

P S Y C H O S U P

Jean-Louis Nandrino *et al.*

L'anorexie mentale

Des théories aux prises en charge

DUNOD

Tout le catalogue sur
www.dunod.com



Illustration de couverture :
Franco Novati

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--

© Dunod, 2015

5 rue Laromiguière, 75005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-072550-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Liste des auteurs

Ouvrage sous la direction de :

Jean-Louis
NANDRINO

Professeur de psychopathologie à l'Université de Lille, UMR CNRS 9193, Laboratoire de Sciences Cognitives et Affectives SCALab, psychologue clinicien et psychothérapeute à la Fondation Santé des Étudiants de France (Villeneuve d'Ascq).

Avec la collaboration de :

Pascal ANTOINE

Professeur de psychopathologie à l'Université de Lille, UMR CNRS 9193, Laboratoire de Sciences Cognitives et Affectives SCALab ; service de psychiatrie et psychologie médicale de l'hôpital Saint-Vincent de Paul à Lille.

Christophe
CHAUVEAU

Maître de conférences à l'Université du Littoral Côte d'Opale, Université de Lille, EA4490 « Physiopathologie des Maladies Osseuses Inflammatoires ».

Karyn DOBA

Maître de conférences en psychopathologie à l'Université de Lille, UMR CNRS 9193, Laboratoire de Sciences Cognitives et Affectives SCALab, psychologue clinicienne et thérapeute familiale.

Anne FERRAN

Psychologue clinicienne au CAMSP de l'ADPEP 2A d'Ajaccio.

Marie-Ange
GRIMALDI

Psychologue clinicienne, Service de psychiatrie du Dr. Hodgkinson, secteur 13G16, Centre hospitalier Edouard Toulouse (Marseille).

- Isabelle
LEGROUX-GEROT Docteur en rhumatologie (CHRU de Lille) ;
Université du Littoral Côte d'Opale, Université
de Lille, EA4490 « Physiopathologie des
Maladies Osseuses Inflammatoires ».
- Mathieu
MEQUINION Docteur en neurosciences à l'Université de
Lille, Inserm UMR-S1172 « Développement et
Plasticité du Cerveau Neuroendocrine ».
- Jean Louis
PEDINIELLI Ancien professeur de psychopathologie clinique
à Aix-Marseille Université, psychologue clini-
cien et psychanalyste.
- Delphine ROMMEL Maître de conférences en psychologie clinique
et psychopathologie à l'Université de Nantes,
Laboratoire LPPL EA 4836.
- Christel VANBESIEN Maître de conférences en neurosciences
MALLIOT à l'Université de Lille (Lille-1, Sciences &
Technologies), Inserm UMR-S1172 « Stades
Précoces de la Maladie de Parkinson ».
- Odile VILTART Maître de conférences en neurosciences
à l'Université de Lille (Lille-1, Sciences &
Technologies), Inserm UMR-S1172 « Stades
Précoces de la Maladie de Parkinson ».

Table des matières

INTRODUCTION. L'ANOREXIE MENTALE : PRÉSENTATION DU PROBLÈME (JEAN-LOUIS NANDRINO)	1
1. Objectif de l'ouvrage	3
2. Présentation du problème	5
2.1 Quels sont les signes cliniques de l'anorexie mentale ?	5
2.2 Quelles sont les différentes formes cliniques ?	8
2.3 Quelle est la fréquence de l'anorexie ?	10
2.4 Quelle est l'évolution de l'anorexie mentale ?	11
2.5 L'anorexie mentale est-elle une conduite addictive ?	12
2.6 Comment expliquer la survenue de l'anorexie mentale ? Vers une approche pluridimensionnelle pour comprendre et accompagner l'anorexie	13
Références bibliographiques	17
CHAPITRE 1 TRAUMAS, VULNÉRABILITÉ AU STRESS ET ANOREXIE MENTALE (JEAN-LOUIS NANDRINO)	23
Résumé	25
Introduction	25
1. Traumatismes et anorexie mentale	26
1.1 Les caractéristiques des événements traumatiques dans l'anorexie mentale	26
1.2 La transmission transgénérationnelle des traumatismes	27
1.3 Le cas particulier des traumatismes sexuels	28
1.4 En conclusion : quelle importance donner aux traumatismes dans les TCA ?	30
2. L'intégration des événements stressants ou traumatiques	31
2.1 Les réponses physiologiques liées au stress dans l'anorexie	32
2.2 L'activation des stratégies comportementales et cognitives en réponse au stress	35
2.3 Conséquences sur la construction de l'estime de soi	43

3. Vers un modèle multifactoriel articulnant stress et TCA	44
Références bibliographiques	47
CHAPITRE 2 TROUBLES DE L'ATTACHEMENT ET ANOREXIE MENTALE. DE L'ÉVALUATION À LA PSYCHOTHÉRAPIE (KARYN DOBA)	57
Résumé	59
Introduction	59
1. La théorie de l'attachement	60
1.1 Des expériences affectives à la formation des stratégies d'attachement	60
1.2 Les modèles internes opérants à l'adolescence et à l'âge adulte	65
2. Troubles de l'attachement et anorexie mentale	70
2.1 Évaluation des troubles de l'attachement dans l'anorexie mentale	70
2.2 Approche intergénérationnelle de l'attachement dans l'anorexie mentale	73
2.3 Attachement et évolution de l'anorexie mentale	74
Conclusion	77
Références bibliographiques	79
CHAPITRE 3 MODÈLES ANIMAUX ET ANOREXIE MENTALE (ODILE VILTART, CHRISTEL VANBESIEN, MATHIEU MÉQUINION, CHRISTOPHE CHAUVEAU)	89
Résumé	91
Introduction	91
1. Qu'est-ce qu'un modèle animal ?	91
1.1 La notion de modèle en sciences expérimentales	92
1.2 Critères de validité interne d'un modèle animal	93
1.3 Critères de validité externe d'un modèle animal	93
2. Modélisation de l'anorexie chez l'animal	95
2.1 Modèles génétiques	96
2.2 Modèles environnementaux	101
Conclusion	108

4. Os et adipocytes médullaires	211
5. Altérations associées au système immunitaire	213
6. Altérations associées au système non homéostasique : dérégulation des processus motivationnels ?	214
Conclusion	217
Références bibliographiques	218
CHAPITRE 7 APPROCHES EXPÉRIENTIELLES ET CONTEXTUELLES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE DANS L'ANOREXIE (PASCAL ANTOINE)	225
Résumé	227
1. Clinique et enjeux de la prise en soin dans l'anorexie	227
1.1 L'altération de la conscience des troubles	228
1.2 L'étouffement de la conscience du corps et des émotions	229
1.3 La rigidification du fonctionnement psychique et les dysrégulations cognitivo-émotionnelles	230
1.4. Des résistances au changement à la relation thérapeutique complexe	231
2. Les approches classiques en thérapie cognitive et comportementale	232
2.1. La psychoéducation alimentaire et corporelle	232
2.2 La modification des comportements	233
2.3 La restructuration cognitive	233
2.4 Les avancées et les limites des approches classiques cognitivo-comportementales	234
3. Les approches contemporaines	235
3.1 Faire émerger le changement : les approches motivationnelles	235
3.2 Faire évoluer l'attitude vis-à-vis du symptôme : les approches d'acceptation	243
3.3 Faire l'expérience du (non-)changement : les approches centrées sur la pleine conscience	250
3.4 Authenticité du thérapeute et indications thérapeutiques	255
Références bibliographiques	257

CHAPITRE 8	PSYCHOTHÉRAPIES PSYCHANALYTIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE (JEAN-LOUIS PÉDINIELLI, MARIE-ANGE GRIMALDI, ANNE FERRAN)	263
Résumé		265
1. L'originalité de la psychanalyse		265
2. L'anorexie pour la psychanalyse		267
2.1 Les théories psychanalytiques classiques		268
2.2 La position lacanienne : le « rien »		269
3. La méthode analytique et l'anorexie		272
4. La rencontre clinique		280
Références bibliographiques		282
CHAPITRE 9	LES THÉRAPIES FAMILIALES SYSTÉMIQUES DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ANOREXIE MENTALE : ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT FAMILIAL ET DE L'EFFICACITÉ DES THÉRAPIES FAMILIALES (KARYN DOBA, JEAN-LOUIS NANDRINO)	285
Résumé		287
Introduction		287
1. Les modèles familiaux systémiques de l'anorexie mentale		288
1.1 L'approche structurale en thérapie familiale		288
1.2 La thérapie familiale stratégique de Milan		291
1.3 La thérapie familiale intergénérationnelle		293
1.4 Limites des premiers modèles systémiques		296
1.5 Le modèle anglais du Maudsley Hospital		297
2. Approche empirique du fonctionnement familial dans l'anorexie mentale		302
2.1 Évaluation des interactions familiales dysfonctionnelles		302
2.2 Efficacité des thérapies familiales dans le traitement de l'anorexie mentale		307
Conclusion		312
Références bibliographiques		313
INDEX DES NOTIONS		323

INTRODUCTION

L'ANOREXIE MENTALE :

PRÉSENTATION

DU PROBLÈME¹

1. Par Jean-Louis Nandrino.

Sommaire

1. Objectif de l'ouvrage.....	3
2. Présentation du problème	5
Références bibliographiques.....	17

1. Objectif de l'ouvrage

Si les descriptions cliniques des troubles du comportement alimentaire (TCA) sont anciennes (avec Avicenne au ^x^e siècle ou Simone Porta o Portio au ^{xiv}^e siècle), l'histoire médicale retient les premières observations de Lasègue en France (1873) et de Gull en Angleterre (1874) comme celles de précurseurs de l'anorexie mentale. Dans un premier temps, ces cliniciens décrivent ces troubles en se référant à un tableau clinique d'hystérie et à la présence de troubles dépressifs. À partir de ces premières descriptions, l'anorexie sera rattachée à la plupart des troubles mentaux et le ^{xx}^e siècle verra se succéder un ensemble d'hypothèses explicatives allant des modèles phénoménologiques, aux modèles psychanalytiques, cognitifs ou familiaux, jusqu'à des approches neurobiologiques, endocriniennes ou génétiques.

Même s'il existe une forte médiatisation de cette pathologie, les troubles du comportement alimentaire et en particulier l'anorexie mentale sont des pathologies dont l'étiopathogénie reste mal connue. De nombreuses hypothèses ont été avancées au gré des orientations théoriques des chercheurs, mais bon nombre relevaient de simples observations cliniques sans pouvoir être généralisées et cherchaient à isoler une hypothèse étiopathogénique unique.

Avec le ^{xxi}^e siècle, ont émergé des conceptions multidimensionnelles qui intègrent ces aspects biologiques, psychologiques et sociaux. Aujourd'hui, les travaux de recherche clinique intègrent l'idée que l'anorexie correspond à une pathologie développementale soumise à un ensemble de facteurs aussi divers que l'environnement familial, les apprentissages précoces, des habitudes alimentaires ou l'histoire individuelle. Ces pathologies émergeraient de la combinaison de *facteurs prédisposants* (facteurs de personnalité, environnement familial et culturel) qui seraient activés par un ensemble de *facteurs précipitants ou déclenchants* (régime, difficultés sociales, deuil, stress, puberté) et qui une fois mis en place seraient maintenus par d'autres types de *facteurs pérénisants ou renforçants* (dénutrition, type de relations sociales, estime de soi) qui instaurent dès lors un cercle vicieux (Garner, 1993 ; Lamas *et al.*, 2012).

Aujourd'hui, ces modèles de compréhension multidimensionnelle permettent une avancée dans la compréhension des troubles en permettant de se rapprocher de la réalité du parcours de vie du sujet mais présentent également l'inconvénient d'une grande complexité à tester

sur le plan empirique. Bien souvent, on retrouvera des travaux explorant uniquement certaines branches de ces larges modèles.

Ainsi, depuis 25 ans, l'étude des troubles du comportement alimentaire est entrée dans une phase d'exploration combinant différentes approches et différentes méthodologies avec la possibilité d'une vérification rigoureuse des hypothèses avancées.

Dans la mesure où l'origine de ce trouble suscite toujours de nombreuses spéculations et interprétations, comme en témoigne la diversité des modèles étiologiques de l'anorexie mentale, il est désormais indispensable pour les chercheurs et les cliniciens de disposer de ces synthèses et d'une confrontation rigoureuse aux données de la littérature scientifique récente. Le projet de cet ouvrage collectif est ainsi de rendre compte de cette complexité en présentant des synthèses de travaux scientifiques et cliniques centrées sur des points majeurs permettant d'expliquer l'émergence de cette pathologie. Nous avons pris le parti de centrer l'ouvrage sur l'anorexie mentale avec ses deux formes cliniques classiques (les formes restrictives et mixtes) et de n'aborder ni les formes non spécifiées comme les troubles hyperphagiques ou les formes subcliniques, ni la boulimie. Par ailleurs, le lecteur pourra être surpris de ne pas rencontrer ici la question de la renutrition ni celle de l'accompagnement lié à la reprise pondérale (développées dans d'autres types d'ouvrages médicaux). Nous centrerons l'ouvrage sur les mécanismes comportementaux, affectifs et cognitifs qui sont au cœur du développement et du maintien de ces pathologies. Les différents chapitres correspondent à certains éléments impliqués dans l'apparition de l'anorexie ou son maintien mais il est clair que d'autres éléments pourraient être rajoutés (comme par exemple les aspects culturels liés à l'image du corps).

L'ouvrage est le produit de chercheurs en psychologie, en neurosciences, en biologie, de médecins et de psychologues cliniciens experts dans le domaine de l'étude de l'anorexie mentale. Après une introduction décrivant les caractéristiques du trouble, l'ouvrage sera construit en trois parties : une première correspondant à des modélisations du trouble dans laquelle seront explorées les hypothèses d'un trouble développemental lié à la régulation de facteurs de stress et de facteurs traumatiques (chapitre 1) ou d'un trouble de l'attachement précoce (chapitre 2) et les vérifications expérimentales issues des modèles animaux (chapitre 3). La seconde partie concernera en particulier les types de dysfonctionnements observés avec l'installation des troubles alimentaires. Nous aborderons la question des dérèglements du traitement des informations émotionnelles (chapitre 4) et des déficits cognitifs (chapitre 5) et celle de la cascade de modifications physiologiques associées aux troubles alimentaires (chapitre 6).

Enfin la dernière partie sera centrée sur les accompagnements psychothérapeutiques. Le chapitre 7 donnera une présentation critique des nouvelles approches issues des thérapies cognitives et des thérapies brèves qui permettent une nouvelle forme d'accompagnement des individus souffrant d'anorexie. Puis, nous présenterons les formes d'accompagnement issues des approches psychodynamiques (chapitre 8), et une synthèse des différentes techniques de thérapie familiale développées auprès des familles d'anorexiques (chapitre 9).

2. Présentation du problème

La classification actuelle distingue trois catégories de troubles alimentaires. À côté de l'anorexie et de la boulimie caractérisées, une troisième catégorie, résiduelle, appelée troubles du comportement alimentaire non spécifiés autrement (TCANS ou EDNOS). Dans cette dernière catégorie sont regroupées des formes subsyndromiques (c'est-à-dire ne répondant pas strictement aux critères définis) d'anorexie ou de boulimie, ou encore des formes mixtes, ainsi qu'un petit contingent d'hyperphagie boulimique, trouble caractérisé par une surconsommation alimentaire, avec perte de contrôle, mais sans les stratégies de contrôle du poids, qui sont une dimension essentielle de l'anorexie ou de la boulimie.

Ce sont les formes d'anorexie caractérisée qui seront le cœur de l'ouvrage sachant que bon nombre des éléments rapportés dans les études pourront en partie s'appliquer aux formes subcliniques. Notons qu'un manque important de données cliniques et scientifiques sur ces populations ne nous permet pas à ce jour de caractériser plus finement les comportements et les parcours de vie de ces individus.

2.1 Quels sont les signes cliniques de l'anorexie mentale ?

Le cœur de la pathologie réside dans le refus de s'alimenter et doit donc être bien différencié d'une perte de l'appétit. Il faut bien identifier que le refus alimentaire n'est pas associé à des désordres somatiques ou à des effets secondaires d'une autre pathologie comme en particulier la dépression.

Il existe aujourd'hui un consensus pour identifier l'anorexie mentale selon des critères diagnostiques précis (même si des points de discussion continuent à exister). On distingue à l'heure actuelle deux classifications

internationales utilisées pour la recherche et la pratique clinique : le DSM nord-américain (*Diagnostic and Statistical Manual* de l'Association américaine de Psychiatrie) et la CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'OMS). On retrouve des points communs et des divergences entre ces approches sachant qu'une nouvelle version du DSM (5^e version) vient de paraître en 2014.

Les signes cliniques élémentaires sont essentiellement un refus de maintenir le poids à un niveau normal (pour l'âge, le sexe et la taille), une peur pathologique de grossir et des troubles de l'image du corps. Si on suit les critères diagnostiques de la classification américaine (DSM-IV-TR), on parlera d'anorexie mentale lorsque le poids est inférieur à 85 % du poids par rapport à la taille (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou alors en présence d'un indice de masse corporelle inférieur ou égal à 17,5¹. Par ailleurs, le second élément central réside dans le fait que le sujet cherche à éviter les « aliments qui font grossir ». Ainsi, on trouve souvent associé à cet évitement des comportements de compensation comme des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques. On observe également une perturbation de l'image du corps associée à la peur de grossir. Le sujet s'impose de façon drastique une limite de poids inférieure à la normale qu'il ne veut pas dépasser.

Avec la parution de la nouvelle version du DSM (version 5), il faut noter certaines modifications dans les critères utilisés. Le premier critère a évolué, remplaçant le seuil quantifié des 85 % du poids supposé normal par la présence d'un poids significativement faible. On considère désormais comme critère valide un poids faible minimum à la normale pour un sujet donné en fonction de son sexe, de son âge, de sa taille et de sa santé. Cet élargissement évite au clinicien de se contraindre à un critère rigide parfois trompeur.

Un autre élément ajouté dans les critères du DSM-V concerne le retour de l'observation des comportements. L'observation est ici orientée non seulement sur la croyance et les pensées de l'individu concernant la prise de poids mais aussi sur les comportements qu'il met en place pour ne pas prendre de poids, comportements qui restent plus faciles à évaluer.

Enfin, le critère relatif à la présence d'une aménorrhée ou à l'absence d'au moins trois cycles menstruels a été supprimé. Si ce critère avait

1. L'indice de masse corporelle (IMC), appelé aussi indice de Quetelet, est obtenu en divisant le poids (exprimé en kg) par la taille au carré (exprimée en mètres). Cet indice permet de normaliser les valeurs sachant qu'un poids normal est compris entre 18,5 et 25.

un véritable intérêt clinique, il ne pouvait pas être systématiquement appliqué aux hommes, aux femmes sous contraception, aux jeunes filles prépubères ou aux femmes ménopausées. De plus, on peut observer dans certains cas l'ensemble des symptômes du tableau clinique sans pour autant qu'il y ait une perturbation du cycle menstruel.

À côté de ces symptômes majeurs, il faut ajouter des éléments importants. Le premier concerne la présence d'une très faible estime de soi. Le sujet se dévalorise et a le sentiment que ce qu'il produit n'est jamais bon. L'étude de Eiber *et al.* (2003) montre auprès d'un échantillon français de patientes que l'estime de soi des patientes anorexiques (quel que soit le sous-type) est basse dans 84,5 % des cas, et comparable à l'estime de soi que l'on peut évaluer chez les individus souffrant de phobie sociale. On peut également noter dans l'étude de Doba *et al.* (2014) que si l'estime de soi, mesurée au niveau des compétences sociales, est faible chez les adolescents souffrant d'anorexie, on retrouve cette faible estime de soi également chez les parents.

Il faut également rajouter la présence d'activité physique répétée chez bon nombre de patients souffrant d'anorexie. Cette activité physique est initialement mise en place pour accélérer la perte de poids ou pour compenser d'éventuelles prises alimentaires non maîtrisées. Mais cette activité physique est également utilisée comme un comportement compulsif que l'on peut associer à certaines conduites soulageantes observées dans les addictions comportementales comme chez les individus dépendants à l'exercice physique. L'activité physique modifie également les perceptions corporelles et les réponses physiologiques et peut s'additionner aux effets dus aux restrictions alimentaires. On peut observer des activités physiques très importantes occupant jusqu'à cinq d'heures de la journée du patient dans des formes sévères.

Enfin, on peut souligner la présence d'un déni du trouble alimentaire ou du moins un déni des effets de ces comportements. Le sujet considère qu'avec la perte de poids et l'amaigrissement, son état physique et son bien-être subjectif sont satisfaisants (du moins au début des troubles). Il est persuadé que la poursuite des restrictions continuera à améliorer son état physique et mental.