

Troubles du comportement alimentaire ou TCA





Manger



L'acte de manger obéit à **cinq fonctions**

- **Se nourrir**

Les nutriments sont essentiels au maintien en cohérence de fonctions physiologiques optimales. Lipides, cholestérol et protéines (synthèse des hormones sexuelles). Les protéines alimentaires (synthèse de certains neuromédiateurs régulateurs de la prise alimentaire, de l'humeur, du stress, et du sommeil). Protéines, calcium, vitamine D et fluor (régénération de l'os et des dents).

- **Partager**

Le repas est un acte social dont le but est de créer un lien entre les entre individus et permet d'échanger autour d'une fonction vitale, se nourrir.

- **Expérimenter**

Manger, c'est faire l'expérience de nouvelles saveurs. En restreignant le champ de son alimentation, la malade anorexique ou boulimique se coupe d'expériences émotionnelles et perd encore un peu plus la lecture de ses émotions.

- **Se faire plaisir**

Chez l'homme, les plaisirs les plus forts émotionnellement sont assurés par deux fonctions physiologiques : le sexe et l'alimentation. Ce n'est pas un hasard : il est vital pour l'individu et l'espèce que l'animal ait un intérêt fort pour la survie. Dans les TCA, ces fonctions sont toutes deux fortement mises à mal.

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

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



Conduites alimentaires



Les conduites alimentaires sont déterminées par trois ordres de facteurs

- **neuro-physiologiques:** la régulation de la faim et de la satiété se fait au niveau de l'hypothalamus surtout, mais en connexion avec l'ensemble du cerveau
- **socio-culturelles:** apprentissage des conduites alimentaires, culturel et familial. Leur rôle est difficile à mettre en évidence. Plusieurs études ont montré que les troubles des conduites alimentaires étaient plus fréquents dans certains milieux où le corps idéalisé est au centre de l'activité professionnelle (danseurs, mannequins, sportifs de haut niveau...)
- **facteurs reliés au développement de la personnalité:** le sens conscient et inconscient de l'alimentation va jouer un grand rôle (le lien aliment-mère reste prédominant dans les significations conscientes et inconscientes en relation avec la phase orale du développement qui marque la première année de l'enfant)



Classification des TCA



- fréquents et polymorphes , chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte
- Les **troubles des conduites alimentaires** (TCA) sont caractérisés par des comportements alimentaires différents de ceux habituellement adoptés par les personnes vivant dans le même environnement. Ces troubles sont importants et durables et ont des répercussions psychologiques et physiques
- La **boulimie** touche environ 1,5 % des 11–20 ans et concernerait environ trois jeunes filles pour un garçon. La boulimie débute généralement plus tard que l'anorexie mentale avec un pic de fréquence vers 19–20 ans. La sévérité de la boulimie est variable.
- L'**hyperphagie boulimique** est plus fréquente (3 à 5 % de la population). Elle touche presque autant les hommes que les femmes et elle est plus souvent diagnostiquée à l'âge adulte, mais il existe des formes précoces souvent plus sévères. L'hyperphagie boulimique a un rôle important dans la survenue d'un surpoids ou d'une obésité
- L'**anorexie mentale** se caractérise par une restriction des apports alimentaires durant plusieurs mois, voire plusieurs années, conduisant à une perte importante de poids associée à un certain "plaisir de maigrir" et une peur intense de prendre du poids. La personne souffrant d'anorexie mentale a le sentiment d'être toujours en surpoids et cherche à maigrir par tous les moyens. Elle peut être associée à des conduites boulimiques.



Comorbidités



- Les **comorbidités sont fréquentes en cas de TCA**. Elles lui sont en partie liées par un lien de causalité et modifient l'approche thérapeutique.
- Ces comorbidité se répartissent **en trois groupes** :
 - celles qui ont, avec le TCA, une origine commune, génétique ou psychopathologique (TOC, anxiété, dépression)
 - celles qui sont en partie la conséquence du TCA (anxiété, dépression, troubles du sommeil)
 - celles qui n'ont rien à voir avec le TCA (syndrome bipolaire, état limite).



Anorexie





Anorexie mentale DSM5

- ☞ L'anorexie mentale est une maladie relativement rare (entre 0,9 et 1,5 % des femmes et 0,2 à 0,3 % des hommes). **Elle touche en majorité les filles** (au moins 80 % des cas).
- ☞ Les critères les plus utilisés pour l'anorexie mentale sont ceux du DSM-V dans le chapitre intitulé « **troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments** ».
- ☞ Le DSM-V propose ainsi **3 critères** :
 - A. **Restriction alimentaire**, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique.
 - B **Peur intense de prendre du poids** ou de devenir grosse, ou comportements persistants allant à l'encontre de la prise de poids, alors que le poids est significativement bas
 - C. **Altération de la perception du poids** ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle.
- ☞ **2 sous-types** :
 - Anorexie mentale restrictive.
 - Anorexie mentale boulimique avec purge.



Aux origines de l'AM



- Les tout premiers auteurs, tels que Marcé ou Janet, par exemple, ont insisté sur la nécessité de séparer ces personnes de leur milieu, voire de les isoler d'un **milieu jugé toxique**.
- Plus tard, **sous l'impulsion des thèses psycho-dynamiques**, c'est la mère qui est décrite comme surprotectrice et le père absent.
- Dans les années 1950 à 1960 c'est la recherche d'une **raison organique** qui s'est développée.
- Les systémiciens ont à nouveau interrogé **le rôle de la famille**, les interactions familiales, le rôle de la maladie, les positions de chacun et chacune (position souvent tyrannique et toute puissante de la jeune fille)
- Des travaux plus récents soulignent le rôle de **facteurs génétiques**.
- L'étude approfondie **du cerveau et de sa chimie** donne le même sentiment : les mécanismes de l'anorexie sont de mieux en mieux décrits, sans, pour autant, qu'il soit possible d'expliquer la maladie.
- Les comportementalistes** ont perçu clairement l'importance de la faible estime personnelle et du perfectionnisme. **Les cognitivistes** ont mis à jour les schémas de restriction et leurs incidences.



Anorexie et troubles psychiatriques

- *la schizophrénie*
- *les délires chroniques* : idées de persécution.
- *la mélancolie* : conduite suicidaire, thèmes délirants (d'indignité, de faute ou encore de négation d'organe voire du corps dans le syndrome de COTARD)
- *la manie* : hyperactivité
- *l'hypocondrie* : aliments considérés comme nocifs
- *les états démentiels, la confusion mentale* : perturbations des fonctions intellectuelles
- *les états dépressifs* : restriction ou hyperphagie
- *les états névrotiques* : phobie de certains aliments

Anorexie masculine





Définition



" La conduite anorexique masculine associe **restriction alimentaire, hyperactivité physique** et plus ou moins fréquemment, selon les études, vomissements et abus de laxatifs.

Ces garçons anorexiques ressentent une **peur panique de perdre le contrôle de leur poids**, le plus souvent associé à une distorsion de l'image de leur corps."

Cette description de Steiger (1989) rallie la totalité des auteurs.

Mots clefs



- L'âge de début du trouble alimentaire se situe entre 16 et 19 ans, ce qui fait de cette maladie une **pathologie de l'adolescence**.
- **Les complications somatiques** (anémie, hypotension, ostéoporose) classiquement décrites chez les filles sont également présentes chez les hommes.
- **Une obésité prémorbide** est souvent présente . Avant de débiter une conduite restrictive, les hommes pèsent 25 % de plus que le poids moyen observé dans la population générale
- Même tri des aliments, mêmes phobies alimentaires, même dextérité dans la manipulation des aliments, mais le plus souvent **la dimension boulimique** est au premier plan, parfois massivement masquée par un jeûne total. Les stratégies de contrôle de poids sont les mêmes mais poussées à l'extrême : vomissements, potomanie, usage de diurétiques et de laxatifs..
- **La testostérone et la fonction sexuelle** diminue graduellement avec l'importance de la dénutrition, mais comme chez les filles cette diminution n'est pas liée uniquement à la dénutrition



Un comportement addictif

- Il existe fréquemment **une comorbidité** avec les troubles de l'humeur, les troubles obsessionnels et la consommation de toxique
- le trouble alimentaire n'est que **l'une des expressions d'un mode de fonctionnement addictif** dont témoigne la dépendance à différents toxiques : alcool, cannabis, amphétamine.
- **La répétition des tentatives de suicide** est aussi plus fréquente.



Un corps idéal fantasmé



- L'hyperinvestissement intellectuel est moins présent que chez la jeune fille alors que **l'hyperactivité physique** est au contraire plus fréquente
- Les garçons anorexiques sont **imprégnés d'images masculines** de sveltesse, obtenues à grand renfort de musculation et de pratique sportive.
- Les plaintes des hommes au sujet de leur poids, de leur forme corporelle sont assez différentes de celles de femmes anorexiques. Ils expriment un **désir de perdre leur « graisse »** afin de parvenir à une définition classique de l'homme musclé





Dysmorphophobie

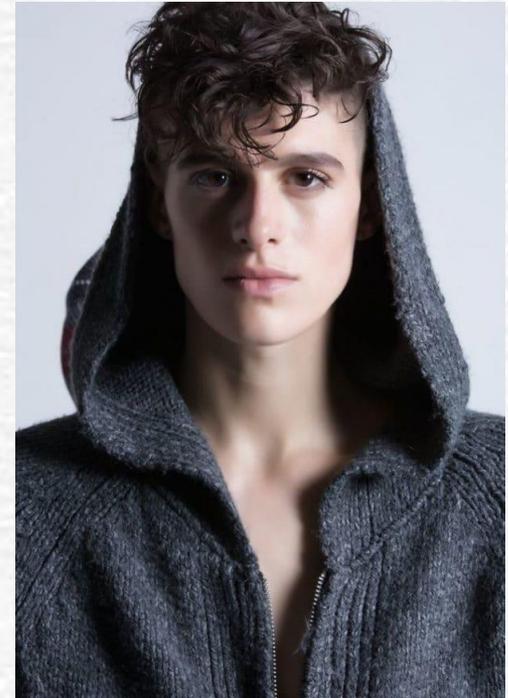
- Bien que la peur de la graisse soit considérée comme une motivation consciente à la conduite anorexique, il existe tout de même une **altération de l'image du corps**. Comme pour la fille, le garçon méconnaît sa maigreur et nie la gravité de son état
- Les garçons ont comme les filles un trouble de la perception de l'image du corps et leur discours à ce sujet est assez semblable : déni de la maigreur, horreur du mou, du ventre rond, apologie du muscle dur, mais il est plus fréquent que ce trouble tende vers **une véritable dysmorphophobie**.



Identité et narcissisme



- **La problématique de l'identité** est assurément au cœur même des conflits psychiques sous-jacents aux troubles des conduites alimentaires
- c'est une difficulté importante chez ces adolescents à faire face au **renoncement de la bisexualité** et à s'engager vers une identité sexuée
- L'amaigrissement dans les deux sexes contribue à entretenir **une indistinction quant à l'identité sexuelle**, dans un contexte sociétal marqué par une progressive indistinction masculin/féminin
- Cette problématique peut faire écho à l'évolution sociétale qui tend à nier les différences hommes/femmes, faire disparaître la notion de genre au profit **d'un narcissisme tout puissant**





Relations familiales

- Streenivasan décrit " des familles marquées par des difficultés maritales et une hostilité ouverte entre le père et le patient d'une part et d'autre part une **surdépendance entre le patient et sa mère** ".
- Certains patients semblent présenter une organisation névrotique fragile marquée par **un complexe d'Œdipe inversé**. D'autres au contraire semblent utiliser le symptôme anorexique comme un dernier rempart contre l'effondrement psychotique.
- Albert *et al.* décrivent les familles d'anorexiques masculins comme des familles qui semblent souvent " fonctionner sur **un mode matriarcal**, avec une relation d'interdépendance entre la mère et le fils anorexique ".



Anorexie féminine



Anorexie mentale

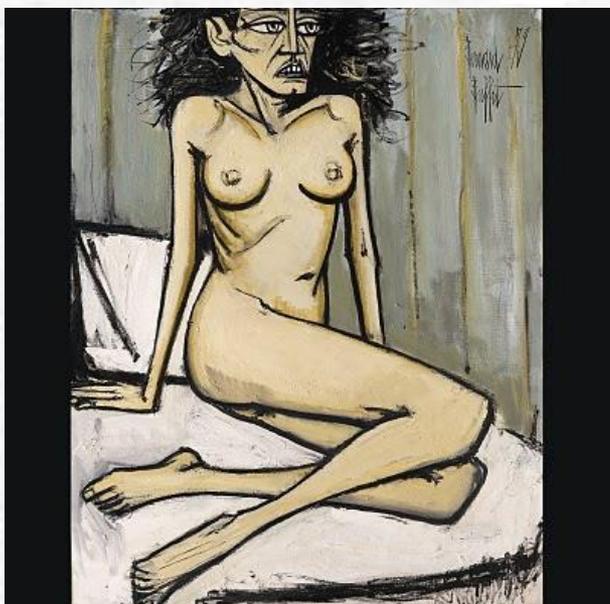


« Un coup de tonnerre dans un ciel serein »

- ☞ **Chez la jeune fille:** forme la plus typique et aussi la plus fréquente, entre 13 et 18 ans. Au départ les symptômes passent inaperçus, voir sont encouragés
- ☞ **Phase d'état**
 - Anorexie qui se majore (restriction à refus de l'alimentation quasi-total)
 - Amaigrissement variable, jusqu'à 1/3 du poids
 - Altération de la perception du corps
 - Aménorrhée, le plus souvent secondaire (liée aux modifications endocrines)
- ☞ **Etiologie**
 - 1/ **Facteurs biologiques:** Facteurs héréditaires (dispositions génétiques), troubles des neurotransmetteurs.
 - 2/ **Facteurs psychologiques:** Fréquence de l'anxiété, dépression, fragilité psychologique, mauvaise estime de soi et volonté d'identification à des modèles; troubles de l'identité
 - 3/ **Facteurs sociaux-culturels et familiaux:** vécu social et culturel de la fonction de la nourriture, conflits patiente / entourage parfois majeurs, tyrannie alimentaire de la jeune fille, surveillance parentale



Désir de mort inconscient



☞ Désir de mort

- Non dit puisque présenté
- La jeune fille anorexique est, toute entière le désir de mort incarné
- Leur corps est à la frontière de la vie et de la mort

☞ Pulsion de mort

- Forme de suicide lent



Le corps perdu



☞ **Ne pas manger**

- Maîtrise de l'instinct de conservation, le plus primordial:
- Défi permanent à la vie, au monde, aux autres
- Fantasme mégalomane de contrôle vie et mort, d'immortalité

☞ **Angélisme mortifère**

- être une pensée désincarnée, sans corps
- Le corps est déshabité
- Le corps est vécu comme un ennemi



Image du corps



Trouble quasi délirant de la perception de l'image du corps

- Méconnaissance ou déni de la gravité de la maigreur
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie)



Maitrise ou lâcher prise?

- Hyperactivité
- Perfectionnisme
- Maitrise de soi



- Comment accepter de lâcher?
- Perdre la maitrise

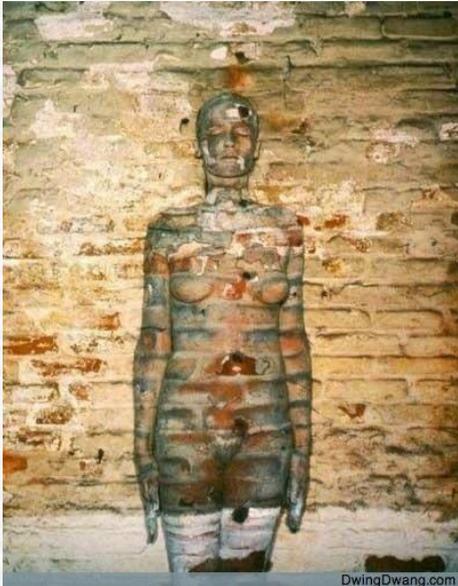
La Dyade



- Mère et fille sont dans **des rôles immuables** sur un plan fantasmatique
- Le père ne s'interpose pas dans le couple mère-fille, garantissant par sa loi et l'autorité de son désir, une **coupure indispensable** à la future réalisation de l'enfant
- Pour sortir de cette dyade, il faudrait fantasmatiquement **détruire la mère en soi**. Mais il y a une confusion et c'est donc se détruire soi.



Féminité



- Difficulté à accepter et à intégrer les transformations de la puberté autant qu'à **assumer sa féminité**



- Comment désinvestir son corps enfantin pour **investir un corps d'adulte**, considéré comme lui appartenant

Traitements





Différentes modalités

En ambulatoire

- Abord psychothérapique individuel d'inspiration psychanalytique
- Thérapies familiales systémiques
- TCC, EMDR

Hospitalisation

- Hospitalisation dans les formes d'amaigrissement important, quelquefois une réanimation est nécessaire
- Isolement de l'anorexique d'avec son entourage , mise en place d'un contrat avant l'hospitalisation (voir biblio)
- Chimiothérapie lorsqu'il existe des éléments dépressifs
- Abord psychothérapique individuel et familial
- Thérapies médiatisées individuelles ou groupale
- Thérapies psycho-corporelles



Ambivalence et déni



- Ce sont des **affections à multiples facettes** impliquant un système complexe qui intègre des informations du corps malade et des dysfonctionnements neuropsychiques et comportementaux. Une ou des comorbidités compliquent souvent la prise en charge.
- C'est, à un moment donné, le seul moyen que la personne a trouvé pour se sentir mieux, pour **avoir le sentiment de maîtriser**, de combler un vide. Elle pense, en toute conscience au début, que devenir mince, ce sera « *avoir moins de souci avec mon image* ».
- Les mots-clés de la thérapie sont manque de confiance et d'estime de soi, altération du jugement, détérioration de la qualité de vie, dans toutes ses dimensions et un fort sentiment d'impuissance face à un avenir sans TCA. En effet, l'anorexie est une **pathologie à fort potentiel addictif**. Cette dépendance au trouble est une partie de l'explication du déni de la maladie
- **L'ambivalence** des malades est souvent si puissante qu'elle fait échouer les plans des thérapeutes. Bien des malades croient, à un moment donné, pouvoir guérir sans grossir.
- Ce sont des maladies qui **guérissent totalement dans au moins la moitié des cas** (en ne parlant que des plus graves).



Primum non nocere



Les attitudes thérapeutiques pour ne pas nuire à la personne

- ☞ **La surprotection.** Qu'il s'agisse d'un cadre trop fermé sur le monde extérieur ou d'attitudes trop préventives des risques, il y a là un risque de tomber dans des modalités de soin trop restrictives des libertés et de l'autonomie.
- ☞ **Les attitudes critiques et "confrontatives".** Les menaces, sanctions et coercitions que les soignants utilisent parfois pour faire changer une personne sont contre-productifs et risquent d'augmenter le sentiment de dévalorisation et l'opposition
- ☞ **La résignation.** Les arrangements et autres négociations autour de la prise de poids conduisent parfois à laisser traîner les choses bien trop longtemps.
- ☞ **Les modalités de soin aggravantes :** ne pas favoriser le perfectionnisme ou la mauvaise estime de soi ou l'isolement social et affectif
- ☞ **Les cognitions "anorexiques" des soignants.** Si nous avons-nous-mêmes des discours trop hygiéniste ou centrés sur la nourriture , nous obtiendrons l'effet inverse
- ☞ **Les réactions trop émotionnelles.** Des réactions trop émotionnelles peuvent survenir face à la sévérité des troubles.
- ☞ **Les soins "au jour le jour".** Ce trouble a une durée généralement importante et il est parfois difficile de garder un cap clair. Des réunions de synthèse et d'analyse de la situation sont importantes.

Thérapies familiales

- Deux pionniers de la TF, Minuchin (États-Unis) et Selvini-Palazzoli (Italie), ont développé, dans les années 1970, des modèles de **"causalité familiale"** Ces familles "anorexigènes" étaient décrites comme fusionnelles, enchevêtrées, fermées au monde extérieur, évitant les conflits et rigides. Elles étaient donc peu à même **d'accueillir les mouvements d'individuation et d'autonomisation caractéristiques de l'adolescence** et de la guérison. L'enfant symptôme devenait alors "l'agent régulateur" (et donc "dénonciateur") d'une famille dysfonctionnelle.
- Les études récentes suggèrent plutôt que la famille :
 - constitue **un facteur étiologique parmi d'autres** et qu'elle peut être autant un facteur de risque que de protection ;
 - joue un rôle important dans l'évolution de l'AM, dans un sens comme dans l'autre (**aggravation ou amélioration**).
- La famille est donc actuellement considérée comme un facteur non négligeable d'amélioration du jeune patient anorexique et il est essentiel de la mobiliser en tant que partenaire de soins, sans préjuger de ses responsabilités étiologiques et en l'aidant, au contraire, à se sentir compétente et confiante. Les TF Semblent donc tendre vers des **modèles de travail familial plus souples et élaborés**. La TF, qui a l'avantage d'inclure la fratrie, doit s'adapter aux divers besoins, demandes et réticences des familles. Elle semble incontournable dans la prise en charge des enfants et adolescents anorexiques.

Thérapies familiales: outils

- **Techniques d'externalisation** visant à bien séparer l'AM et la personne humaine, pour faciliter le regroupement des énergies familiales contre le problème plutôt que contre le patient, et éviter les attitudes familiales culpabilisantes, critiques et hostiles. Dessiner son "anorexie", lui écrire une lettre, ou écrire à une partie de son corps qu'on aime ou qu'on déteste, en sont quelques exemples.
- **Activités métaphoriques et techniques artistiques systémiques**. Qu'il s'agisse d'un dessin, d'un collage ou de métaphores animales pour représenter la maladie, son parcours ou les relations familiales, ces techniques sont utilisées pour contourner l'expression verbale qui semble aux malades mal exprimer leurs souffrances et leurs difficultés. Elles conduisent souvent la famille au cœur de thèmes douloureux et l'éclairent sur certains objectifs de changement. "Si la famille était un animal...", dessiner ou faire un collage sur le voyage de la famille vers la guérison ou utiliser des métaphores animales pour décrire le positionnement actuel et optimal de chaque membre de la famille vis-à-vis de la maladie constituent des exemples.
- **Autres techniques familiales** : sculpture, génogramme, dessin de la famille (avec et sans anorexie), lettres, photographies familiales, calendrier de l'année à venir... complètent la présentation des activités thérapeutiques utilisées dans ce travail.

EMDR

- **La thérapie d'intégration neuro-émotionnelle** a pour objet d'intégrer sensations et cognitions. Elle utilise la stimulation oculaire : EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*). C'est l'acceptation en soi de tous les souvenirs comme constructeurs de l'être. Il s'agit de s'approprier les événements d'une vie (y compris traumatiques) et de les retraiter pour en faire une source nouvelle d'expériences.
- une expérience permet à la personne de "**désamorcer**" le **traumatisme** et l'anxiété qui y sont liés. Il s'agit de :
 - "**décharger**" la **zone-mémoire émotionnelle** et reclasser le traumatisme dans la zone de mémoire explicite et élaborée (donner du sens et relativiser)
 - **transférer, en termes physiologiques**, le traumatisme du mésencéphale (thalamus) vers l'hippocampe (système limbique, clarification, mémoire explicite), l'hypothalamus (homéostasie) et enfin vers le cortex (conscience, comportements et cognitions)
 - **démêler des associations qui se sont faites** (ancrages sensoriels, conditionnement dysfonctionnel) pour générer un processus cognitif (idées, pensées, réflexions) et des comportements plus adaptés que la restriction, les crises et l'hyperactivité physique
- **Stimuler les ressources et les ancrer:** Le thérapeute accompagne la personne à explorer son état sensoriel (visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif) et à décrire son expérience de façon sensorielle. Il doit l'aider à désactiver les ancres négatifs et à créer de nouveaux chemins de pensées et de ressentis, sources de nouveaux comportements.

TCC

- Les thérapies cognitivo-comportementales ciblent **l'atténuation du sentiment de rejet**, plus spécifiquement de l'anxiété sociale, par le biais des techniques d'affirmation de soi.
- L'anxiété sociale** est l'ensemble des sentiments d'appréhension, de tension intérieure, et de gêne extérieure, déclenchés par le regard d'autrui. Elles perturbent les interactions sociales. Les sources de l'anxiété sociale sont diverses (perception négative de l'image du corps, estime de soi négative, sentiment d'inadéquation sociale...).
- Les principales techniques thérapeutiques** sont les suivantes :
 - l'exposition aux situations sociales
 - l'exposition aux conséquences redoutées
 - le développement des compétences sociales
 - la restructuration cognitive
- Le but principal est **d'entraîner les patients à développer des comportements relationnels** (verbaux et non verbaux) adaptés aux interactions quotidiennes par la modification de la "non-acceptation de soi physique et psychique".

TCC et TCA

- **La nutrition et la diététique ont-elles créés les TCA?** Le savoir diététique a permis aux consommateurs, par ailleurs poussés à la consommation, d'établir des liens implicites et explicites entre alimentation et poids, nutrition et silhouette. On sait maintenant que ces principes ne s'adaptent pas à tous : « *Chacun est différent et doit être respecté dans sa différence.* ». Un savoir nutritionnel du côté des spécialistes et des conseils de bon sens du côté des consommateurs, de façon ciblée selon l'âge et le sexe, sont nécessaires.
- **La thérapie cognitive et comportementale doit être spécifique:** Il ne s'agit pas d'une thérapie cognitive et comportementale (TCC) généraliste. Elle doit aider le patient à trouver les liens entre son comportement alimentaire et ses émotions ou leur gestion. Elle doit aider le malade à identifier ses pensées dysfonctionnelles, alimentaires et non alimentaires.
- **Education thérapeutique**
 - expliquer au patient le mécanisme de sa maladie et ses conséquences à long terme ; évoquer les cercles vicieux qui sont en jeu dans les TCA ;
 - expliquer les fondements de l'approche nutritionnelle (protéines, calcium, muscles et os...) ;
 - mettre en place un travail nutritionnel et diététique où tout prend sens (la part des protéines et des aliments protéiques, le rôle du calcium et de la vitamine D, la dépense énergétique de repos et celle liée à l'activité physique, les neuromédiateurs cérébraux, les hormones sexuelles).

Thérapies psycho-corporelles

- Le travail corporel va proposer un **réinvestissement du corps** pour favoriser une meilleure perception corporelle.
- Le travail du Moi-peau** lors d'automassages, favorise un ré-appropriation de son corps propre, dans ses fonctions de pare-excitation, de contenance, de support de sensorialité. C'est une façon de prendre corps dans un corps investi à nouveau comme source de ressentis de plaisirs.
- La pleine conscience de soi, des différentes parties de soi, en surface et en profondeur va solliciter **la capacité de représentation interne de ce corps** vécu auparavant comme ennemi et dangereux, dans la mesure où les sensations internes étaient vécues comme effrayantes et négatives.
- Le fait de **recréer un lien entre corps et esprit**, redonne un sentiment d'incarnation, de perceptude, selon le terme de Roustang, de corporéité. Un meilleur accordage affectivo-sensoriel redevient possible entre le corps et la personnalité.

Bibliographie

- L'anorexie mentale masculine à l'adolescence (Jean Chambry, Gilles Agman) in La psychiatrie de l'enfant (2006/2, vol 49, pages 477 à 511)
- Philippe Jamet in « Anorexie, boulimie, les paradoxes de l'enfance »
- Article sur Cairn sur la thérapie familiale et systémique:
<https://doi.org/10.3917/ctf.050.0047>
- Dossier sur les pratiques en nutrition:
<http://www.anorexieboulimie.fr/dossier.pdf>
- Sur le contrat de soin: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-5-page-389.htm>