

ANOREXIE

PROCESSUS THÉRAPEUTIQUES POTENTIELS

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

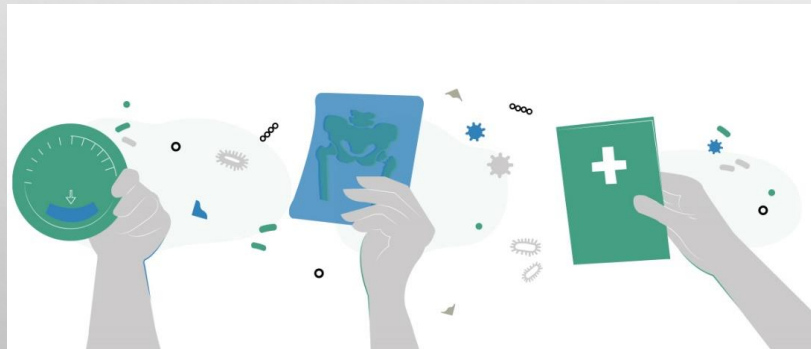


- **FRÉQUENTS ET POLYMORPHES** , CHEZ L'ENFANT, L'ADOLESCENT OU L'ADULTE
- LES **TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES** (TCA) SONT CARACTÉRISÉS PAR DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES DIFFÉRENTS DE CEUX HABITUELLEMENT ADOPTÉS PAR LES PERSONNES VIVANT DANS LE MÊME ENVIRONNEMENT. CES TROUBLES SONT IMPORTANTS 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 COMORBIDITÉS SE RÉPARTISSENT **EN TROIS GROUPES** :
 - CELLES QUI ONT, AVEC LE TCA, UNE ORIGINE COMMUNE, GÉNÉTIQUE OU PSYCHO-PATHOLOGIQUE (TOC, ANXIÉTÉ, DÉPRESSION)
 - CELLES QUI SONT EN PARTIE LA CONSÉQUENCE DU TCA (ANXIÉTÉ, DÉPRESSION, TROUBLES DU SOMMEIL)
 - CELLES QUI N'ONT RIEN À VOIR AVEC LE TCA (SYNDROME BIPOLAIRE, ÉTAT LIMITE).



ANOREXIE FÉMININE



« Un coup de tonnerre dans un ciel serein »

Surinvestissement intellectuel au détriment des besoins du corps

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?

Une addiction au vide, au rien...



Angélisme mortifère
Un esprit sans corps
Une pensée désincarnée
Un corps vécu comme un
ennemi

MOTS CLEFS



- **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. Ce sont des jeunes fille souvent hyperactives, perfectionnistes, dans la maîtrise de soi
- **Comportement :** Tri des aliments, mêmes phobies alimentaires, dextérité dans la manipulation des aliments, connaissance des régimes et autres élément de diététique. Les stratégies de contrôle de poids sont nombreuses : vomissements, potomanie, usage de diurétiques et de laxatifs..
- **Phase d'état : les 3A**
 - Anorexie qui se majore (restriction à refus de l'alimentation quasi-total)
 - Amaigrissement variable, jusqu'à 1/3 du poids
 - Aménorrhée, le plus souvent secondaire (liée aux modifications endocriniennes)
 - Les complications somatiques: anémie, hypotension, ostéoporose
- **Désir et pulsion de mort**
 - La jeune fille anorexique est, toute entière le désir de mort incarné et son corps est à la frontière de la vie et de la mort. Le désir de mort n'est pas exprimé, puisqu'il est présenté par la personne elle-même. C'est une forme de suicide lent, avec des TS qui restent toujours possibles
 - Fantasme mégalomane de contrôle sur la vie et la mort, fantasme d'immortalité: en effet ne pas manger est une maîtrise de l'instinct de conservation, le plus primordial, un défi permanent à la vie, au monde, aux autres
- **Dysmorphophobie:** Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps. Troubles majeur de la perception de l'image inconsciente du corps avec méconnaissance ou déni de la gravité de la maigreur

ANOREXIE MASCULINE



" 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.



Un corps idéal
fantasmé
Un désir de
perdre la graisse

MOTS CLEFS

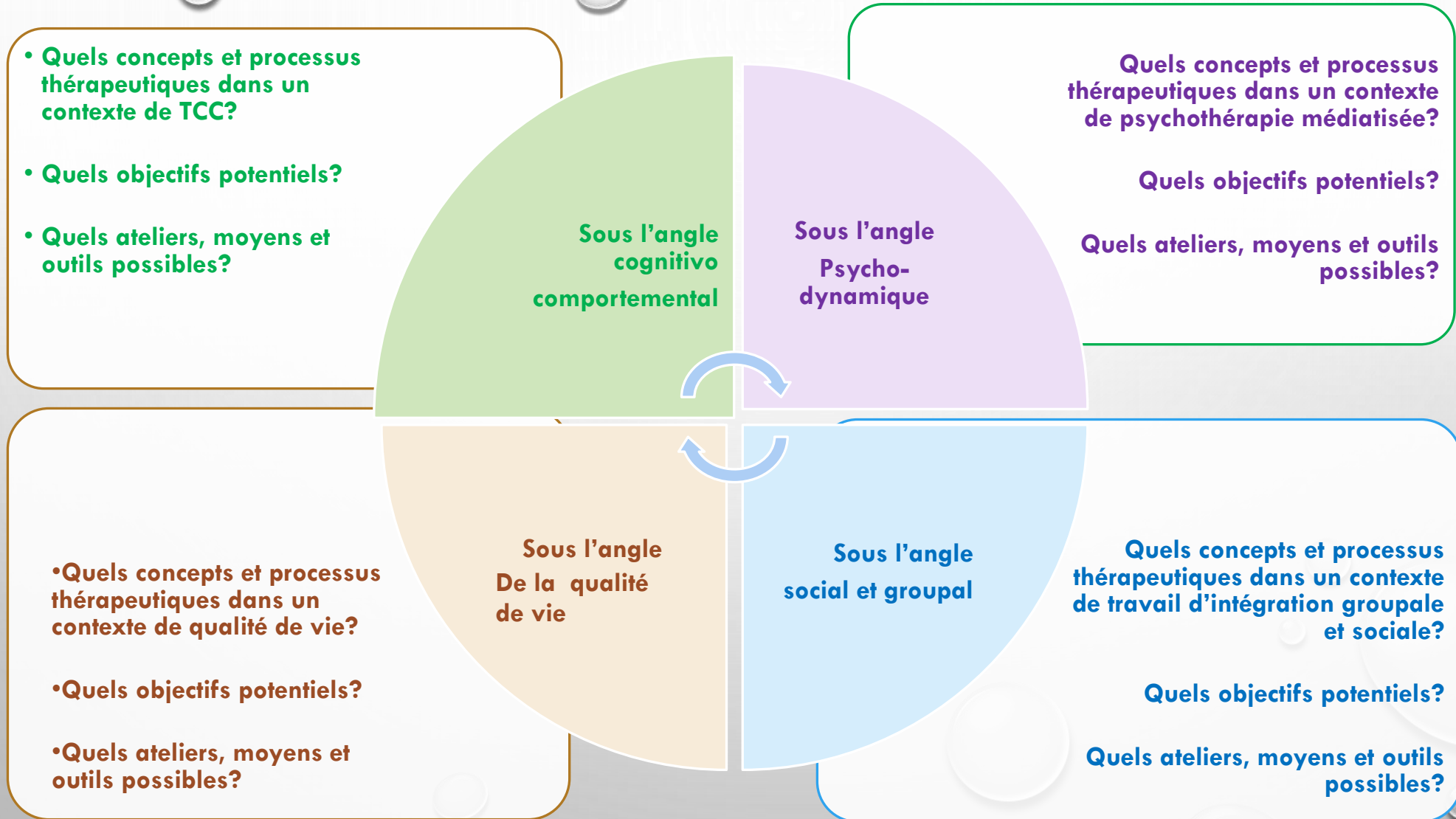


- L'âge de début du trouble alimentaire se situe entre 16 et 19 ans, ce qui fait de cette maladie une **pathologie de l'adolescence**.
- **Les complications somatiques** (anémie, hypotension, ostéoporose) classiquement décrites chez les filles sont également présentes chez les hommes. La testostérone 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
- 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.. 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
- 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.
- 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**. il existe donc une altération de l'image du corps. Comme pour la fille, le garçon méconnaît sa maigreur et nie la gravité de son état

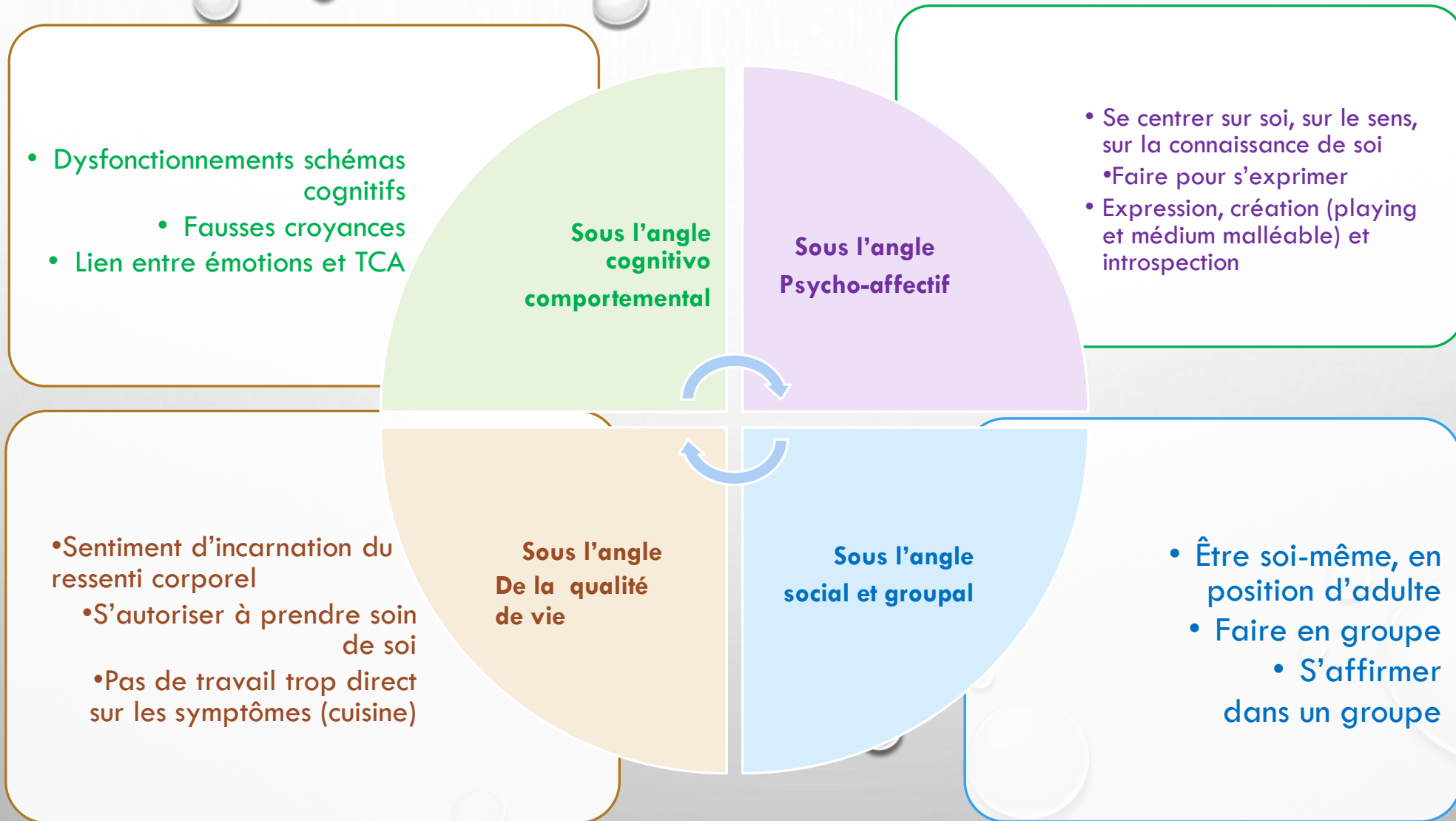
EN ERGOTHÉRAPIE

- SAVOIR POSER ET TENIR UN **CADRE THÉRAPEUTIQUE** ADAPTÉ (CONTENANT, CONFIDENTIEL, STRUCTURÉ...)
- SAVOIR ENGAGER UNE **RELATION** DE CONFIANCE, ANALYSÉE ET ADAPTABLE À LA PERSONNE EN SOIN POUR L'ACCUEILLIR, L'ACCOMPAGNER, L'AIDER À S'AIDER ELLE-MÊME
- POUVOIR PROPOSER DES **OUTILS THÉRAPEUTIQUES** PERTINENTS ET COHÉRENTS EN FONCTION DES CONTEXTES DE SOIN, DES OBJECTIFS DE LA PERSONNE, DU MOMENT DE SON PARCOURS DE SOIN
- CONNAITRE OU SAVOIR TROUVER **LES CONCEPTS** NÉCESSAIRES À NOTRE PRATIQUE, EN FONCTION DES CONTEXTES DE SOIN, DES ORIENTATIONS INSTITUTIONNELLES, DES MODÈLES CONCEPTUELS PERTINENTS
- S'ENGAGER DANS LE **PROCESSUS D'INTERVENTION** GLOBAL EN ERGOTHÉRAPIE, APPUYÉ SUR UN MODÈLE OU PAS, EN ALLIANCE AVEC LE PATIENT, EN RESPECTANT SES CHOIX, MAIS **EN TENANT COMPTE DU RISQUE VITAL**
- CONNAITRE LES **PROCESSUS THÉRAPEUTIQUES** POUR LES SOUTENIR, LES AIDER À SE DÉPLOYER ET PROPOSER DES SÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES PERMETTANT AUX PERSONNES DE VIVRE CES PROCESSUS, EN FONCTION DE LEURS BESOINS ET CAPACITÉS PSYCHIQUES
- ACCOMPAGNER LA PERSONNE **POUR ALLER VERS** LE CHANGEMENT, LE RÉTABLISSEMENT, L'ÉQUILIBRE OCCUPATIONNEL, LE POUVOIR D'AGIR, L'AUTONOMIE PSYCHIQUE OU AUTRE CHOSE, SELON SES PROPRES CHOIX, **EN TENANT COMPTE DU RISQUE VITAL**

EN FONCTION DES CONTEXTES DE SOIN



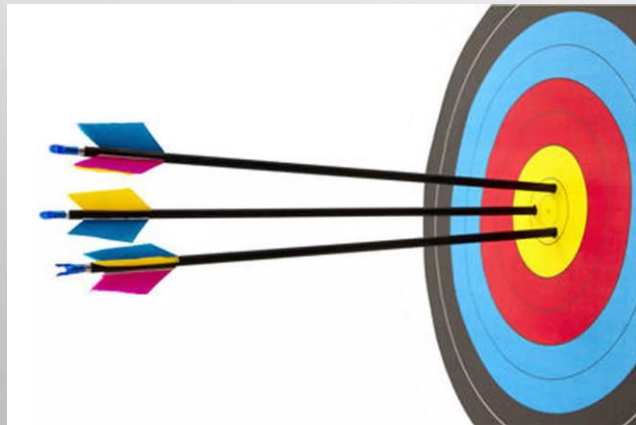
OBJECTIFS POTENTIELS



OBJECTIFS

La définition d'un objectif est celle d'un **"but à atteindre"**. Les synonymes de ce mot sont: cible, fin, impartial, juste, dessin, mission, programme, tangible, visée, vocation, vues.

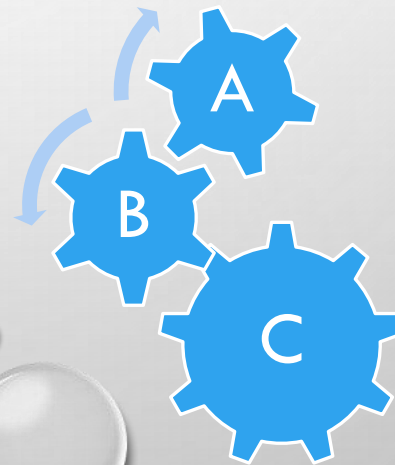
Il est donc important de connaître les grands objectifs potentiels en ergothérapie mais surtout de **se centrer sur les objectifs de la personne.**



PROCESSUS

La notion de processus est **une suite d'opérations ou d'événements** pour atteindre un objectif.

Il est donc nécessaire de **connaître les processus thérapeutiques potentiels** qui peuvent se dérouler, que nous pouvons soutenir et de savoir quels concepts vont nous aider à les comprendre.



CONCEPTS

CONTEXTE DE PSYCHOTHÉRAPIE MÉDIATISÉE



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.

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 ".



PROCESSUS THÉRAPEUTIQUES

CONTEXTE DE PSYCHOTHÉRAPIE MÉDIATISÉE



- **Processus de création** (externaliser et projeter dans la matière, transformation de la matière physique pour transformer la matière psychique donc sans modèles)
- **Processus intra-psychiques** (symbolisation, introspection « concrète », élaboration psychique)
- **Processus d'expression verbale** à visée de psychothérapie médiatisée, centrée sur l'objet, le geste ou le ressenti (en lien avec le fonctionnement intra-psychique de la personne, ses conflits intra-psychiques, son histoire)

SYMBOLISATION



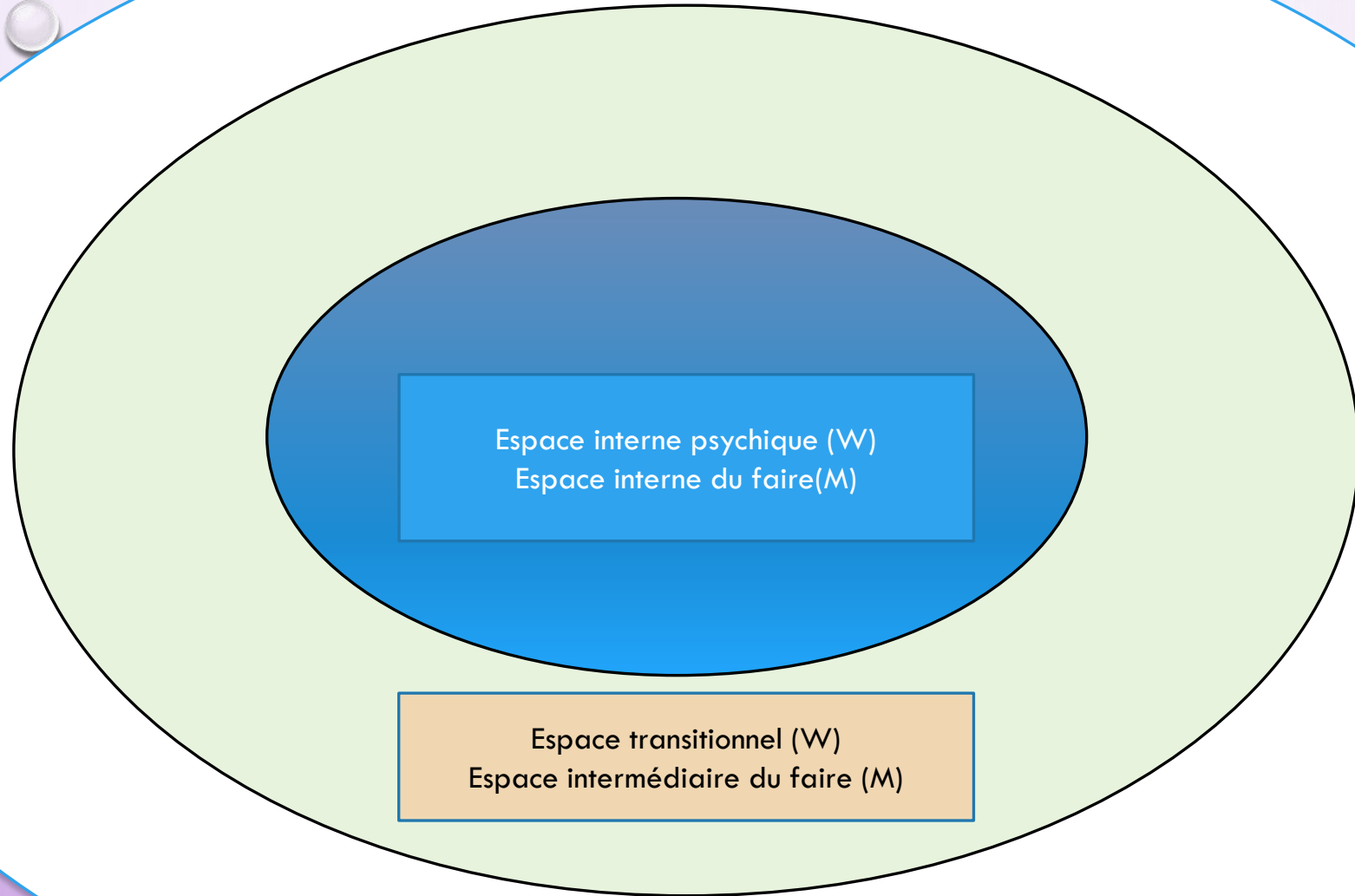
INTROSPECTION CONCRÈTE



Centration
Décentration
Recentration

ÉLABORATION PSYCHIQUE

"Travail de l'appareil psychique qui consiste à lier des quantités d'énergie pulsionnelle à des représentations et à établir entre elles les représentations des voies associatives".



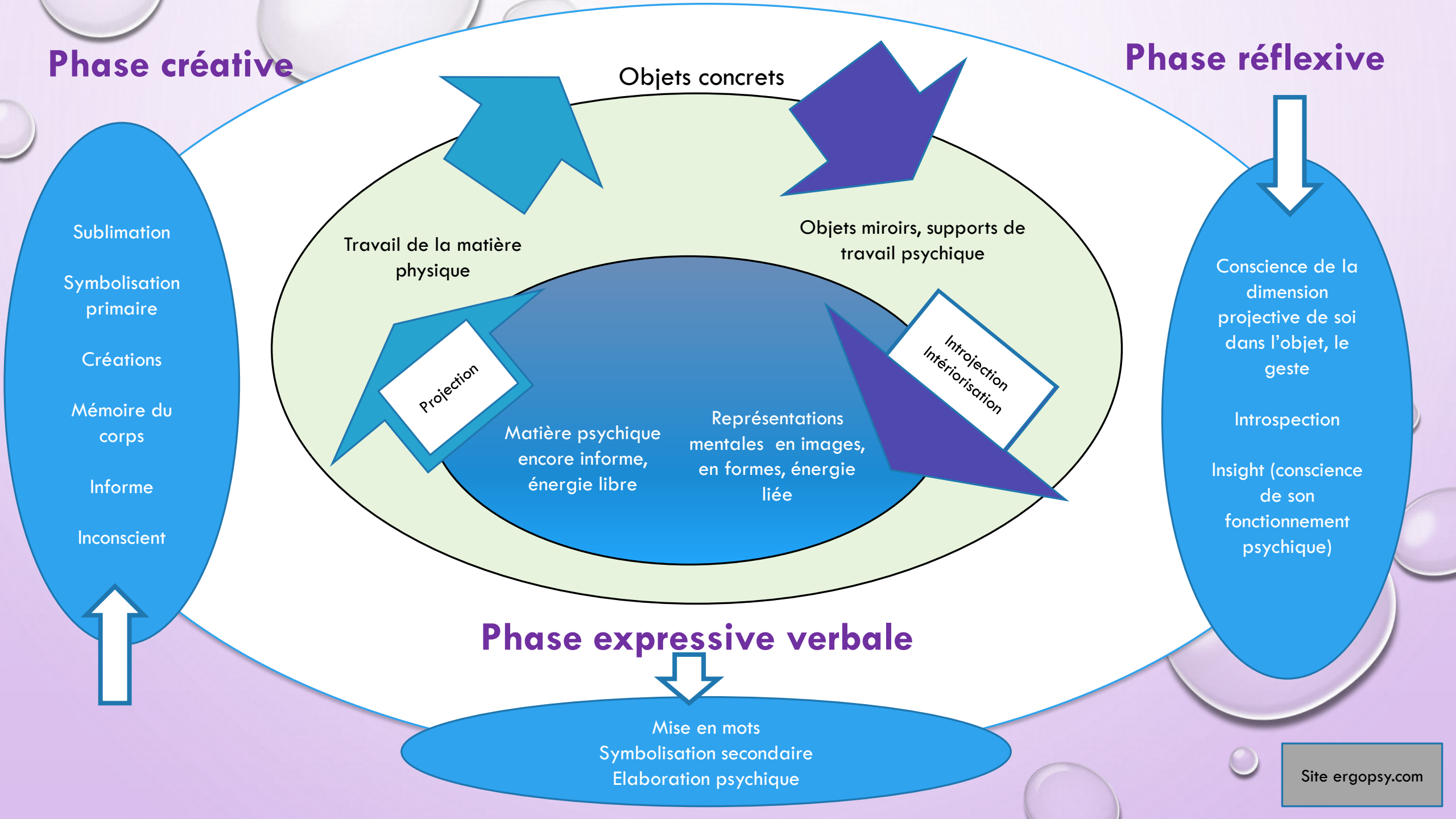
Espace interne psychique (W)
Espace interne du faire (M)

Espace transitionnel (W)
Espace intermédiaire du faire (M)

Espace externe (W)
Espace extérieur du faire (M)

Phase créative

Phase réflexive



SOLENE

- UNE JEUNE FILLE DE 20 ANS
- ETUDIANTE EN FAC DE DROIT
- POIDS D'ENTRÉE : 38 KG
- PERTE DE POIDS DE 16,5 KG
- TROUBLES REMONTANT À L'ANNÉE APRÈS SON BAC, OÙ ELLE A DU ASSUMER SEULE SON ALIMENTATION
- ELLE ADMET QU'ELLE SE TROUVE MAIGRE
- PARENTS DIVORCÉS
- UNE SŒUR DE 5 ANS PLUS JEUNE QU'ELLE

- **PHASE DE TRISTESSE**

- ELLE PLEURE SOUVENT EN RAISON DES DIFFICULTÉS QU'ELLE RENCONTRE DANS LA VIE QUOTIDIENNE: « *JE NE PEUX PLUS RIEN FAIRE* »
- ETONNEMENT DE DÉCOUVRIR SON ÉTAT QU'ELLE DÉNIAIT TOTALEMENT



- **PHASE DE COLÈRE**

- EXPRESSION DES CONFLITS FAMILIAUX ET DE L'AFFECTIVITÉ EN PSYCHOTHÉRAPIE PERSONNELLE, INSTITUTIONNELLE (SÉANCE DE TRAVAIL SUR LE CRI APPRÉCIÉE)
- ELLE COMMENCE À EXPRIMER SA COLÈRE ENVERS SA MÈRE QUI N'EST PAS D'ACCORD AVEC SON PROJET D'ÊTRE INFIRMIÈRE
- ELLE REPROCHE À SON PÈRE D'ÊTRE TOTALEMENT ABSENT



Expression médiatisée

- **MÉDIATIONS EXPRESSIVES**
 - GRIBOUILLAGES ET TACHES AVEC LES DOIGTS
 - TENTATIVE DE VOLUME (GRILLAGES, PLUMES, NIDS, MARIONNETTES D'OISEAUX)
 - ELLE FAIT LE PORTRAIT D'UN VISAGE DOUBLE, UN CÔTÉ FILLETTE ET UN CÔTÉ FEMME
 - COLLAGE EN GRAND FORMAT D'IMAGES DE CORPS FÉMININS
- **ESPACE PERSONNEL**
 - DÉCOUVERTE DE SON PROPRE ESPACE INTÉRIEUR PERSONNEL ET DU RESENTI DE PLAISIR
- **RELATION À L'AUTRE**
 - A SA SORTIE, ELLE FAIT UNE GRANDE PEINTURE PORTANT LES MOTS : « VOUS ALLEZ ME MANQUER »



Expression médiatisée

- **ARGILE**
 - DÉCOUVERTE DE L'ARGILE ET DU TRAVAIL EN VOLUME
 - EXPÉRIENCES MÉTAPHORIQUES D'INCARNATION, DE PLAISIR AUTOUR D'UN CORPS PLUS CHARNEL ET PLUS SOLIDE
- **VERBALISATION**
 - EVOLUTION DE SON RAPPORT AU CORPS : « *JE N'AURAIS JAMAIS FAIT CELA AU DÉBUT!* »
 - « *ELLE N'EST PAS ENCORE DEBOUT...* »



Psychothérapie

- **PHASE DE CHOIX PERSONNELS**

- CONSTAT QU'ELLE A VOULU SANS CESSER FAIRE PLAISIR À SES PARENTS ET QU'EN FAIT IL Y AVAIT DES CONFLITS NON EXPRIMÉS
- ELLE ÉVOQUE LE FAIT QU'ELLE SOUHAITERAIT FINALEMENT VIVRE CHEZ SON PÈRE

- **PHASE DE TRANSFORMATION**

- ELLE A RETROUVÉ UNE PHOTO D'ELLE PRISE AU DÉBUT DE SON SÉJOUR ET ELLE EST SIDÉRÉE DE SE VOIR AINSI
- ELLE A LE SENTIMENT MAINTENANT DE POUVOIR FAIRE SES PROPRES CHOIX
- QUELQUES NAUSÉES QU'ELLE RELIE À SA PEUR DE SORTIR; DONNANT DU SENS À CE QUI LUI ARRIVE
- POURSUITE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE À L'EXTÉRIEUR





Processus psycho-dynamiques

POUR QUELLES DIFFICULTÉS?

- DIFFICULTÉ DE CONSTRUCTION IDENTITAIRE (DEVENIR ADULTE ET FEMME)
- BESOIN D'EXPRESSION DES CONFLITS FAMILIAUX
- DÉVELOPPER DES CAPACITÉS D'INTROSPECTION

PROCESSUS THÉRAPEUTIQUES POTENTIELS

- **PROCESSUS DE CRÉATION** (EXTERNALISER ET PROJETER DANS LA MATIÈRE, TRANSFORMATION DE LA MATIÈRE PHYSIQUE POUR TRANSFORMER LA MATIÈRE PSYCHIQUE DONC SANS MODÈLES)
- **PROCESSUS INTRA-PSYCHIQUES** (PROJECTION, SYMBOLISATION, INTROSPECTION)
- **PROCESSUS D'EXPRESSION VERBALE À VISÉE DE CONSCIENCE DE SON FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE** (ÉLABORATION PSYCHIQUE)

Moyens

- Médiations créatives sans apprentissage, ni modèles, pouvant engager la notion de volume, de densité, de sensorialité
- Non directivité ou propositions d'expériences sensorielles (dessin les yeux fermés, gribouillages sans intention, argile)
- Mise en mots: ateliers d'écriture, temps de parole

CONCEPTS

Contexte cognitivo-comportemental



Thérapies cognitivo-comportementale

- LE BUT DES TCC N'EST PAS DE TROUVER LES CAUSES OU L'ORIGINE DU TROUBLE MAIS BIEN **D'AGIR SUR CELUI-CI**. CETTE THÉRAPIE PROPOSE À LA PERSONNES D'OBSERVER SES COMPORTEMENTS PATHOLOGIQUES (COMPORTEMENTS DE PURGE) ET SES SCHÈMES DE PENSÉES DYSFONCTIONNELS CONCERNANT L'ALIMENTATION, LE POIDS, L'ESTIME DE SOI ET DE SON L'IMAGE CORPORELLE.
- CETTE APPROCHE THÉRAPEUTIQUE SE FONDE SUR LA **THÉORIE DE L'APPRENTISSAGE**. LES COMPORTEMENTS ET LES COGNITIONS PATHOLOGIQUES Y SONT TRAITÉS COMME DES RÉPONSES ADAPTATIVES DYSFONCTIONNELLES À DES SITUATIONS PRÉSENTES. LES ACQUIS ET LES COMPÉTENCES PARTICULIÈRES DE CHAQUE INDIVIDU CONDITIONNENT EN PARTIE LA NATURE DE SES RÉACTIONS. DE MÊME, IL EXISTE DES FACTEURS DE RENFORCEMENT QUI EXPLIQUENT LE MAINTIEN DE RÉPONSES VISIBLEMENT PATHOLOGIQUES (COTTRAUX, 1990)

Perroud, A. (2002). Traitement hospitalier de l'anorexie sévère selon le modèle comportemental et cognitif. Dans : , T. Vincent, *La jeune fille et la mort* (pp. 173-186). Toulouse: Érès

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).

EFFICACITE?

- Les TCC appliquées au traitement de l'AM n'ont fait l'objet, à ce jour, que d'un **très petit nombre d'études rigoureuses**. Celles-ci suggèrent que les TCC réduiraient le risque de rechute après restauration du poids, mais leur supériorité sur d'autres formes de traitement — y compris le suivi de soutien non spécifique — auprès de patientes encore dénutries n'est pas établie .

Nutrition, clinique et métabolisme (vol 21, déc 2007, pages 172-178)

Thérapies comportementales et cognitives de l'anorexie mentale, Thierry Léonard

- L'anorexie mentale est certainement ce qui, dans la clinique, permet d'avoir l'aperçu le plus direct de ce que l'on appelle **l'attachement d'un sujet à son symptôme**. L'époque contemporaine est tentée de nier cette dimension, pourtant fondamentale eu égard à toute tentative de traitement du symptôme. Si l'on peut avoir l'idée que le patient veut se débarrasser de son symptôme, on constatera que, dans l'anorexie mentale, il n'en est rien et que cette réalité est immédiatement palpable.

Dewambrechies-La Sagna, Carole. « L'anorexie vraie de la jeune fille », *La Cause freudienne*, vol. 63, no. 2, 2006, pp. 57-70.

THÉRAPIES CENTRÉES ÉMOTIONS: TROISIÈME VAGUE DES TCC



Thérapie centrée sur les émotions (TCE ou EFT Emotion-focused therapy)

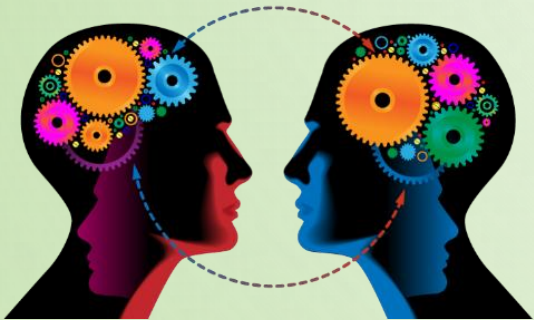
"La thérapie centrée sur les émotions (TCE/EFT Emotion-Focused Therapy) (Greenberg, Rice & Elliott, 2003; Greenberg & Johnson, 1988) est une approche thérapeutique validée empiriquement. Elle prend ses racines dans la thérapie centrée sur la personne (Carl Rogers) et la thérapie gestalt (Fritz Pearls). La TCE/EFT centre son attention sur les émotions des personnes. Son objectif est d'aider les patients à manier leurs émotions d'une manière plus productive ou de transformer leurs émotions à l'aide d'autres émotions.^{[1][2]}

Pour la TCE/EFT, les émotions sont le moteur central de notre activité psychique. Les émotions nous procurent un sentiment de cohérence et d'unité, elles alimentent nos pensées et influencent notre comportement, elles ancrent nos souvenirs et «les histoires, que nous nous racontons sur nous-même». Nos émotions sont notre cadre de référence, elles nous aident à appréhender le monde et à identifier nos besoins, nos objectifs et nos désirs. Ainsi, grâce à nos émotions, nous parvenons à satisfaire nos besoins fondamentaux de façon pertinente. Les émotions sont donc fondamentalement adaptatives et notre plus grande ressource..

L'hypothèse de la TCE/EFT est que des émotions mal adaptées peuvent être transformées en émotions adaptées (changer des émotions avec des émotions) et que la confrontation avec ses émotions douloureuses est possible si la relation thérapeutique est de qualité, confidentielle et solide." (site EFT.ch)

Processus

Contexte cognitivo-comportemental



- **Processus expression, centré sur les dimensions cognitives (cérébrales):**
Fausses croyances et distorsions cognitives
- **Processus motivationnels:** identification de ses valeurs, besoins, ressources
- **Processus émotionnels:** lien entre émotions et TCA

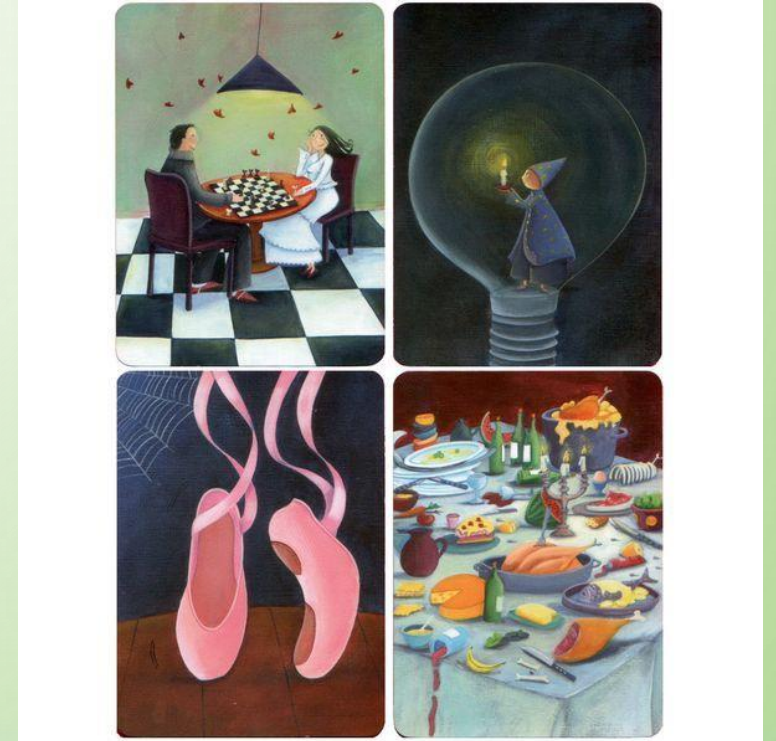
ÉMOTIONS

➤ DIFFÉRENTES TECHNIQUES

- **SCHÉMA ÉMOTIONS:** DÉCLENCHEURS, QUALITÉ ET QUANTITÉ, IMPACT SUR LE CORPS , IMPACT SUR LES PENSÉES ET COMPORTEMENT QUI EN DÉCOULE (RÉACTIONS, ACTIONS, VERBALISATION) POUR PROPOSER UNE STRUCTURE DE RÉFLEXION (COLONNES DE BECK)
- **BONNES ET MAUVAISES ÉMOTIONS?** TOUTES ONT UNE UTILITÉ CE QUI PERMET D'ENTENDRE QUE LES « MAUVAIS » ASPECTS DE SOI ONT PEUT-ÊTRE EUX AUSSI, UNE UTILITÉ OU TOUT AU MOINS UNE ORIGINE, UN SENS
- **STRATÉGIES LIÉES AUX ÉMOTIONS:** ÉVITEMENT, VÉCU, REFOULEMENT, ACCEPTATION, FUITE...

➤ INTENTIONS

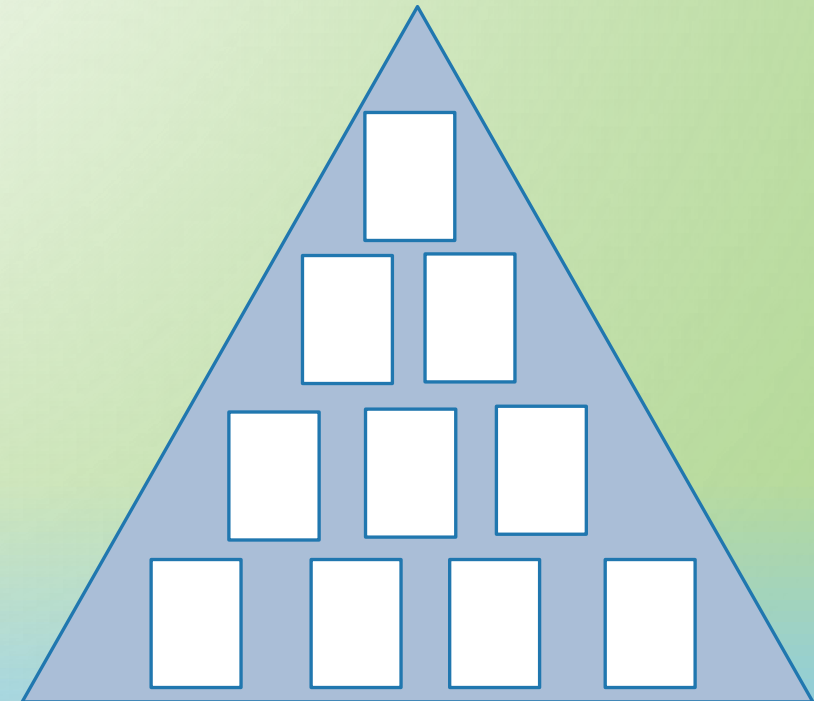
- EXPÉRIMENTER LE PARTAGE VERBAL AVEC D'AUTRES PERSONNES SANS DANGER, CADRÉ, STRUCTURÉ
- RETROUVER DES CAPACITÉS D'ANALYSE ET DE MISE EN MOTS
- PARTAGE DE DIFFÉRENTS VÉCUS DES ÉMOTIONS POUR ENTENDRE QUE CHACUN A SON PROPRE VÉCU ÉMOTIONNEL
- PARTAGE DE « STRATÉGIES » LIÉES À LA NOURRITURE ÉMOTIONNELLE



Identifier ses besoins

PYRAMIDE DES BESOINS

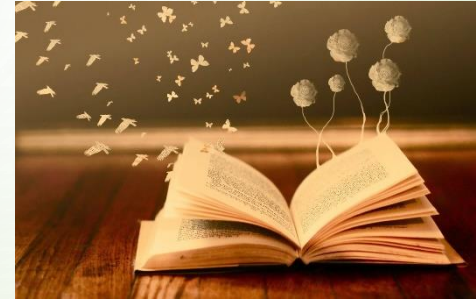
- TRAVAIL SUR DES CARTES BESOINS, PAR ÉCHANGES ET DISCUSSIONS
- CHOIX PROGRESSIF, EN ENTONNOIR, DE 10 BESOINS QUI FORMERONT LA PYRAMIDE PERSONNELLE
- IDENTIFICATION DES BESOINS SATISFAITS ET DE CEUX QUI NE LE SONT PAS
- ECHANGES AUTOUR DES STRATÉGIES POSSIBLES POUR ALLER VERS UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT AFIN DE POUVOIR ÉCOUTER ET SATISFAIRE SES BESOINS
- TRAVAIL PROCHE D'UN TRAVAIL EN ETP, BASÉ SUR LE SAVOIR DES PATIENTS, SUR LES PATIENTS RESSOURCES OU EXPERTS, VOIR SUR LES PAIRS AIDANTS



Ressources et compétences

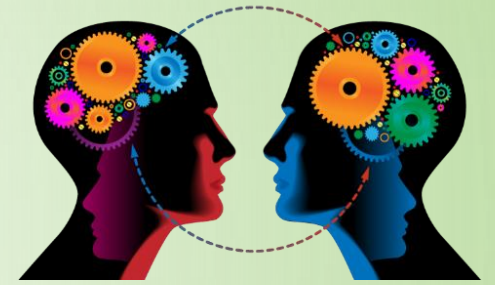
PHOTO-EXPRESSION SUR LES RESSOURCES

- JEUX SUR LES COMPÉTENCES
- UN PROBLÈME OU UN BESOIN EST PLACE AU CENTRE DE LA TABLE (CARTE MOTS: PEUR DES CONFLITS, DÉPENDANCE, ANXIÉTÉ, SOLITUDE...OU CARTE BESOIN)
- CONSIGNE: « QUE POURRAIT-ON PROPOSER À UNE PERSONNES AYANT CE PROBLÈME OU CE BESOIN? »
- LES PERSONNES METTENT EN CERCLE AUTOUR DES CARTES IMAGES QU'ILS ONT EN MAIN (CI-CONTRE)
- UNE DISCUSSION EST ALORS POSSIBLE PERMETTANT DE PROPOSER DES STRATÉGIES POTENTIELLES
- CE TYPE D'ÉCHANGE DE STRATÉGIE, DE PAIR-AIDANCE, SE RAPPROCHE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE





Processus cognitivo-comportementaux



POUR QUELLES DIFFICULTÉS?

- SCHÉMAS COGNITIFS ERRONÉS, DYSFUNCTIONNELS, INADAPTÉS
- DIFFICULTÉS À IDENTIFIER BESOINS, RESSOURCES, COMPÉTENCES

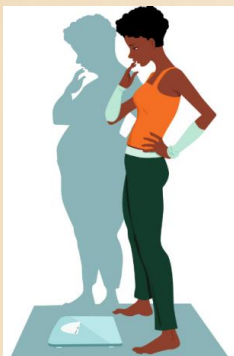
PROCESSUS THÉRAPEUTIQUES POTENTIELS

- PROCESSUS COGNITIFS
- PROCESSUS ÉMOTIONNELS

**TOUS LES PROCESSUS
THÉRAPEUTIQUES NE SONT PAS À
DÉVELOPPER POUR UNE MÊME
PERSONNE.**

Moyens pour les thérapeutes

- Travail de la conscience de soi en méditation de pleine conscience
- Entretiens motivationnels
- Journal d'auto-observation
- Travail sur la restructuration cognitive des pensées
- Liens entre émotions et TCA



Qualité de vie

POUR QUELLES DIFFICULTÉS?

- DIFFICULTÉ À PRENDRE SOIN DE SOI
- HYPERACTIVITÉ DÉFENSIVE
- CONTRÔLE ALIMENTAIRE

PROCESSUS THÉRAPEUTIQUES POTENTIELS

- PROCESSUS DU CARE (RETROUVER PLAISIR ET SENSORIALITÉ ANCRÉS DANS LE CORPS, S'AUTORISER À PRENDRE SOIN DE SOI)
- PROCESSUS D'EXPRESSION DU RESENTI, DU PLAISIR, DE LA SENSATION

Moyens

- Techniques psycho-corporelles douces pour favoriser un sentiment de bien être , pour éprouver le lâcher prise dans le corps
- Mise en mots des ressentis pour découvrir le lien entre corps et pensées, par associations d'idées, découverte de l'imaginaire
- Autonomie et indépendance dans les AVQ sont acquis. Pas de travail AVQ; pas de sport ou de cuisine



Tous les processus thérapeutiques ne sont pas à développer pour une même personne.

Cuisine or not cuisine?



Témoignage sur un forum: « Je suis passionnée de cuisine. Pendant que je cuisine, je suis zen, très concentrée, et j'arrive enfin à faire quelque chose de bien car c'est rarissime que je me loupe.

Ce n'est pas pour autant que ça me fait progresser niveau bouffe, ce que je goûte, je le recrache et je ne mange pas toujours ce que je cuisine, loin de là..

Cette "passion" a-t-elle une chance de me redonner l'envie de manger, voire du plaisir, de me "réconcilier" avec la nourriture? Ou n'est-elle qu'une expression supplémentaire de mes TCA et rien de plus?

Etes-vous dans mon cas et si oui, comment y réagissez-vous? »

Les réponses: « cette "passion" est en réalité un symptôme de ton anorexie. C'est le signe que la privation de nourriture te rend complètement obsédée par la bouffe. »

« La cuisine est une façon de la toucher, la sentir, et te donne le sentiment exaltant d'une maîtrise parfaite de tes pulsions. Non, ce n'est pas un bon signe. »

« Ca entretient l'obsession et c'est le moyen de contrôler ton assiette. »

Sport or not sport?

« J'ai besoin d'être toujours en mouvement, d'avoir une sorte de tension dans le corps... »

L'effort physique est addictif

« Le fait de faire du sport envoie un message de renforcement positif qui fait que les patientes poursuivent cette activité en dépit de leur fatigue ou de leur faiblesse. La dépense calorique associée à cette activité physique est un facteur déterminant qui conduit à poursuivre cet effort" soulignent les chercheurs. Le sentiment de plaisir est le plus important et le circuit cérébral de la récompense est ainsi activé.

De récentes recherches évoquent l'idée d'axer une partie du traitement de l'anorexie sur l'effort physique. "L'idée est de travailler avec les patientes pour leur réapprendre à **découvrir l'effort physique plaisir** (donc modéré) et donc de **désapprendre l'effort physique addictif**, probablement associé à une finalité de perte de poids".



Physical exercise-related endophenotypes in anorexia nervosa, International journal of eating disorders, mars 2021

PROPOSITION

- SÉANCES D'AUTOMASSAGES
- MOUVEMENTS DOUX ET LENTS
- LÂCHER PRISE ET ÉCOUTE DE SOI
- FAIRE UN LIEN ENTRE CORPS ET ESPRIT POUR UN SENTIMENT D'INCARNATION, D'ANCRAGE SENSORIEL



RESSENTIS DE SOLÈNE

- « JE PRÉFÈRE ÊTRE IMMOBILE, LES MASSAGES C'EST PAS MON TRUC DU TOUT »
- « QUAND JE TAPOTE MON MOLLET, Y'A RIEN QUI BOUGE, COMME LES AUTRES PERSONNES »

PROPOSITION

- DÉCOUVERTE DU LÂCHER PRISE
- RELAXATION PROFONDE ET IMPRESSIVE
- EXPÉRIMENTER LE NON FAIRE, JUSTE ÊTRE EN PRÉSENCE DE SOI



RESSENTIS DE SOLÈNE

- « C'EST AGRÉABLE DE NE RIEN FAIRE, JUSTE ÊTRE LÀ ET RESSENTIR DES SENSATIONS »
- « AVANT, JE NE RESSENTAIS QUE MON ESTOMAC, QUAND IL ÉTAIT PLEIN, APRÈS LE REPAS. »
- « L'EXPIRATION C'EST LE MOMENT UN PEU DIFFICILE, ÇA PÈSE LOURD ET POURTANT ON SE VIDE. »



Intégration groupale et sociale



POUR QUELLES DIFFICULTÉS?

- DIFFICULTÉ À S’AFFIRMER
- DIFFICULTÉ À ÊTRE EN POSITION D’ADULTE
- DIFFICULTÉ À COOPÉRER EN GROUPE

PROCESSUS THÉRAPEUTIQUES POTENTIELS

- PROCESSUS RELATIONNELS (PASSAGE POSITION D’ENFANT À ADULTE)
- PROCESSUS DE DYNAMIQUE DE GROUPE (SORTIR DE L’OPPOSITION, DE LA COMPÉTITION, DE LA COMPARAISON)
- PROCESSUS D’AFFIRMATION DE SOI (AUTONOMIE PSYCHIQUE)

TOUS LES PROCESSUS THÉRAPEUTIQUES NE SONT PAS À DÉVELOPPER POUR UNE MÊME PERSONNE.

Moyens

- Jeux de rôles autour de l’affirmation de soi
- Activités créatives en groupe en coopération, en complémentarité pour faire et être ensemble
- Jeux d’expression association d’idées, centrés sur l’imaginaire, créatifs, graphiques (dixit)
- Groupes de paroles



Compatibility: Affirmation de Soi

CARTES-PHOTOGRAPHIES

- CHAQUE PERSONNE A LE MÊME PAQUET DE CARTES RÉALISTES QUE LES AUTRES
- UN MOT EST TIRÉ AU SORT SUR UNE CARTE PORTEUSE DE 12 MOTS
- CHAQUE PERSONNE CHOISI ALORS 3,4 OU 5 CARTES LUI ÉVOQUANT CE MOT
- LE MOT PEUT ÊTRE CONCRET OU ABSTRAIT, FAVORISANT DES CHOIX DIFFÉRENTS

CARTES COMMUNES AVEC LES AUTRES

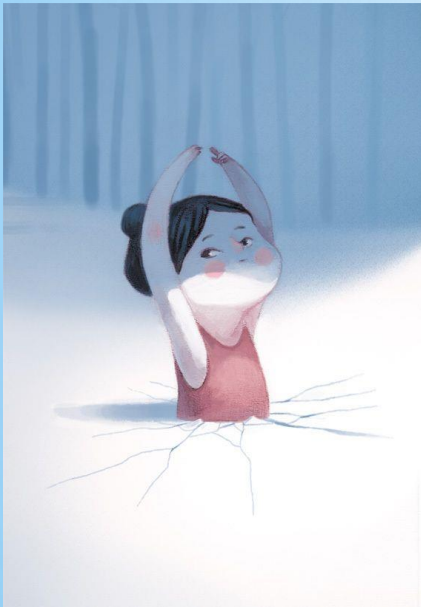
- LES CARTES CHOISIES SONT RÉVÉLÉES TOUTES ENSEMBLES
- LES CARTES COMMUNES SONT AVANCÉES ET PERMETTENT DE DONNER AUX PERSONNES UN SENTIMENT D'APPARTENANCE À UNE COMMUNAUTÉ SOCIALE

EXPRESSION PERSONNELLE

- LES CARTES DISTINCTES DE CELLES DES AUTRES SONT ALORS IDENTIFIÉES, NOMMÉES, EXPLIQUÉES
- CES CARTES FAVORISENT LE SENTIMENT D'UNE DISTINCTION ENTRE SOI ET LES AUTRES, ET D'AFFIRMER SES PROPRES POSITIONS



Jeux d'expression: Affirmer son identité



PHASE DE CHOIX PERSONNELS DE 3 CARTES DU JEU DIXIT

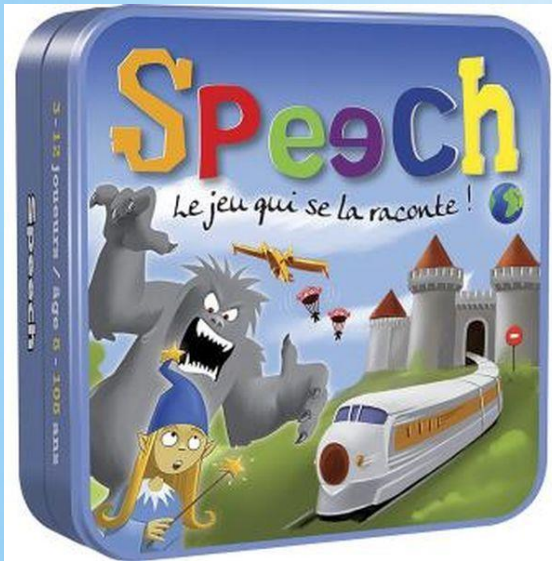
- UNE CARTE QUI REPRÉSENTE LE PRÉSENT
- UNE CARTE QUI REPRÉSENTE LE FUTUR
- UNE CARTE RESSOURCES QUI PERMET DE PASSER DE L'UN A L'AUTRE
- LES TROIS CARTES SONT MÉLANGÉES FACE CACHÉE

PHASE DE PROPOSITIONS DU GROUPE

- LE GROUPE DISCUTE POUR SAVOIR DANS QUEL ORDRE LES TROIS CARTES POURRAIENT ÊTRE PROPOSÉES
- LES DIFFÉRENTES PROJECTIONS PERMETTENT À LA PERSONNE D'ENTENDRE DIFFÉRENTES VERSIONS POTENTIELLES

PHASE AFFIRMATION ET RESSOURCE

- LA PERSONNE PEUT ALORS EXPRIMER ET AFFIRMER SON PROPRE CHOIX
- UNE EXPRESSION AUTOUR DE LA CARTE RESSOURCE EST PROPOSÉE, POURSUIVIE PAR UNE ÉVENTUELLE EXPRESSION CRÉATIVE, UNE PAIR-AIDANCE SUR DES STRATÉGIES POSSIBLES...



Créations d'histoires groupales: Coopération

DES CARTES

- SPEECH PROPOSE DES CARTES RECTO-VERSO POUR POUVOIR CHOISIR
- DREAM ON: AVOIR PLUSIEURS CARTES EN MAIN ET CHOISIR L'UNE D'ENTRE ELLE AU FUR ET À MESURE DE LA CONSTRUCTION D'UNE HISTOIRE
- IL ÉTAIT UNE FOIS PROPOSE DES CARTES PERSONNAGES, PROBLÈMES, DÉBUT, FIN, MORALE...IL Y A DONC PLUS DE CONTRAINTES

LE TEMPS DE L'HISTOIRE

- UNE PERSONNE DU GROUPE COMMENCE ALORS UNE HISTOIRE
- LES AUTRES PERSONNES CONTINUENT, SOIT À TOUR DE RÔLE, SOIT QUAND QUELQU'UN A UNE IDÉE
- LA FIN DE L'HISTOIRE PEUT-ÊTRE DÉCIDÉE PAR LE GROUPE, LE HASARD, UNE CARTE FIN...

EXPERIENCES POTENTIELLES

- COMMENT LES PERSONNES INTÈGENT OU PAS LES PROPOSITIONS DES AUTRES?
- QUELLES DIMENSIONS IMAGINAIRES PERSONNELLE SONT PROJETÉES?
- LA PERSONNE FAIT-ELLE UN LIEN ENTRE SON HISTOIRE PERSONNELLE ET HISTOIRE PROJETÉE?

