence la relation entre insatisfaction corporelle et risque de développement et de maintien des TCA. Cet article insistait également sur l'importance d'axer les interventions de prévention et de traitement sur les troubles de l'image du corps (Stice and Shaw, 2002).

Plus récemment, d'autres études ont pointé le lien entre les facteurs pouvant contribuer à une insatisfaction corporelle importante : attention excessive portée à une mauvaise représentation de soi, ainsi que surestimation du poids et de la silhouette, et risque majoré de décompensation des TCA, de dépression et de tentatives de suicide (Franko et al., 2002 et Rodriguez-Cano et al., 2006).

Guardia et son équipe ont mis en évidence une corrélation entre la durée de la maladie et les croyances erronées concernant les perturbations du schéma corporels, faisant de ces dernières un facteur pronostique péjoratif (Guardia et al., 2010). Plus tard, ils ont montré que les perturbations corporelles, ainsi que leurs répercussions, semblaient induire un renforcement des TCA (Guardia et al., 2012).

Une étude allemande de 2011 a montré que l'intensité des pensées concernant les préoccupations corporelles avait un impact important en termes d'insertion sociale et de relations affectives chez des sujets souffrant de TCA. Cette même étude a retrouvé chez les sujets interrogés un niveau élevé d'émotions négatives, ainsi qu'un recours fréquent à des stratégies inadaptées de contrôle de la pensée (Kollei et al., 2011).

Boehm et al. ont publié en 2016 une étude évaluant les effets de la perturbation de l'image du corps sur le pronostic de l'anorexie mentale. Dans cette étude, l'évolution à long terme était évaluée 3 ans après traitement par des critères physiques, psychologiques et psychosociaux, en utilisant le score de Morgan et Russell, ainsi que des paramètres physiques comme le BMI et la réapparition des menstruations. Les résultats ont montré un lien significatif entre l'intensité des perturbations de l'image corporelle et l'évolution globale à long terme des patientes, faisant de la perturbation de l'image du corps un facteur pronostique péjoratif (Boehm and al., 2016).

Pour réaliser notre étude, nous avons choisi de n'inclure que les patientes présentant des TCA de type anorexie restrictive et anorexie avec conduites purgatives, en excluant les patientes souffrant de boulimie nerveuse ou de TCANS, afin de limiter les biais liés aux différences psychopathologiques de ces troubles. Pour cette même raison, nous avons choisi de n'inclure que les femmes. Ces critères d'inclusion nous ont permis d'avoir un échantillon de patientes homogènes, mais les résultats ne sont donc pas extrapolables au reste de la population.

Lors de cette étude de suivi, nous avons perdu de vue un nombre conséquent de patientes, pour diverses raisons. Cependant, après comparaison des données des patientes perdues de vue et des patientes incluses, nous n'avons mis en évidence qu'une différence d'âge significative, les patientes perdues de vue étant plus âgées.

Cela pourrait s'expliquer par un moindre accompagnement par leurs parents de ces patientes, qui auraient alors plus de difficultés à poursuivre spontanément le suivi.

Le principal biais de notre étude est un biais déclaratif. En effet, cette étude se base en partie sur des réponses à des auto-questionnaires, or nous savons que le déni occupe souvent une place importante dans la clinique des patientes atteintes de TCA, et il est donc difficile d'être sûr de la fiabilité des données recueillies. De plus, cette question du déni est difficile à évaluer et à contourner.

Il est même envisageable que l'expression de la présence de préoccupations corporelles puisse être le reflet d'un déni moindre, comme nous l'avons évoqué plus haut, et d'une meilleure capacité de ressenti et de rapport au corps, ainsi que le témoin d'une possibilité de verbalisation et de lien à l'autre. La verbalisation des préoccupations corporelles chez les patientes AP pourrait ainsi être lue comme une meilleure capacité à exprimer leurs difficultés à autrui, contemporaine d'un meilleur lien à l'autre avec une demande d'aide pouvant alors advenir.

Au vu de ces résultats, il paraît donc pertinent pour chaque clinicien de rechercher l'intensité ainsi que la nature des préoccupations corporelles chez les patientes atteintes de TCA, afin de mieux cerner les enjeux corporels et d'orienter leur prise en charge de manière optimale.

Cependant, au vu de ce que l'on a pu développer, il semble important de rester prudent et de ne pas systématiquement prendre l'absence d'expression de préoccupations corporelles comme un signe clinique positif, mais de l'évaluer dans son contexte psychopathologique global. Dans la perspective de mieux appréhender ces préoccupations, il semblerait intéressant de réfléchir à d'autres moyens d'évaluation de l'intensité et de la nature des préoccupations corporelles, le moyen déclaratif semblant représenter un biais important entraînant probablement leur sous-estimation.

De plus, notre étude a évalué l'évolution à un an des patientes, mais ne nous permet pas de prédire de leur évolution à plus long terme. Pour cela, il faudrait réaliser une étude de suivi plus longue, afin d'étudier l'impact de l'intensité des préoccupations corporelles à long terme sur l'évolution des patientes. Une telle étude

permettrait également de mieux cerner les enjeux psychopathologiques sous-tendant les différences d'évolution.

Afin d'évaluer l'effet d'une prise en charge précoce et spécifique des préoccupations corporelles, nous pourrions également envisager l'intérêt d'une étude de suivi évaluant les patientes ayant bénéficié de prises en charge corporelle précoce en les comparant à des patientes n'en ayant pas bénéficié. Nous pourrions ainsi évaluer l'impact de ces prises en charge dans l'évolution des patientes, sur le plan de l'intensité de leurs préoccupations corporelles mais aussi sur un plan clinique global.

Partie 5 - ORIENTATION ET PERSPECTIVES

A- Perspectives thérapeutiques

1. La remédiation cognitive

a. Objectifs

La remédiation cognitive est un outil thérapeutique ayant d'abord été développé pour la prise en charge de jeunes patients schizophrènes, grâce à l'apport des neurosciences en psychiatrie et à la recherche sur la plasticité cérébrale.

L'objectif de cette approche est, entre autres, d'aider le patient à « penser sa pensée » en favorisant la métacognition. Elle s'intéresse également à la neurocognition et à la cognition sociale. A la différence des thérapies cognitives et comportementales qui se penchent sur le contenu de la pensée, la remédiation cognitive s'intéresse à la pensée elle-même, au « contenant ». Elle cible spécifiquement les processus cognitifs et les modes de pensées, permettant de redéfinir les connexions neuronales dysfonctionnelles et de mettre en place des stratégies d'adaptation.

b. Remédiation cognitive dans les TCA

Depuis quelques années, la remédiation cognitive est au cœur de la recherche pour les sujets souffrant de TCA. Leur style cognitif est en effet étudié depuis les descriptions cliniques précurseuses d'Hilde Bruch, avec deux dimensions principales mises en exergue. La première concerne le défaut de cohérence centrale des patientes, c'est-à-dire une attention excessive portée aux détails avec une difficulté à intégrer les données dans une représentation globale, et la deuxième porte sur la flexibilité mentale.

Cette seconde dimension a pu être étudiée grâce au « set-shifting » qui permet de mesurer la capacité de passer d'une tâche cognitive à une autre, son altération

étant la marque d'une certaine rigidité mentale, avec une persévération, se manifestant dans les comportements comme dans les raisonnements. Une méta-analyse portant sur quinze études a ainsi mis en évidence un déficit constant de cette capacité de « set-shifting » chez les patientes anorexiques. De plus, les données récentes de neuro-imagerie ayant montré des anomalies structurelles et fonctionnelles de certaines structures corticales et sous-corticales, la remédiation cognitive apparaît comme étant une voie thérapeutique innovante et prometteuse (Martinez et al., 2014).

c. En pratique

Les sessions de remédiation cognitives pour les sujets souffrant de TCA ont donc pour objectif d'améliorer la flexibilité mentale, l'attention et la cohérence centrale. Elles visent également à réduire le perfectionnisme et la rigidité au profit d'une vision d'ensemble, ainsi qu'une amélioration de la confiance en soi. En pratique, des exercices spécifiques sont d'abord réalisés par les patientes, puis une réflexion sur les stratégies de résolution utilisées ainsi que le style de pensée adopté est menée avec les soignants. Ensuite peuvent être explorées des stratégies alternatives, et la généralisation de ces exercices dans la vie quotidienne. Certaines équipes ont élaboré des programmes de remédiation cognitive destinés aux sujets souffrant de TCA. Par exemple, Whitney et ses collaborateurs ont développé un programme spécifique comprenant une dizaine de séances de 30 à 45 minutes (Whitney et al., 2008).

d. Résultats

L'étude menée par Fitzpatrick et al. en 2013 a révélé des résultats concluants, tant sur le plan de la cohérence centrale que sur celui de la flexibilité mentale, grâce aux sessions de remédiations cognitives (Asch et al., 2013). Une revue de la littérature effectuée en 2014 a également rapporté des résultats prometteurs sur l'efficacité de la remédiation cognitive pour les patientes anorexiques, faisant de cette pratique un champ de recherche pour les perspectives thérapeutiques à venir (Tchanturia and al., 2014).

Cette approche peut se faire en groupe, et de nombreuses publications ont souligné son intérêt non seulement pour l'amélioration des dimensions cognitives

péjorées dans l'anorexie mentale, mais aussi pour l'alliance thérapeutique et la motivation des patientes. Celles-ci rapportent en effet qu'elles apprécient cette méthode non focalisée sur l'alimentaire, et estiment qu'elle les aide à réduire leur rigidité et leur perfectionnisme. Cela a également un impact important sur l'intensité de l'envahissement psychique par leurs préoccupations corporelles, et elles déclarent pouvoir transposer ces résultats dans leur vie quotidienne.

2. La remédiation sensorimotrice

La remédiation cognitive chez les sujets souffrant de TCA a initialement été centrée sur la flexibilité cognitive, comme nous l'avons vu ci-dessus. Depuis quelques années, des travaux sont réalisés sur les relations entre les boucles cognitives et perceptivo-motrice, et cet outil thérapeutique a commencé à se diriger vers le traitement des représentations corporelles, ainsi que sur leurs associations avec les affects. Selon le niveau de représentation concerné et le réseau en cause, deux types de traitements distincts peuvent être proposés.

a. Atteinte sensori-motrice prédominante

Des outils de remédiation concernant les représentations sensorimotrices du corps se développent depuis plusieurs années. Ils visent une réactualisation du schéma corporel en agissant sur les afférences sensorielles et les efférences motrices.

Dans le cas d'une atteinte majoritaire du schéma corporel, une quantification des baisses de performance d'anticipation et de réalisation d'actions sera d'abord effectuée. Ensuite, différents ateliers de remédiation pourront être proposés, avec des tâches impliquant les limites du corps, les positions du corps dans l'espace ou encore la possibilité d'atteindre des objets.

Ces ateliers ont pour objectif la réactualisation des représentations corporelles internes afin de diminuer les biais de surestimation des volumes du corps liés à des représentations corporelles erronées.

La première expérience de ce type fut proposée en 2005 par Grunwald et Weiss. Ils ont expérimenté une stimulation intensive de toute la surface corporelle d'une patiente par le biais d'une combinaison en néoprène portée 3 heures par jour durant quinze semaines. Les variables étudiées ont été améliorées à la fin du programme

expérimental : il a été observé un gain de poids significatif, une normalisation de l'activité électro-encéphalique, ainsi qu'une amélioration des distorsions corporelles (Grunwald et Weiss, 2005).

b. Atteinte cognitive prédominante

Dans le cas d'une atteinte principale de l'image du corps, les défauts d'activation des réseaux corticaux impliqués dans la reconnaissance du corps propre seront quantifiés. Ensuite, des ateliers de remédiation cognitive seront proposés à l'aide de supports notamment photographiques. Une étude a pu mettre en évidence des modifications de l'activation des réseaux cérébraux impliqués après traitement par remédiation cognitive, laissant envisager la réversibilité possible de ces distorsions cognitives (Vocks and al., 2010).

Inference based therapy

Il s'agit d'un programme d'intervention individuel ayant d'abord été développé pour les personnes souffrant de troubles obsessionnels compulsifs. Il cible le raisonnement mental menant aux obsessions et a pour objectif d'accéder, en dix étapes, à la déconstruction de ce raisonnement et à des pensées plus proches de la réalité.

Ce type de thérapie part du principe que la construction d'obsessions se fait en deux étapes. Tout d'abord, le sujet reçoit une ou plusieurs inférences primaires le convainquant qu'un état de fait peu probable constitue une réalité. Cette inférence primaire est ensuite suivie d'inférences secondaires faisant référence aux conséquences anticipées des inférences primaires. Ce type de programme thérapeutique apparaît prometteur pour les sujets souffrant de TCA, afin de diminuer leur envahissement psychique par les obsessions corporelles (Taillon et al., 2013).

Les approches en remédiation cognitive et sensorimotrice offrent ainsi un nouveau champ d'intervention thérapeutique, complémentaires d'autres approches plus classiques. Elles permettent d'aborder les soins avec une dimension ludique, chez des sujets présentant une façon de penser généralement rigide, tout en ayant fait leurs preuves sur le plan scientifique. Par ailleurs, elles permettraient également une optimisation des autres prises en charge.

3. La réalité virtuelle

La réalité virtuelle est une technologie d'immersion d'abord développée dans les années 1960 afin d'exposer progressivement des patients à des stimuli anxigènes dans des environnements virtuels contrôlés. Il faudra cependant attendre la fin des années 1990 pour que des chercheurs mettent en place les premiers tests d'utilisation de la thérapie par exposition à la réalité virtuelle (TERV) dans un but psychothérapeutique. Depuis, la TERV s'est étendue au traitement de divers troubles mentaux, et plus récemment au traitement des TCA, d'abord par des techniques d'exposition virtuelle à des aliments, et plus récemment des logiciels ont ciblé les distorsions corporelles (Malbos et al., 2013).

a. La permutation de corps

La permutation de corps est rendue possible en réalité virtuelle en utilisant une technique d'illusion de sortie de corps. Le but est de permettre une recalibration visuo-tactile du schéma corporel par le biais de cette permutation virtuelle, les patients pouvant ainsi réintégrer leur schéma corporel réel en expérimentant de nouvelles limites corporelles. Dans l'expérience menée en 2012 par Eshkevari et ses collaborateurs, le sujet voit le corps d'un mannequin dans la perspective de la tête de ce dernier. Des stimulations synchrones du ventre du sujet et du mannequin induisent une illusion de sortie de corps, et le sujet ressent alors le corps virtuel comme son propre corps (Eshkevari et al., 2012).

b. L'illusion corporelle

Normand et son équipe ont proposé une autre expérience en 2011 : les participants étaient plongés dans un corps virtuel de dimensions augmentées, et des stimulations tactiles du ventre étaient effectuées de façon synchrone et asynchrone entre le ventre du participant et le ventre du corps artificiel. Ces stimulations ont provoqué des changements de dimensions du schéma corporel et ont favorisé

l'émergence d'une représentation consciente du corps, les participants se percevant plus gros que la réalité (Normand et al., 2011).

Keizer et ses collaborateurs ont récemment publié une étude dans laquelle ils ont expérimenté ce type de réalité virtuelle avec des sujets souffrant de TCA : ces derniers étaient plongés dans un corps virtuel grâce à une stimulation visuo-tactile synchrone de leur corps et du corps virtuel, leur permettant ainsi de se l'approprier. Les résultats de cette étude ont été concluants : ils ont en effet permis de montrer que les troubles de la perception des dimensions corporelles étaient flexibles et pouvaient évoluer, même celles concernant les parties du corps les plus associées à une charge émotionnelle forte (Keizer et al., 2016).

c. L'avatar numérique et le morphing

L'équipe de Xavier Pommereau à Bordeaux utilise l'avatar numérique comme outil de soins pour les patientes anorexiques. La patiente doit produire son double numérique de la façon qu'elle juge la plus réaliste pour elle, offrant ainsi un support permettant la verbalisation autour de ses représentations corporelles. Elle peut par exemple retoucher son personnage afin de le rendre plus maigre et exprimer de manière médiatisée mais concrète ses difficultés corporelles (Pommereau, 2012).

Les logiciels de *morphing* ont permis de constater une altération significative des perceptions de la taille et de la forme du corps des sujets souffrant de TCA, alors même que la silhouette idéale qu'ils définissent est dans les normes pondérales. Ce type de logiciel permet donc de travailler sur la surestimation des perceptions corporelles.

En pratique, la patiente est tout d'abord photographiée vêtue d'une combinaison moulante, afin que cette image soit la plus représentative possible de sa morphologie réelle. La photographie est ensuite intégrée dans un logiciel de déformation, et la patiente doit placer la forme de son corps tel qu'elle pense l'avoir vu dans le miroir. Parallèlement, elle crée la forme de sa silhouette idéale. Enfin, les résultats de ces deux perceptions sont présentés à côté de son image réelle, générant une confrontation de ses représentations à la réalité. Cela permet une prise de

conscience concrète des différences entre corps pensé, corps réel et corps souhaité, ainsi qu'un échange médié par ces résultats.

d. Intérêt, limites et évaluation

L'utilisation thérapeutique de ce type de méthodes pour les sujets souffrant de TCA se conçoit aisément et devrait tendre à se développer dans les années à venir. L'illusion d'avoir un autre corps pourrait ainsi leur permettre d'acquérir une vision plus réaliste de leur propre corps, et de les aider à s'adapter aux changements de son volume et de ses dimensions lors de la reprise de poids (Gutierrez-Maldonado et al., 2015). Cependant, une des limites de l'utilisation des techniques virtuelles pour les sujets souffrant de TCA réside dans le fait que les stimulations sensorielles leur étant associées produisent essentiellement des sensations, et non des émotions. Ce sont justement ces sensations que recherchent les anorexiques afin de se protéger de leurs émotions, le plus souvent vécues comme facteurs de déséquilibre intérieur (Pommereau, 2012). Il semble alors qu'il faille être prudent lors de l'utilisation de telles techniques afin de ne pas renforcer des mécanismes de défense déjà ancrés.

Une revue de la littérature réalisée en 2013 a montré une efficacité significative des TERV dans les TCA, et les études comparatives révèlent une efficacité équivalente, voire supérieure, par rapport aux thérapies cognitivo-comportementales (Ferrer-Garcia et Gutierrez-Maldonado, 2012). Plusieurs études ont également montré une amélioration de l'image corporelle, une diminution des préoccupations alimentaires et de l'insatisfaction corporelle suite au traitement par TERV (Cardi et al., 2012, Perpina et al., 1999).

Au Québec, le laboratoire de recherche interdisciplinaire sur les troubles du comportement alimentaire en lien avec la réalité virtuelle et la pratique physique (LoriCorps) de l'Université du Québec a développé un programme de réalité virtuelle permettant aux personnes souffrant de TCA d'explorer différents corps. Les cliniciens peuvent ainsi observer les réactions et les émotions des participants en temps réel, et mesurer la perception de leur image corporelle (Trahan, 2016).

Les études ayant montré des résultats encourageants sur la réversibilité des distorsions cognitives, cela motive l'élaboration de nouveaux outils thérapeutiques complémentaires pour la prise en charge des patients souffrant de TCA.

4. Les approches psychothérapeutiques contemporaines

Les sujets atteints de TCA sont en permanence dans une recherche de modification de leur apparence physique, ce qui renforce l'escalade comportementale et cognitive en amplifiant la lutte contre les supposés défauts à changer. Ces nouvelles formes de thérapie sont basées sur l'acceptation des pensées et des émotions, dans un but d'apaisement de cette lutte psychique.

a. Approche centrée sur la pleine conscience : mindfulness

La mindfulness est une approche développée par Jon Kabat-Zinn à la fin des années 70. La pleine conscience (mindfulness) définit le fait de porter intentionnellement son attention au moment présent, sans jugement, sur les expériences sensorimotrices, cognitives et émotionnelles surgissant spontanément dans le champ de la conscience. Il s'agit de ne pas être dans l'évitement émotionnel, mais de devenir conscient, et observateur, des jugements et réactions à ses propres expériences internes comme externes, afin d'apprendre à s'en décaler.

Les sujets souffrant de TCA présentent en général une faible conscience intéroceptive ainsi que des difficultés de régulation émotionnelle. La mindfulness pourrait ainsi leur permettre d'améliorer cette régulation des émotions, en leur apprenant à se tourner vers leur expérience intérieure, et à reconnaître et accepter les émotions qui surviennent en les identifiant, sans forcément y réagir de façon immédiate. Certaines techniques de mindfulness appliquées spécifiquement à l'alimentation permettent d'apprendre à distinguer les émotions des sensations de faim et de satiété, ressentis pouvant souvent se confondre chez les sujets souffrant de TCA.

La mindfulness permet ainsi d'aider les patientes à déplacer leur attention habituellement focalisée sur l'alimentation, l'image du corps, et l'évaluation négative de soi, vers d'autres pensées. Cela devient possible en libérant de l'espace psychique grâce à une diminution des ruminations mentales. Les programmes

d'intervention utilisés dans l'accompagnement des patients atteints de TCA sont notamment la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) et la pratique de l'alimentation consciente (MB-EAT).

La compassion est également un élément important de la mindfulness, et est en lien étroit avec l'image de Soi (Wasyliw et al., 2012). Les résultats d'une étude contrôlée de 2014 ont montré que les patientes pratiquant des séances de méditation axées sur la compassion, à raison de 20 minutes 3 fois par semaine, ont expérimenté une réduction plus importante de leur niveau d'insatisfaction corporelle, associée à une augmentation de leur niveau de compassion (Albertson and al., 2014).

b. Acceptation and commitment therapy (ACT)

L'ACT est une forme de psychothérapie appartenant à la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales. Elle repose sur la théorie des cadres relationnels élaborée en continuité avec les apports de Skinner pour développer une approche scientifique du comportement humain.

Les techniques utilisées en ACT visent à favoriser l'acceptation des pensées, images ou émotions désagréables conduisant habituellement le patient à un évitement de situations ou à une lutte interne. Cela semble permettre le développement d'une plus grande flexibilité cognitive et comportementale. Le recours à la métaphore et au paradoxe, ainsi qu'à des exercices visant à faire des expériences plutôt que d'acquérir des connaissances verbales, sont largement utilisés par le thérapeute en ACT, dans le but de développer la capacité d'appréhension en pleine conscience de toutes les facettes de l'expérience du moment présent. Cela semblerait permettre aux patients d'augmenter leur liberté de choix, afin que ceux-ci ne soient pas dirigés par des mécanismes d'évitement ou d'échappement, mais puissent découler d'un choix pleinement conscient.

L'utilisation de ces techniques semble également permettre une amélioration du rapport au corps et à son image, ainsi qu'une normalisation des comportements alimentaires (Pearson et al., 2012).

c. Evaluation et comparaison

Ces interventions basées sur la pleine conscience et l'acceptation sont de plus en plus utilisées dans le cadre des TCA. De nombreuses données empiriques soulignent leur pertinence, et un nombre croissant d'études scientifiques sont réalisées afin de démontrer leurs effets (Webb and al., 2015).

Une étude de 2014 a comparé les effets des thérapies d'acceptation et de pleine conscience, de remédiation cognitive, et des techniques de distraction, sur la fréquence d'apparition de pensées concernant l'apparence physique chez des sujets souffrant de TCA. Les résultats ont montré une diminution de la fréquence de ces pensées dans tous les groupes, avec de légères différences selon les critères d'amélioration évalués. Cela nous permet de dire que les techniques d'acceptation et de pleine conscience peuvent représenter une approche alternative à la remédiation cognitive, et que des recherches plus poussées seraient utiles afin de mieux cibler les indications d'une stratégie thérapeutique spécifique adaptée à chaque patient (Hartmann et al., 2014).

Une revue de la littérature publiée en 2015 a également pu mettre en évidence l'effet positif des interventions thérapeutiques de groupe de type ACT ou TCC, axées sur le développement d'une image corporelle positive, chez des femmes ayant initialement un haut niveau d'insatisfaction corporelle. Elles avaient en effet, au terme de ces interventions, développé une meilleure image de leur corps. Celle-ci était évaluée par une réduction de l'insatisfaction corporelle, ainsi qu'une diminution de la comparaison physique et de l'évitement de l'image de soi. De plus, il semblerait que ces interventions pourraient également améliorer certains types de comportements alimentaires problématiques (Lewis-Smith et al., 2015).

5. Nouvelles formes d'approches psychocorporelles

a. Le toucher manuel en somato-psychopédagogie

La psychopédagogie perceptive est une discipline émergente, avec des applications cliniques en somato-psychopédagogie et en fasciathérapie-somatologie. Elle se base sur le rapport au corps comme axe fondateur de la transformation des représentations de l'individu. Une étude observant les impacts de la relation au corps

sensible sur les représentations corporelles a été réalisée en 2007 par le Professeur Danis Bois (Bois, 2007).

Cette approche permet d'amener la personne à entrer en relation avec elle-même, à se percevoir et à accorder les différentes instances d'elle-même, et notamment son corps et son psychisme, d'où la notion utilisée d'un « modèle d'accordage somato-psychique ». Elle permet progressivement la transformation du statut du corps de l'individu, le faisant passer au fil des séances d'un corps « objet », vécu comme extérieur, à un corps « sujet », plus incarné, et enfin à un corps « sensible », partie intégrante de soi.

En pratique, la somato-psychopédagogie comprend quatre « programmes d'intervention », nommés respectivement relation d'aide manuelle, gestuelle, introspective et verbale. Pendant les séances de thérapie manuelle, le thérapeute agit par le toucher sur le corps de la personne, se trouvant alors en situation de passivité motrice, alors qu'en thérapie gestuelle, le sujet mobilise lui-même son corps avec l'aide du thérapeute. L'introspection sensorielle permet de guider la personne dans l'observation de ses expériences internes. Enfin, la reprise verbale, pendant et après les séances, ainsi qu'en différé, est essentielle afin de réaliser le lien entre l'éprouvé du corps et la fonction psychique. Ce lien est en effet essentiel pour que les expériences vécues puissent « prendre corps » ainsi que « prendre esprit », pour devenir pérennes.

Les séances de somato-psychopédagogie ont pour objectif d'offrir au sujet les conditions favorables à un accès conscient à son expérience interne, permettant alors à celle-ci de constituer un préalable à la transformation de ses représentations.

Les séances de somato-psychopédagogie permettent, grâce à l'enrichissement perceptif des sujets, une modification progressive de ses représentations. Cette modification touche non seulement les perceptions, mais aussi les pensées et les comportements. On peut ainsi parler de transformation perceptivo-cognitivo-comportementale.

La spécificité de cette approche réside dans le fait que ces modifications surviennent « de l'intérieur » ; elles ne sont en effet pas induites par le thérapeute. Le sujet prend conscience « à son insu » de changements perceptifs sans les rechercher, dans l'immédiateté d'expériences « corporéisées ». Cela est nommé « connaissance immanente » dans cette approche, et l'apprentissage se fait principalement « par contraste », c'est-à-dire que la personne prend conscience du changement grâce à la différence ressentie par rapport à son état antérieur (Duprat, 2007).

Une psychiatre formée à la somato-psychopédagogie a étudié lors de sa thèse en psychopédagogie perceptive les impacts de cette technique auprès de patientes souffrant de TCA. Elle a pu noter que l'éducabilité perceptive de ces patientes était similaire à celle observée dans la population d'étudiants auprès de laquelle cette technique avait d'abord été étudiée. Cela montre que la transformation des représentations et de l'image de soi chez les sujets avec TCA est possible par le biais du rapport à ses propres perceptions (Duprat, 2007).

Cette voie de la somato-psychopédagogie pour les sujets souffrant de TCA semble intéressante à plusieurs niveaux. Elle permet tout d'abord d'éviter la confrontation directe à des représentations pouvant être génératrices d'angoisses, de déni ou d'élaboration non incarnée, en induisant un retour progressif à une modalité perceptive du rapport au corps. De plus, cette technique utilise des pratiques axées sur une reprise d'autonomie du sujet dans le rapport à son corps, permettant de transformer ces expériences en modalités de changements pouvant se stabiliser dans le temps. Il s'agit ainsi d'une réelle transformation de la manière d'être à son corps et à soi (Duprat, 2007).

b. Approche psychosensorielle

Une thérapie psychosensorielle, appelée soins à médiation multi-sensorielle, a été mise au point par Dodin et son équipe en 2012. Cette approche thérapeutique utilise des stimulations olfactives par le biais d'odeurs choisies au préalable, combinées à un environnement musical et lumineux relaxant, ainsi qu'à un étayage corporel chaud. Cet environnement apaisant définit un cadre multi-sensoriel

contenant qui, associé à l'accompagnement par des soignants, permet l'émergence de souvenirs non accessibles par la voie cognitive.

Les odeurs sont choisies par le patient accompagné d'un soignant, en fonction des préférences du patient mais aussi des objectifs de soins. En effet, les odeurs choisies pourront avoir un effet apaisant si leur mémoire sensorielle est liée à des souvenirs rassurants, ou, au contraire, être génératrices d'angoisses si elles relient le patient à des souvenirs traumatiques. La mémoire olfactive serait une des mémoires sensorielles les plus puissantes, permettant ainsi d'accéder à des souvenirs profondément enfouis.

L'objectif de ces soins est de fournir un cadre contenant et sécurisant permettant à la patiente de revisiter des souvenirs anciens par le biais de mémoires sensorielles, et de favoriser ainsi un réveil émotionnel et mnésique (Dodin et al., 2012).

B- Perspectives de prévention

1. Image du corps

Nous avons vu plus tôt que l'insatisfaction corporelle était un facteur de risque de développement des TCA. Il apparaît donc essentiel d'agir en amont de l'apparition de ces troubles par le biais d'interventions axées sur le développement d'une image corporelle de soi positive (Cook-Cottone, 2015).

Pour Lévine et Piran, une « prévention primaire » de l'image négative du corps représente un enjeu majeur de santé publique pour agir sur l'incidence de l'apparition des TCA. Ils ont ainsi présenté plusieurs programmes de prévention et de sensibilisation axés dans ce sens (Levine et Piran, 2004).

Une revue de la littérature a évalué en 2008 plusieurs programmes de prévention ciblant l'image du corps et les TCA. Les résultats ont montré que l'éducation aux médias, les programmes basés sur la dissonance et les interventions spécifiques sur l'estime de soi étaient plus efficaces que les interventions didactiques, les interventions basées sur les connaissances, et les interventions psychoéducatives ou cognitivo-comportementales (Yager et O'Dea, 2008).

Ces études nous indiquent que les actions de préventions basées sur l'image du corps ainsi que le rapport aux médias sont essentielles, et il serait important de mettre en œuvre des programmes de ce type de façon plus systématique, en ciblant les populations à risque de développer des troubles du comportement alimentaire.

2. Entourage

Il est également important de prendre en considération l'entourage, et notamment les parents, qui ont un rôle essentiel dans le développement de l'image du corps de leurs enfants. Ils jouent en effet un rôle majeur en termes de prévention des troubles de l'image corporelle.

Une revue de la littérature de 2009 a étudié les facteurs socioculturels impliqués dans les distorsions de l'image du corps. Les résultats ont mis en évidence que l'image que les parents donnent d'eux-mêmes, les messages négatifs qu'ils peuvent adresser à leurs enfants, ainsi que leur position face aux médias ont un impact sur l'insatisfaction corporelle ainsi que sur les croyances relatives à l'idéal de minceur de leurs enfants, ainsi que sur l'intériorisation des messages véhiculés par les médias. Dans ce cadre, des actions de psychoéducation familiale paraîtraient pertinentes à mettre en œuvre (Rodgers et Chabrol, 2008).

C- Perspectives de recherche

Plusieurs travaux de recherche ont étudié sur un plan neurocognitif l'hypothèse d'un trouble de la reconnaissance de soi chez des sujets souffrant de TCA. Sachdev et son équipe ont étudié en 2008 les bases neurales sous-tendant la reconnaissance de soi, et ont conclu qu'elle était liée à un trouble du traitement perceptif visuel (Sachdev et al., 2008. Riva et al., 2011).

Une autre étude, menée par Vocks et ses collaborateurs en 2010, a étudié les zones d'hypoactivation cérébrale lors de la vision de leur propre corps par les patientes anorexiques. Les résultats de cette étude traduisent un comportement d'évitement, car ces stimuli seraient vécus comme une menace par les patientes. En revanche, ces régions du système limbique seraient suractivées lors de la vision du corps d'une autre femme, traduisant une réactivité émotionnelle accrue (Vocks et al., 2010).

D'autres études seraient à mener afin de mieux cerner les soubassements de ces phénomènes, en se basant par exemple sur du matériel photographique pouvant être retouché afin de créer des silhouettes surévaluées, et en explorant lors de l'exposition à ces photographies les aires cérébrales activées. Une autre piste à explorer serait celle d'une mesure de la réactivité électrodermale lors de la présentation de photographies de leur corps à des patientes, afin de tester l'hypothèse d'un biais émotionnel lors de la réponse à ces stimuli visuels (Guardia D., 2012).

Conclusion

Les troubles du comportement alimentaire sont des maladies psychiques complexes à expression corporelle, venant révéler au grand jour une souffrance latente dont les prémisses se sont forgées bien plus tôt. Elles semblent ainsi représenter une tentative de gestion et de contrôle d'angoisses inélaborables. Leurs origines sont multifactorielles, mais on retrouve une problématique centrale dans le rapport au corps, vecteur de lien à soi et à l'autre.

Il paraît essentiel de comprendre les enjeux psychiques sous-jacents à ces troubles singuliers afin de pouvoir proposer une prise en charge adaptée, prenant en compte l'entité somatopsychique de chaque individu, ainsi que le contexte dans lequel les troubles sont apparus. Les vignettes cliniques nous ont permis de prendre conscience de la diversité et de la singularité de l'expression des TCA, et des enjeux les sous-tendant. Ceci conforte le concept d'addiction dans lequel s'inscrivent aujourd'hui les TCA, comme étant la rencontre entre un sujet, un environnement et une modalité d'expression de cette problématique de dépendance.

Les préoccupations autour de la silhouette et du poids sont plus importantes chez les sujets atteints de TCA que dans le reste de la population, et elles représentent un des critères diagnostiques de ces troubles. Les prises en charge centrées sur le corps sont multiples, se diversifient et ont démontré leur efficacité depuis de nombreuses années. Cependant, dans les soins comme chez les patientes, la tendance au clivage entre corps et psychisme semble souvent persister avec d'un côté les soins destinés au corps, et de l'autre les soins du psychisme par médiation verbale. L'articulation entre ces modalités de soins semble encore à améliorer.

Notre étude a pu confirmer l'hypothèse de base que nous avons formulée : l'intensité des préoccupations corporelles lors de l'évaluation initiale des patientes apparaît significativement liée à leur évolution clinique à un an, évaluée par le score de Morgan et Russell. Les patientes présentant à l'inclusion des préoccupations corporelles marquées présentent ainsi une moins bonne évolution clinique à 12 mois que celles présentant des préoccupations corporelles faibles. Ceci nous permet de pointer l'importance de l'évaluation par le clinicien de l'intensité des préoccupations

corporelles des patientes, afin de les prendre en charge précocement et de manière spécifique.

Ces dernières années, de nombreuses recherches sont réalisées sur la prise en charge corporelle des sujets souffrant de TCA. De nouvelles perspectives thérapeutiques prometteuses voient ainsi régulièrement le jour à différents niveaux : psychothérapique avec les approches d'acceptation et de pleine conscience, remédiation cognitive, ainsi que d'autres types d'approches novatrices comme la réalité virtuelle qui tend à se développer de plus en plus. Ces nombreux travaux ainsi que la meilleure compréhension des troubles du comportement alimentaire nous laissent à penser que la prise en charge de ces sujets est amenée à évoluer considérablement dans les années à venir.

ANNEXES

Tableau 1 : Comparaison des patientes incluses et des perdues de vue à 1 an.

Variables at the first visit	Total		Included in study		Lost to follow-up		pvalue	Statistical tests
	n (%) or m (sd)	n (%) or m (sd)	n (%) or m (sd)	n (%) or m (sd)	n (%) or m (sd)	n (%) or m (sd)		
Size	147		72		75		-	-
Morgan and Russel 's total score (Quantitative variable)	5,5	1,7	5,4	1,5	5,6	1,9	0,400	Student test
Morgan & Russel A score (Quantitative variable)	1,2	1,6	1,1	1,6	1,4	1,7	0,268	Wilcoxon test
Morgan & Russel B score (Quantitative variable)	4,2	5,1	3,4	4,9	4,9	5,2	0,045	Wilcoxon test
Morgan & Russel C score (Quantitative variable)	6,1	2,2	6,3	2,3	6	2,1	0,358	Wilcoxon test
Morgan & Russel D score (Quantitative variable)*	7,7	2,5	7,5	2,5	7,9	2,6	0,252	Wilcoxon test
Morgan & Russel E score (Quantitative variable)*	8,2	2,3	8,5	2	7,9	2,5	0,150	Wilcoxon test
First BMI (kg/m ² , Quantitative variable)*****	15,5	1,4	15,5	1,3	15,5	1,5	0,783	Student test
Type of TCA : restrictive anorexia nervosa	90,0	61,2%	44	61,1%	46	61,3%	0,999	Chi ² test
BSQ score > 110 (Qualitative variable)	82,0	55,8%	41	56,9%	41	54,7%	0,911	Chi ² test
BSQ score > 140 (Qualitative variable)	43,0	29,3%	26	36,1%	17	22,7%	0,107	Chi ² test
BSQ score (Quantitative variable)	120,0	34,7	124,6	33,7	115,6	35,3	0,115	Student test
Lowest BMI (kg/m ² , Quantitative variable)	14,2	1,5	14,2	1,5	14,3	1,4	0,513	Student test
Age (year, Quantitative variable)	22,8	7,2	21,9	7,4	23,6	7	0,043	Wilcoxon test
Age of eating disorders' occurrence (year, Quantitative variable)	17,3	4,9	17,6	5,4	16,9	4,5	0,669	Wilcoxon test
Illness' duration (year, Quantitative variable)	5,5	6,2	4,3	5,1	6,7	7,0	0,061	Wilcoxon test
Previous medical care (Qualitative variable)	134	91,2%	68	94,4%	66	88,0%	0,278	Chi ² test
Mood disorders (Qualitative variable)	45	30,6%	24	33,3%	21	28,0%	0,601	Chi ² test
Anxiety disorders (Qualitative variable)	78	53,1%	36	50,0%	42	56,0%	0,573	Chi ² test
Current suicide risk (Qualitative variable)	78	53,1%	37	51,4%	41	54,7%	0,816	Chi ² test
Current laxatives use (Qualitative variable)	8	5,4%	4	5,6%	4	5,3%	0,999	Fisher test
Current vomiting (Qualitative variable)	40	27,2%	21	29,2%	19	25,3%	0,736	Chi ² test
Current problematic exercise (Qualitative variable)	29	19,7%	15	20,8%	14	18,7%	0,902	Chi ² test
History of physical and/or sexual abuse (Qualitative variable)	20	13,6%	6	8,3%	14	18,7%	0,113	Chi ² test
Family support (Qualitative variable)	131	89,1%	68	94,4%	63	84,0%	0,077	Chi ² test
Self-esteem score (Quantitative variable)	22,1	5,8	21,3	5,6	22,9	5,9	0,094	Student test
Physical health impact (Ordinal variable)	3,5	1,3	3,3	1,3	3,6	1,3	0,069	Wilcoxon test
Family impact (Ordinal variable)*	3,5	1,3	3,5	1,2	3,4	1,4	0,997	Wilcoxon test
Social impact (Ordinal variable)***	3,2	1,4	3,3	1,3	3,1	1,5	0,567	Wilcoxon test
Impact at school and/or at work (Ordinal variable)***	2,1	1,5	2,1	1,3	2,0	1,6	0,604	Wilcoxon test

n : effectifs ; m : moyenne ; sd : écart-type ; TCA : Troubles du Comportement Alimentaire ; BSQ : Body Shape Questionnaire ; BMI : Body Mass Index ; * : nombre de donnée(s) manquante(s)

pvalue en gras : résultat statistiquement significatif pour un seuil à 5%

Tableau 2 : Comparaison des patientes selon le score au BSQ lors de l'évaluation initiale.

Variables	Total	BSQ score ≤ 140		BSQ score > 140		pvalue	Statistical tests
	n (%) or m (sd)	n (%) or m (sd)		n (%) or m (sd)			
Size	72	46		26			-
First Morgan and Russel 's total score (Quantitative variable)	5,4 (1,5)	5,7	1,6	4,8	1,1	0,020	Student test
Morgan and Russel 's total score at 12 months (Quantitative variable)	6,8 (2,2)	7,3	2,1	6,0	2,2	0,011	Student test
Morgan and Russel 's total score evolution (Quantitative variable)	1,5 (2,0)	1,7	1,9	1,1	2,0	0,265	Student test
Morgan and Russel 's total score %progression (Quantitative variable)	0,2 (0,3)	0,3	0,3	0,2	0,3	0,166	Student test
Morgan and Russel 's on the rise (Qualitative variable) (N=67)	27 (40,3%)	18,0	43,9%	9,0	34,6%	0,617	Chi ² test
First Morgan & Russel A score (Quantitative variable)	1,1 (1,6)	1,5	1,8	0,4	0,9	0,006	Wilcoxon test
Morgan & Russel A score at 12 months (Quantitative variable)	4,3 (3,1)	5,1	2,7	2,9	3,2	0,002	Wilcoxon test
Morgan & Russel A score evolution (Quantitative variable)	3,2 (2,8)	3,6	2,8	2,5	2,9	0,098	Student test
First Morgan & Russel B score (Quantitative variable)	3,4 (4,9)	3,5	5,0	3,2	4,6	0,989	Wilcoxon test
Morgan & Russel B score at 12 months (Quantitative variable)	5,1 (5,3)	5,6	5,4	4,2	5,1	0,330	Wilcoxon test
Morgan & Russel B score evolution (Quantitative variable)	1,7 (5,3)	2,1	5,4	1,1	5,0	0,563	Wilcoxon test
First Morgan & Russel C score (Quantitative variable)	6,3 (2,3)	6,7	2,2	5,6	2,3	0,029	Wilcoxon test
Morgan & Russel C score at 12 months (Quantitative variable)	7,5 (2,4)	8,0	2,3	6,6	2,3	0,014	Wilcoxon test
Morgan & Russel C score evolution (Quantitative variable)	1,2 (2,9)	1,3	2,8	1,0	3,1	0,696	Student test
First Morgan & Russel D score (Quantitative variable)	7,5 (2,5)	7,9	2,4	6,8	2,4	0,061	Student test
Morgan & Russel D score at 12 months (Quantitative variable)	8,2 (2,8)	8,5	2,9	7,7	5,6	0,204	Wilcoxon test
Morgan & Russel D score evolution (Quantitative variable)	0,7 (2,3)	0,6	2,4	0,9	2,3	0,579	Student test
First Morgan & Russel E score (Quantitative variable)	8,5 (2,0)	8,7	1,9	8,2	2,1	0,306	Student test
Morgan & Russel E score at 12 months (Quantitative variable)	9,1 (2,2)	9,5	2,0	8,4	2,4	0,088	Wilcoxon test
Morgan & Russel E score evolution (Quantitative variable)	0,6 (2,4)	0,8	2,3	0,3	2,5	0,338	Student test
First BMI (kg/m ² , Quantitative variable)	15,5 (1,3)	15,4	1,2	15,6	1,3	0,465	Student test
BMI at 12 months (kg/m ² , Quantitative variable)	17,0 (2,4)	17,3	2,3	16,5	2,6	0,207	Student test
BMI evolution (kg/m ² , Quantitative variable)	1,5 (2,1)	1,9	1,8	0,9	2,3	0,049	Student test
Type of TCA : restrictive anorexia nervosa	44 (61,1%)	33,0	71,7%	11,0	42,3%	0,027	Chi ² test
Lowest BMI (kg/m ² , Quantitative variable)	14,2 (1,5)	14,1	1,6	14,2	1,2	0,735	Student test
Age (year, Quantitative variable)	21,9 (7,4)	21,7	6,9	22,3	8,3	0,823	Wilcoxon test
Age of eating disorders' occurrence (year, Quantitative variable)	17,6 (5,4)	17,5	4,5	17,8	6,8	0,452	Wilcoxon test
Illness' duration (year, Quantitative variable)	4,3 (5,1)	4,1	5,4	4,5	4,5	0,215	Wilcoxon test
Previous medical care (Qualitative variable)	68 (94,4%)	46,0	100%	22,0	84,6%	0,015	Fisher test
Mood disorders (Qualitative variable)	24 (33,3%)	14,0	30%	10,0	38,5%	0,665	Chi ² test
Anxiety disorders (Qualitative variable)	36 (50,0%)	18,0	39%	18,0	69,2%	0,027	Chi ² test
Current suicide risk (Qualitative variable)	37 (51,4%)	18,0	39%	19,0	73,1%	0,012	Chi ² test
Current laxatives use (Qualitative variable)	4 (5,6%)	0,0	0%	4,0	15,4%	0,015	Fisher test
Current vomiting (Qualitative variable)	21 (29,2%)	9,0	20%	12,0	46,2%	0,029	Chi ² test
Current problematic exercise (Qualitative variable)	15 (20,8%)	9,0	20%	6,0	23,1%	0,960	Chi ² test
History of physical and/or sexual abuse (Qualitative variable)	6 (8,3%)	2,0	4%	4,0	15,4%	0,180	Fisher test
Family support (Qualitative variable)	68 (94,4%)	43,0	93%	25,0	96,2%	0,999	Fisher test
Self-esteem score (Quantitative variable)	21,3 (5,6)	23,2	5,1	18,0	4,9	<0,001	Student test
Physical health impact (Ordinal variable)	3,3 (1,3)	3,3	1,2	3,3	1,4	0,718	Wilcoxon test
Family impact (Ordinal variable)*	3,5 (1,2)	3,4	1,1	3,7	1,5	0,048	Wilcoxon test
Social impact (Ordinal variable)*	3,3 (1,3)	3,1	1,3	3,7	1,1	0,055	Wilcoxon test
Impact at school and/or at work (Ordinal variable)*	2,1 (1,3)	1,8	1,1	2,6	1,6	0,019	Wilcoxon test

n : effectifs; m: moyenne ; sd : écart-type ; TCA : Troubles du Comportement Alimentaire ; BSQ : Body Shape Questionnaire ; BMI : Body Mass Index ; *: nombre de donnée(s) manquante(s)

pvalue en gras : résultat statistiquement significatif pour un seuil à 5%

Tableau 3 : Comparaison des patientes selon le type de TCA lors de l'évaluation initiale.

Variables	Total n (%) or m (sd)	AM-R n (%) or m (sd)	AM-BP n (%) or m (sd)	pvalue	Statistical tests
	n=72	n=44 (61,1%)	n=28 (38,9%)	-	-
First Morgan and Russel 's total score (Quantitative variable)	5,4 (1,5)	5,4 (1,6)	5,3 (1,4)	0,808	Student test
Morgan and Russel 's total score at 12 months (Quantitative variable)	6,8 (2,2)	6,8 (2,2)	7,0 (2,3)	0,701	Student test
Morgan and Russel 's total score evolution (Quantitative variable)	1,5 (2,0)	1,4 (2,0)	1,7 (2,0)	0,532	Student test
Morgan and Russel 's total score progression (Quantitative variable)	0,2 (0,3)	0,2 (0,3)	0,3 (0,3)	0,500	Student test
Morgan and Russel 's on the rise (Qualitative variable) (N=67)	27 (40,3%)	14 (34,1%)	13 (50,0%)	0,301	Chi ² test
First BMI (kg/m ² , Quantitative variable)	15,5 (1,3)	15,0 (1,2)	16,2 (1,1)	<0,001	Student test
BMI at 12 months (kg/m ² , Quantitative variable)	17,0 (2,4)	16,9 (2,7)	17,2 (2,0)	0,536	Student test
BMI evolution (kg/m ² , Quantitative variable)	1,5 (2,1)	1,9 (2,1)	1,0 (1,9)	0,093	Student test
BSQ score > 110 (Qualitative variable)	41 (56,9%)	18 (40,9%)	23 (82,1%)	0,001	Chi ² test
BSQ score (Quantitative variable)	124,6 (33,7)	112,1 (29,9)	144,3 (30,2)	<0,001	Student test
Lowest BMI (kg/m ² , Quantitative variable)	14,2 (1,5)	13,8 (1,6)	14,7 (1,1)	0,010	Student test
Age (year, Quantitative variable)	21,9 (7,4)	22,3 (8,2)	21,3 (6,0)	0,954	Wilcoxon test
Age of eating disorders' occurrence (year, Quantitative variable)	17,6 (5,4)	18,5 (6,0)	16,4 (4,0)	0,060	Wilcoxon test
Illness' duration (year, Quantitative variable)	4,3 (5,1)	3,8 (5,2)	4,9 (4,9)	0,144	Wilcoxon test
Previous medical care (Qualitative variable)	68 (94,4%)	44 (100%)	24 (85,7%)	0,020	Fisher test
Mood disorders (Qualitative variable)	24 (33,3%)	10 (22,7%)	14 (50,0%)	0,033	Chi ² test
Anxiety disorders (Qualitative variable)	36 (50,0%)	20 (45,5%)	16 (57,1%)	0,468	Chi ² test
Current suicide risk (Qualitative variable)	37 (51,4%)	16 (36,4%)	21 (75,0%)	0,003	Chi ² test
Current laxatives use (Qualitative variable)	4 (5,6%)	0 (0%)	4 (14,3%)	0,020	Fisher test
Current vomiting (Qualitative variable)	21 (29,2%)	0 (0%)	21 (75,0%)	<0,001	Chi ² test
Current problematic exercise (Qualitative variable)	15 (20,8%)	12 (27,3%)	3 (10,7%)	0,165	Chi ² test
History of physical and/or sexual abuse (Qualitative variable)	6 (8,3%)	1 (2,3%)	5 (17,9%)	0,030	Fisher test
Family support (Qualitative variable)	68 (94,4%)	41 (93,2%)	27 (96,4%)	0,990	Fisher test
Self-esteem score (Quantitative variable)	21,3 (5,6)	22,6 (5,6)	19,3 (5,0)	0,011	Student test
Physical health impact (Ordinal variable)	3,3 (1,3)	3,3 (1,3)	3,3 (1,2)	0,625	Wilcoxon test
Family impact (Ordinal variable)*	3,5 (1,2)	3,6 (1,1)	3,4 (1,4)	0,709	Wilcoxon test
Social impact (Ordinal variable)*	3,3 (1,3)	3,3 (1,2)	3,2 (1,3)	0,493	Wilcoxon test
Impact at school and/or at work (Ordinal variable)*	2,1 (1,3)	1,9 (1,3)	2,5 (1,3)	0,056	Wilcoxon test

n : effectifs ; m : moyenne ; sd : écart-type ;TCA : Troubles du Comportement Alimentaire ;BSQ : Body Shape Questionnaire ; BMI : Body Mass Index ; *: nombre de donnée(s) manquante(s)

pvalue en gras : résultat statistiquement significatif pour un seuil à 5%

BIBLIOGRAPHIE

- Albertson, E.R., Neff, K.D., Dill-Shackleford, K.E. Self-compassion and body dissatisfaction in women: a randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 2014, 6(3) : p. 444-454.
- Anzieu, D. Le Moi-peau, 2^e édition. Coll Psychisme, Paris : Dunod, 1995. 291p.
- APA (American Psychiatric Association). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal Psychiatry* 2000, 157 : 1.
- Asch, M., Esteves, J., De Hautecloque, D., Bargiacchi, A., Le Heuzey, M.-F., Mouren, M.-C., Doyen, C., 2014. Évaluation d'un programme de remédiation cognitive au sein d'un groupe d'enfants et d'adolescents anorexiques français : étude exploratoire. *L'Encéphale* 40, 240–246. doi:10.1016/j.enceph.2013.10.004.
- Avillac, M., Denève, S., Olivier, E., Pouget, A., Duhamel, J.-R., 2005. Reference frames for representing visual and tactile locations in parietal cortex. *Nat. Neurosci.* 8, 941–949. doi: 10.1038/nn1480.
- Bailly, D. Recherche épidémiologique, troubles du comportement alimentaire et conduites de dépendance (Epidemiological research, eating disorders, and addictive behaviors). *Encephale* 1993, 19 : 285-292.
- Birraux, A. L'adolescent face à son corps. Paris : Albin Michel ; 2013. 320p.
- Boehm, I., Finke, B., Tam, F.I., Fittig, E., Scholz, M., Gantchev, K., Roessner, V., Ehrlich, S., 2016. Effects of perceptual body image distortion and early weight gain on long-term outcome of adolescent anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-016-0854-1.
- Bois, D. 2007. Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte. Vers un accompagnement perceptivo-cognitif à médiation du corps sensible. *Thèse de Doctorat Européen, Séville* : Université de Séville.
- Brechan, I., Kvaalem, I.L., 2015. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. *Eat Behav* 17, 49–58. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.12.008.
- Bruch, H. Perceptual and conceptual disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 1962. 24(2), 187-194.
- Bruch, H. Les yeux et le ventre : l'obèse, l'anorexique et moi dedans. Paris : Payot, 1975.
- Cardi, V., Krug, I., Perpiñá, C., Mataix-Cols, D., Roncero, M., Treasure, J., 2012. The use of a nonimmersive virtual reality programme in anorexia nervosa: a single case-report. *Eur Eat Disord Rev* 20, 240–245. doi:10.1002/erv.1155

- Carraro, A., Cognolato, S., Bernardis, A.L., 1998. Evaluation of a programme of adapted physical activity for ED patients. *Eat Weight Disord* 3, 110–114.
- Carraz, J. Anorexie et boulimie : approche dialectique. Masson, 2009.
- Case, L.K., Wilson, R.C., Ramachandran, V.S., 2011. Diminished size-weight illusion in Anorexia Nervosa: evidence for visuo-proprioceptive integration deficit. *ResearchGate* 217, 79–87. doi: 10.1007/s00221-011-2974-7
- Cash, T.F., Deagle, E.A., 1997. The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord* 22, 107–125.
- Cash, T.F., Green, G.K., 1986. Body weight and body image among college women: perception, cognition, and affect. *J Pers Assess* 50, 290–301. doi: 10.1207/s15327752jpa5002_15
- Cash, T.F. and Pruzinsky, T. Body Image - A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice. Guilford Press, 2004 - 530 pages
- Ciccone, A., 2006. Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique* 81–102.
- Clerget, J. La main de l'autre. Le geste, le contact et la peau. 2006, Ed Eres, 224p.
- Cook-Cottone, C.P. Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: a model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, 2015. 14(0) : p. 158-167.
- Corcos, M. Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles du comportement alimentaire. Paris : Dunod ; 2013.
- Corcos, M.. Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. 2e édition - coll Psychismes. Paris : Dunod ; 2015. 384 p.
- Corcos, M., Atger, F., Jeammet, P., 2003. Évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 161, 621–629. doi: 10.1016/j.amp.2003.08.006
- Criquillion, S., Doyen, C., 2016. Anorexie, boulimie : Nouveaux concepts, nouvelles approches. Coédition Médecine Sciences Publications, Paris.
- De Matos, M.G., Calmeiro, L., Da Fonseca, D., 2009. Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *La Presse Médicale, Biothérapies* 38, 734–739. doi:10.1016/j.lpm.2008.08.015.
- Delannes, S., Doyen, C., Cook-Darzens, S., Mouren, M.-C., 2006. Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 164, 565–572. doi:10.1016/j.amp.2004.11.016.

- Dethieux, J.B., Hazane, F., Dounet, C., Gentil, V., Raynaud, J.P., 2001. À la recherche des émotions perdues: l'adolescente anorexique et son père. Étude préliminaire à propos de l'hypothèse alexithymique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 49, 131–140. doi: 10.1016/S0222-9617(01)80019-2.
- Dodin, V., Payen, A., Croquelois, C., Bayart, A., Benzidour, N., Anache, C., Caulier, A., Glevard, P., Csunderlick, P., Barbier, M.-P., Joly, A.-C., Testart, M.-L., Hendrickx, M., Brelinski, L., 2012. Soins à médiation multi-sensorielle. *Adolescence* 603–616.
- Dolto, F., L'image inconsciente du corps. Paris : Le Seuil ; 1984.
- Duclos, J., Cook-Darzens, S., de Rincquesen, D., Doyen, C., Mouren, M.-C., 2014. Étude pilote – un nouvel éclairage attachementiste de l'anorexie mentale : les adolescentes anorexiques ont-elles un attachement insécure ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 172, 714–720. doi:10.1016/j.amp.2009.12.023.
- Duprat, E. 2007. Relation au corps sensible et image de soi. Application auprès d'une population de personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire dans le cadre d'une prise en charge en somato-psychopédagogie. *Thèse de Master en Psychopédagogie Perceptive* : Université Moderne de Lisbonne.
- Eshkevari, E., Rieger, E., Longo, M.R., Haggard, P., Treasure, J., 2014. Persistent body image disturbance following recovery from eating disorders. *Int J Eat Disord* 47, 400–409. doi:10.1002/eat.22219.
- Eshkevari, E., Rieger, E., Longo, M.R., Haggard, P., Treasure, J., 2012. Increased plasticity of the bodily self in eating disorders. *Psychol Med* 42, 819–828. doi:10.1017/S0033291711002091.
- Ey, H., Manuel de Psychiatrie, Masson, 2010.
- Fairburn, C.G., Brownell, K.D., 2005. Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook. Guilford Press.
- Ferrer-García, M., Gutiérrez-Maldonado, J., 2012. The use of virtual reality in the study, assessment, and treatment of body image in eating disorders and nonclinical samples: A review of the literature. *Body Image* 9, 1–11. doi:10.1016/j.bodyim.2011.10.001.
- Florin, I., Franzen, U., Meier, M., Schneider, S., 1988. Pressure sensitivity in bulimic women: a contribution to research in body image distortion. *J Psychosom Res* 32, 439–444.
- Franko, D.L., Striegel-Moore, R.H., 2002. The role of body dissatisfaction as a risk factor for depression in adolescent girls: Are the differences Black and White? *Journal of Psychosomatic Research* 53, 975–983. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00490-7
- Frias, I., Testart, M.-L., Brigot, M.-N., Vanhalst, D., Kiebbe, F., Obadia, J., Coviaux, B., Brelinski, L., Lefetz, C., Blond, C., Antoine, P., Nandrino, J.-L., Dodin, V., 2010. Le corps anorexique comme le lieu d'expression d'une souffrance familiale. *L'Évolution Psychiatrique* 75, 239–247. doi:10.1016/j.evopsy.2010.04.018.

- Gailledrat, L., Rousselet, M., Venisse, J.-L., Lambert, S., Rocher, B., Remaud, M., Guilleux, A., Sauvaget, A., Eyzop, E., Grall-Bronnec, M., 2016. Marked Body Shape Concerns in Female Patients Suffering from Eating Disorders: Relevance of a Clinical Sub-Group. *PLOS ONE* 11, e0165232. doi:10.1371/journal.pone.0165232.
- Galdston, R., 1974. Mind Over Matter. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 13, 246–263. doi: 10.1016/S0002-7138(09)61314-5.
- Gardner, RM. Assessment of body image disturbance in children and adolescents. In JK Thompson and L. Smolak. *Body image, eating disorders, and obesity in youth*, 2001. Washington, DC : *American Psychological Association*.
- Garner, DM. Measurement of eating disorder psychopathology. In CG Faiburn and KD Brownell: *Eating disorders and obesity : a comprehensive handbook*, 2002. New York : Guilford Press.
- Gaucher-Hamoudi, O., Faury, T., Carrot, G., 2011. *Anorexie, boulimie & psychomotricité*. Editions Heures de France, Paris.
- Godart, N.T., Perdereau, F., Jeammet, P., et Flament, M.F. Comorbidité entre les troubles du comportement alimentaire et les troubles anxieux. *L'Encéphale*, 2008. 31, 44-55.
- Godart, N., Radon, L., Curt, F., Duclos, J., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J.L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., Flament, M.F., 2015. Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *J Affect Disord* 185, 115–122. doi:10.1016/j.jad.2015.06.039.
- Grall-Bronnec, M., Guillou-Landreat, M., Vénisse, J.-L., 2007. Aspects sémiologiques de l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme, Comment intégrer nutrition artificielle et psychothérapie au cours de l'anorexie mentale* 21, 151–154. doi:10.1016/j.nupar.2007.10.004.
- Grogan, S., 2007. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. Routledge, 2nd ed, 264p.
- Grunwald, M., Weiss, T., 2005. Inducing sensory stimulation in treatment of anorexia nervosa. *QJM* 98, 379–380. doi:10.1093/qjmed/hci061.
- Guardia, D., 2012. Représentation du corps et anorexie mentale : de l'intégration sensorielle à l'action : approche neurocognitive du phénomène de distorsion corporelle. *Medecine humaine et pathologie*. Université du Droit et de la Santé - Lille II. Français. NNT: 2012LIL2S034.
- Guardia, D., Conversy, L., Jardri, R., Lafargue, G., Thomas, P., Dodin, V., Cottencin, O., Luyat, M., 2012. Imagining one's own and someone else's body actions: dissociation in anorexia nervosa. *PLOS ONE* 7, e43241. doi:10.1371/journal.pone.0043241.
- Guardia, D., Luyat, M., Cottencin, O. L'anorexie mentale, une histoire de silhouettes. *La lettre du psychiatre*, volume VII, n° 4, 2011.

- Guardia, D., Lafargue, G., Thomas, P., Dodin, V., Cottencin, O., Luyat, M., 2010. Anticipation of body-scaled action is modified in anorexia nervosa. *Neuropsychologia* 48, 3961–3966. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2010.09.004.
- Guardia, D., Metral, M., Pigeyre, M., Bauwens, I., Cottencin, O., Luyat, M., 2013. Body distortions after massive weight loss: lack of updating of the body schema hypothesis. *Eat Weight Disord* 18, 333–336. doi: 10.1007/s40519-013-0032-0.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Wiederhold, B.K., Riva, G., 2016. Future Directions: How Virtual Reality Can Further Improve the Assessment and Treatment of Eating Disorders and Obesity. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 19, 148–153. doi:10.1089/cyber.2015.0412.
- Guillemot A., Laxenaire M. Anorexie mentale et boulimie : le poids de la culture. Paris, Masson, 2001.
- Hartmann, A.S., Thomas, J.J., Greenberg, J.L., Rosenfield, E.H., Wilhelm, S., 2015. Accept, distract, or reframe? An exploratory experimental comparison of strategies for coping with intrusive body image thoughts in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research* 225, 643–650. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.031.
- Heilbrun, A.B., Friedberg, L., 1990. Distorted body image in normal college women: possible implications for the development of anorexia nervosa. *J Clin Psychol* 46, 398–401.
- HAS. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations de bonne pratique, 2010.
- Herzog DB., Keller M., Lavory P., Kenny G., Sacks N. The prevalence of personality disorders. In 210 women with eating disorders. *Clin Psychiatry* 1991, 53: 147-152.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J., Lavori, P.W., 1992. Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Anorexics and Bulimics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 31, 810–818. doi: 10.1097/00004583-199209000-00006.
- Jeammet P. L'anorexie mentale. Eds Douin, 1985.
- Jeammet, P., Brechon, G., Payan, C., Gorge, A., Fermanian, J., 1991. Le devenir de l'anorexie mentale : Une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 34, n° 2.
- Jeammet P., Corcos M., Flament M. Individualisations de dimensions communes aux conduites de dépendance. *Réseau dépendance Inserm, Rapport Inserm*, 2000.
- Jeannerod, M., 2012. De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie* me 2, 185–194.
- Keizer, A., Elburg, A. van, Helms, R., Dijkerman, H.C., 2016. A Virtual Reality Full Body Illusion Improves Body Image Disturbance in Anorexia Nervosa. *PLOS ONE* 11, e0163921. doi:10.1371/journal.pone.0163921.

- Kestemberg, E., Kestemberg, J., Decobert, S., Lebovici, S., 2005. La faim et le corps : Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale. *Presses Universitaires de France - PUF*, Paris.
- Kipman, A., Gorwood, P., Mouren-Simeoni, M.C., Adès, J., 2001. Anorexie mentale et obsession : continuité ou contiguïté ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 159, 560–575. doi: 10.1016/S0003-4487(01)00082-8.
- Kollei, I., Brunhoeber, S., Rauh, E., de Zwaan, M., Martin, A., 2012. Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *J Psychosom Res* 72, 321–327. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.12.002.
- Kolnes, L.-J., 2012. Embodying the body in anorexia nervosa--a physiotherapeutic approach. *J Bodyw Mov Ther* 16, 281–288. doi:10.1016/j.jbmt.2011.12.005.
- Lacan, J. *Ecrits sur le Stade du Miroir, Le Seuil*, 1966.
- Lang, K., Lopez, C., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J., 2014. Central coherence in eating disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World J. Biol. Psychiatry* 15, 586–598. doi:10.3109/15622975.2014.909606.
- Laumer, U., Bauer, M., Fichter, M., Milz, H., 1997. Therapeutic effects of the Feldenkrais method “awareness through movement” in patients with eating disorders. *Psychother Psychosom Med Psychol* 47, 170–180.
- Leahey, T.M., Crowther, J.H., Ciesla, J.A., 2011. An ecological momentary assessment of the effects of weight and shape social comparisons on women with eating pathology, high body dissatisfaction, and low body dissatisfaction. *Behav Ther* 42, 197–210. doi:10.1016/j.beth.2010.07.003.
- Legenbauer, T., Thiemann, P., Vocks, S., 2014. Body Image Disturbance in Children and Adolescents With Eating Disorders. *Current Evidence and Future Directions Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* , 42, pp. 51-59. DOI: 10.1024/1422-4917/a000269.
- Legrand, D. Problèmes de la constitution du Soi. *Thèse de Doctorat en Philosophie*, Université de Provence, 2004.
- Legrand, D. 2005. Le Soi corporel. *L'Evolution psychiatrique*, 70 : 709-719.
- Léonard, T., Foulon, C., Guelfi, J.-D., 2005. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatrie* 2, 96–127. doi:10.1016/j.emcps.2005.03.002.
- Levine, M.P., Piran, N., 2004. The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image* 1, 57–70. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00006-8.
- Lewis-Smith, H. and al. A systematic review of interventions on body image and disordered eating outcomes among women in midlife. *International Journal of Eating Disorder*,

2015.

- Malbos, E., Boyer, L., Lançon, C., 2013. L'utilisation de la réalité virtuelle dans le traitement des troubles mentaux. *La Presse Médicale, Gynécologie endocrinienne* 42, 1442–1452. doi:10.1016/j.lpm.2013.01.065.
- Martinez, G., Cook-Darzens, S., Chaste, P., Mouren, M.-C., Doyen, C., 2014. L'anorexie mentale à la lumière du fonctionnement neurocognitif : nouvelles perspectives théoriques et thérapeutiques. *L'Encéphale* 40, 160–167. doi:10.1016/j.encep.2012.06.004.
- Marty, F., 2011. Adolescence et émotion, une affaire de corps. *Enfances & Psy* 40–52.
- Masson-Maret H., Les femmes et leur corps. Approche psychopathologique de l'image du corps. *Psychologie médicale*, 1991, 23,2 :129-133.
- Megglé V., Face à l'anorexie. Eyrolles, 2006.
- Monné Dao, L., Cupa, D., 2013. Cruellisation du corps dans les troubles de la fonction alimentaire. *L'Évolution Psychiatrique* 78, 615–623. doi:10.1016/j.evopsy.2013.02.009.
- Morgan, H.G., Hayward, A.E., 1988. Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. *The British Journal of Psychiatry* 152, 367–371. doi:10.1192/bjp.152.3.367.
- Morin, C., Thiebierge, S., 2004. L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse. *L'Évolution psychiatrique*, 69 : 417-430.
- Nandrino, J.-L., 2015. L'anorexie mentale - Des théories aux prises en charge. Dunod, Paris.
- Nandrino, J.-L., Berna, G., Hot, P., Dodin, V., Latrée, J., Decharles, S., Sequeira, H., 2012. Cognitive and physiological dissociations in response to emotional pictures in patients with anorexia. *Journal of Psychosomatic Research* 72, 58–64.
- Nasio, J.D. Mon corps et ses images. Eds Payot, 2007.
- Nezelof S., Bizouard P., Taccoen Y., Corcos M., Venisse JL. et coll. Psychotropic drug consumption and dependent behaviours. *Communication WPA, International Jubilee Congress*, Paris, 2000.
- NICE Guidelines. Eating disorders in over 8's: management. 2004.
- Nico, D., Daprati, E., Nighoghossian, N., Carrier, E., Duhamel, J.-R., Sirigu, A., 2010. The role of the right parietal lobe in anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 40, 1531–1539. doi: 10.1017/S0033291709991851.
- Normand, J.-M., Giannopoulos, E., Spanlang, B., Slater, M., 2011. Multisensory Stimulation Can Induce an Illusion of Larger Belly Size in Immersive Virtual Reality. *PLOS ONE* 6, e16128. doi:10.1371/journal.pone.0016128.

- Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F.R., Hellman, F., Klein, D.F., 2000. Barriers to the treatment of social anxiety. *Am J Psychiatry* 157, 521–527. doi:10.1176/appi.ajp.157.4.521
- Onnis, L., Guzzi, S., 2013. Anorexie et Boulimie, le Temps Suspendu. *Individu, Famille et Societe*. Ed De Boeck, Bruxelles.
- Pearson, A.N., Follette, V.M., Hayes, S.C. A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and behavioral practice*, 2012. 19(1): p. 181-197.
- Perpiñá, C., Botella, C., Baños, R., Marco, H., Alcañiz, M., Quero, S., 1999. Body image and virtual reality in eating disorders: is exposure to virtual reality more effective than the classical body image treatment? *Cyberpsychol Behav* 2, 149–155. doi:10.1089/cpb.1999.2.149.
- Poinso, F., Da Fonseca, D., Camera, E., Zarro, C., Guelfi, J., Duverger, H., Vialettes, B., 2006. Étude du développement cognitif et de la pensée logique dans l’anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence* 54, 289–296. doi:10.1016/j.neurenf.2006.09.007.
- Pommereau, X. Avatars et anorexie. *Santé mentale*, mai 2012 (168).
- Pommereau, X. et de Tonnac J-P. Le mystère de l’anorexie. Paris : Albin Michel, 2007. 272p.
- Pommeret, N. Danse et anorexie : l'espace corporel en mouvement. *Humeurs* 2001;29:13– 6.
- Potel, C. Corps brûlant, corps adolescent : des thérapies à médiation corporelle pour les adolescents. 2006, Coll *L’ailleurs du corps*, Ed Eres, 256p.
- Probst, M. et Van de Vliet,P., 2003. La thérapie psychomotrice appliquée aux patients psychiatriques adultes dans une perspective flamande. *The European Bulletin of Adapted Physical Activity*, Vol.2, Issue 1 (February).
- Raynault, A., Rousselet, M., Acier, D., Grall-Bronnec, M., 2016. Caractéristiques associées à l’attachement insécuré dans l’anorexie mentale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 174, 431–435. doi:10.1016/j.amp.2015.01.012.
- Rigaud, D., Brindisi, M.-C., Pennacchio, H., Brémont, M., Huet, J.-M., 2014. Altération de la qualité de vie dans l’anorexie mentale et amélioration sous traitement : validation d’un nouveau questionnaire, le QUAVIAM. *L’Encéphale* 40, 24–32. doi:10.1016/j.encep.2013.03.003.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S., Molinari, E., 1999. Virtual reality based experiential cognitive treatment of anorexia nervosa - A multisample analysis. *ResearchGate* 30, 221–230. doi:10.1016/S0005-7916(99)00018-X.
- Riva, G., Gaudio, S., 2012. Allocentric lock in anorexia nervosa: new evidences from neuroimaging studies. *Med. Hypotheses* 79, 113–117.

doi:10.1016/j.mehy.2012.03.036.

- Roberts, M.E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L., Treasure, J., 2007. A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med* 37, 1075–1084. doi: 10.1017/S0033291707009877.
- Rodgers, R., Chabrol, H., 2009. Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. *Eur Eat Disord Rev* 17, 137–151. doi:10.1002/erv.907.
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., Llarío, A.B., 2006. Body dissatisfaction as a predictor of self-reported suicide attempts in adolescents: A Spanish community prospective study. *Journal of Adolescent Health* 38, 684–688. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.08.003.
- Rousseau, A., Knotter, A., Barbe, P., Raich, R., Chabrol, H., 2005. Validation of the French version of the Body Shape Questionnaire. *Encephale* 31, 162–173.
- Rousset, I., Kipman, A., Adès, P., Gorwood, P., 2004. Personnalité, tempérament et anorexie mentale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 162, 180–188. doi:10.1016/j.amp.2003.01.001.
- Roy, M., Forest, F., 2007. Assessment of body image distortion in eating and weight disorders: the validation of a computer-based tool (Q-BID). *Eat Weight Disord* 12, 1–11.
- Sachdev, P., Mondraty, N., Wen, W., Gulliford, K., 2008. Brains of anorexia nervosa patients process self-images differently from non-self-images: an fMRI study. *Neuropsychologia* 46, 2161–2168. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2008.02.031.
- Skrzypek, S., Wehmeier, P.M., Remschmidt, H., 2001. Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 10, 215–221.
- Slade, P., 1982. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol* 21, 167–179.
- Smeets, M.A., Ingleby, J.D., Hoek, H.W., Panhuysen, G.E., 1999. Body size perception in anorexia nervosa: a signal detection approach. *J Psychosom Res* 46, 465–477.
- Smeets, M.A., Kosslyn, S.M., 2001. Hemispheric differences in body image in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 29, 409–416.
- Stice, E., Shaw, H.E., 2002. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research* 53, 985–993. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00488-9.
- Taillon, A., O'Connor, K., Dupuis, G., Lavoie, M., 2013. Inference-Based Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Clin Psychol Psychother* 20, 67–76. doi:10.1002/cpp.767.

- Tchanturia, K., Davies, H., Lopez, C., Schmidt, U., Treasure, J., Wykes, T., 2008. Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: a pilot case-series. *Psychol Med* 38, 1371–1373. doi: 10.1017/S0033291708003796.
- Tchanturia, K., Lounes, N., Holttum, S., 2014. Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: a systematic review. *Eur Eat Disord Rev* 22, 454–462. doi:10.1002/erv.2326.
- Tchanturia, K., Serpell, L., Troop, N., Treasure, J., 2001. Perceptual illusions in eating disorders: rigid and fluctuating styles. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 32, 107–115. doi: 10.1016/S0005-7916(01)00025-8.
- Thompson, J., 1996. Assessing body image disturbance: Measures, methodology and implementation. *Body image, eating disorders and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*; Washington, DC: *American Psychological Association* 49–81.
- Thompson, J.K., Smolak, L., 2001. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention, and Treatment*. *Taylor & Francis*.
- Tomori, M., Rus-Makovec, M., 2000. Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *J Adolesc Health* 26, 361–367.
- Uher, R., Murphy, T., Friederich, H.-C., Dalgleish, T., Brammer, M.J., Giampietro, V., Phillips, M.L., Andrew, C.M., Ng, V.W., Williams, S.C.R., Campbell, I.C., Treasure, J., 2005. Functional neuroanatomy of body shape perception in healthy and eating-disordered women. *Biol. Psychiatry* 58, 990–997. doi:10.1016/j.biopsych.2005.06.001.
- Urdapilleta, I., Mirabel-Sarron, C., Meunier, J.-M., Richard, J.-F., 2005. Étude du processus de catégorisation chez des patientes aux troubles des conduites alimentaires : une nouvelle approche cognitive de la psychopathologie. *L'Encéphale* 31, 82–91. doi: 10.1016/S0013-7006(05)82376-0.
- Vocks, S., Busch, M., Grönemeyer, D., Schulte, D., Herpertz, S., Suchan, B., 2010a. Neural correlates of viewing photographs of one's own body and another woman's body in anorexia and bulimia nervosa: an fMRI study. *J Psychiatry Neurosci* 35, 163–176.
- Vocks, S., Busch, M., Schulte, D., Grönemeyer, D., Herpertz, S., Suchan, B., 2010b. Effects of body image therapy on the activation of the extrastriate body area in anorexia nervosa: an fMRI study. *Psychiatry Res* 183, 114–118. doi:10.1016/j.psychres.2010.05.011.
- Warah, A., 1989. Body image disturbance in anorexia nervosa: beyond body image. *Can J Psychiatry* 34, 898–905.
- Wasyliw, L., MacKinnon, A.L., MacLellan, A.M., 2012. Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9(2): p. 236-245.

- Webb, J.B., Wood-Barcalow, N.L., Tylka, T.L., 2015. Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body image*.
- Welniarz, B., 2016. Réflexion sur les liens entre trouble déficit de l'attention (TDAH) et troubles des conduits alimentaires (TCA). Autour de la représentation de la corpulence du corps. *Perspectives Psy*, vol 55, n°3. P162-170.
- Wicky G. From autotopoagnosia to a model of body knowledge representations. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*, 2005, vol. 156 n°4.
- Yager, Z., O'Dea, J.A., 2008. Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: A review of large, controlled interventions. *ResearchGate* 23, 173–89. doi:10.1093/heapro/dan004.
- Zhu, Y., Hu, X., Wang, J., Chen, J., Guo, Q., Li, C., Enck, P., 2012. Processing of food, body and emotional stimuli in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *Eur Eat Disord Rev* 20, 439–450. doi:10.1002/erv.2197.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

La place des préoccupations corporelles dans les TCA : enjeux, implications cliniques et perspectives thérapeutiques

A partir d'une étude réalisée au CHU de Nantes

RESUME

Les TCA sont des pathologies fréquentes dont le pronostic reste réservé. Le corps est le pivot central de ces troubles et les préoccupations corporelles, critère diagnostique dans le DSM-5, y occupent une place prépondérante. Cependant, leur intensité est variable selon chaque individu, et lié à des spécificités cliniques.

Nous avons étudié la place et les enjeux du corps dans les TCA, puis avons souhaité vérifier l'hypothèse que l'intensité des préoccupations corporelles serait liée à l'évolution clinique des patientes à un an. Pour cela, nous avons comparé deux groupes de patientes selon leur niveau de préoccupations corporelles initiales. Les résultats ont montré l'existence d'un lien entre l'intensité des préoccupations corporelles initiales et une moins bonne évolution clinique à un an, évaluée par le score de Morgan et Russell.

Ces résultats confirment l'importance pour le clinicien de rechercher et de prendre en charge de manière précoce les préoccupations corporelles. Sur le plan thérapeutique, de nombreuses recherches sont en cours afin d'évaluer des procédés de prise en charge novateurs, et les soins spécifiques pour les sujets souffrant de TCA sont en constante évolution.

MOTS-CLES

ANOREXIE MENTALE, TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, CORPS, PREOCCUPATIONS CORPORELLES, EVOLUTION, PRONOSTIC, ETUDE CLINIQUE