

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITE D'ORAN ES-SENIA

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

Mémoire de magistère en psychologie clinique

Option : Clinique infanto-juvéniles et guidance parentale

**Thème : prise en charge des adolescentes anorexiques par la thérapie
cognitive et comportementale.**

Etude de deux cas cliniques

Présenté par : Nadja BENBASSAL

Sous la direction du : Pr. Badra MOUTASSEM-MIMOUNI

Membres du jury :

- | | |
|-------------------------------|------------|
| 1- Dr Khahloula Souad | Président |
| 2- Pr.Mimouni-Moutassem Badra | Rapporteur |
| 3- Dr Djerradi Larbi | Examineur |
| 4- Dr Fekih El Aid | Examineur |

Année universitaire : 2010-2011

Dédicace

Avec beaucoup d'amour, je tiens à dédicacer cette thèse à mes parents, une source
Continuelle de force et d'inspiration, je vous remercie pour votre soutien
Inconditionnel et encouragement tout au long de ma vie.

A mes deux sœurs : Khadidja et Fatima Zohra.

A mon conjoint Nouri sans qui, tout cela n'aurait jamais été possible, son aide et son
Soutien ont été fondamentaux.

A la prunelle de mes yeux mon fils Elias Azad, pour toutes mes absences et tout le
temps je l'ai privé de mon attention, à qui je dis un grand merci.

A toute ma famille...

Au Dr Djaoui, Maître-assistant en psychiatrie auprès de qui j'ai énormément appris et
À qui va mon immense reconnaissance.

A Monsieur Chikhaoui et Monsieur Sobhi psychologues cliniciens, ils ont su me
Donner et partager, avec générosité, leurs immenses expériences cliniques.

A tous mes amis : Zohra, Mlouka, Khadidja, Dr Benharrats, Faiza, Dr Meghar, Dr Mir,
Dr Labichat, Dr Aïd, Dr Mokhtari, Dr El Afifi, Dr Belhabiche....

A toutes la promotion de magistère 2008 : Fadela, Karima, Mokhtaria, Amina,.....

A tous ceux qui ont Contribué de près ou de loin à la maturation de ce travail.

Remercîments

Je tiens à exprimer ma vive reconnaissance à ma directrice de recherche, Mme le Professeur : Badra Moutassem-Mimouni, pour ses conseils et orientations qui furent d'un grand apport pour l'élaboration du présent travail. Qu'elle trouve ici, l'expression de mes remerciements les plus chaleureux et ma profonde gratitude pour ses encouragements incessants.

Mes remerciements s'adressent également à mes professeurs, membres de jury, qui m'ont fait l'honneur de participer à l'évaluation de ce travail.

Je remercie toute l'équipe médicale de l'espace Arthur qui m'a permis de suivre un stage d'un mois dans son service spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire à l'hôpital Sainte Marguerite de Marseille.

Mes remerciements s'adressent aussi à Mr Bettouaf El Hadj, directeur de l'hôpital psychiatrique de Sidi Chahmi qui m'a facilité la réalisation de ce travail.

Je tiens à remercier chaleureusement les deux patientes et leurs familles qui m'ont fait confiance et ont eu le courage d'engager cette lutte contre l'anorexie.

Résumé en Français

Mots clefs :

Anorexie Mentale – thérapie cognitive et comportementale –Adolescence- image du corps – motivation – indice de masse corporelle – restructuration cognitive -.

Résumé :

Ce présent travail de recherche a porté sur la prise en charge de deux adolescentes anorexiques par l'approche cognitive et comportementale. L'objectif de cette recherche était d'évaluer l'effet de cette thérapie sur les deux patientes.

Pour ce faire, nous avons divisé notre travail en deux parties :

- La partie théorique a traité dans un premier chapitre les approches de l'anorexie mentale, ses définitions, son éthologie, ses conséquences etc. et dans un deuxième chapitre les thérapies cognitives et comportementales (TCC) avec les différents courants, les applications et stratégies d'action.
- La partie pratique est consacrée à la méthodologie de recherche, et prise en charge de 02 patientes adolescentes âgées de 16 et 14 ans diagnostiquées selon les critères du DSM IV, elles ont été suivies pendant 04 mois à raison d'une séance par semaine et ont été évaluées à l'aide de l'échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale qui a été passée en 03 temps : en début de prise en charge, post à la fin de la prise en charge et 04 mois après la fin de la thérapie. Cette évaluation a également été faite par le « test de l'image corporelle » de Mouchés et l'indice de masse corporelle (IMC). La prise en charge a été faite

essentiellement par l'application de principes thérapeutiques issus de la thérapie comportementale comme l'exposition au miroir avec prévention de la réponse, et la thérapie cognitive comme la restructuration cognitive par la technique des pensées alternatives ainsi que des entretiens motivationnels.

Les résultats de la thérapie restent encourageants au vu des scores enregistrés en fin de thérapie par rapport aux tests et à l'échelle d'évaluation.

Il est important de mentionner que les familles ont été d'un grand soutien pendant la thérapie, leur collaboration a accéléré le processus de prise en charge et garanti des résultats plus que satisfaisants puisque les deux patientes ont retrouvé un poids normal pour leur taille et qu'elles avaient pris conscience de leur troubles et ont participé pleinement à leur prise en charge.

Table des matières

Dédicaces

Remerciements

Mots clés ; Résumé

Sommaire.....1

Chapitre premier..... 6

Introduction 6

Problématique : 7

Hypothèse de travail 8

Approche méthodologique..... 8

Chapitre II :Approche theorique : L'anorexie mentale chez la jeune fille..... 11

1. Historique de l'anorexie 11

2. Définitions de l'anorexie mentale 12

2.1.Définition de Feighner et AL (1972) :..... 12

2.2. Définition d'Eckert, 1985 13

2.3.Définition du manuel diagnostique et statistique (DSMIV) :..... 13

2.4.Critères diagnostics de l'anorexie mentale selon CIM 10 F50.0 :..... 14

3. Types d'anorexie mentale..... 15

4. Prévalence et caractéristiques associées 16

5. Etude clinique.....20

5.1. Amaigrissement.....20

5.2. Anorexie.....21

5.3. Aménorrhée.....21

6. Les attitudes psychologiques.....22

7. Image du corps dans les troubles du comportement alimentaire22

7.1. Origine du concept de l' « image du corps » et son évolution22

7.2. Hypothèses théoriques sur l'image du corps27

8. Etiologie de l'anorexie.....30

8.1. Facteurs psychologiques :..... 31

8.2. Facteurs sociaux	35
8.3. Facteurs biologiques.....	37
9. Les conséquences de l'anorexie	38
9.1. Conséquences psychologiques	38
9.2. Conséquences biologiques.....	39
9.3. Conséquences sociales.....	40
9.4. Conséquence au niveau sexuel	41
10. Les formes cliniques	42
1. L'anorexie mentale du garçon	42
2. Les formes pré pubertaires	42
3. Les formes tardives.....	42
4. Les formes frustes	42
11. Diagnostic.....	43
11.1. Diagnostic différentiel.....	43
12. Les relations entre l'anorexie mentale et la boulimie.....	44
13. Évolution Et Pronostic.....	46
13.1. Différents types d'évolution.....	46
13.2. Facteurs pronostiques	47
13.3. Critères de guérison.....	48
13.4. Durée du suivi.....	50
13.5. Chronicité.....	51
13.6. Chronicisation.....	51
13.7. La mortalité.....	52
14. Traitement :	53
14.1. Hospitalisation.....	53
14.2. La thérapie institutionnelle	54
14.3. Méthodes biologiques.....	55
14.4. Approche nutritionnelle et diététique	55
14.5. Les thérapies comportementales.....	56
14.6. La place du Groupe dans la prise en charge	57
14.7. Les thérapies directives	58
14.8. Thérapies familiales et thérapies interpersonnelles	58

14.9. La psychanalyse.....	59
Chapitre III : Présentation de l'approche cognitive et comportementale	63
1- Introduction	63
2. Historique	63
2.1. Le courant comportementaliste	64
2.1.1. Behaviorisme Watsonien.....	64
2.1.2. Travaux de Wolpe	65
3. Travaux de Eysenck à l'hôpital de Mardsley : (Londres).....	65
3.1. Le courant cognitiviste	65
3.2. Champs d'application des théories cognitives et comportementales :	66
3.3. Les bases théoriques :	66
3.3.1. Le conditionnement classique ou répondant	67
3.3.2. Le conditionnement opérant	67
3.3.3. L'apprentissage social	68
3.3.4. Analyse fonctionnelle.....	68
3.3.5. Les techniques comportementales	70
3.4.1. Techniques opérantes	74
3.4.2. Techniques issues de l'apprentissage social.....	76
3.4.3. Techniques aversives	78
3.5. Techniques comportementales et cognitives	78
3.6. Thérapies de groupe	78
3.7. Les techniques cognitives.....	79
3.7.1. La technique de la restructuration cognitive.....	79
3.7.2. Différentes étapes de la reconstruction cognitive.....	81
4. Les TCC en pratique.....	82
5. Fonctionnement cognitif dans les troubles du comportement alimentaire.....	84
6. Les modèles explicatifs de l'anorexie mentale selon la TCC.....	86
7. Evaluation des études sur l'anorexie mentale	89
Chapitre IV :Partie pratique : Méthodologie.....	97
1. Population étudiée	97
2. Déroulement de la prise en charge	97
3. Les difficultés de la recherche.....	97
4. Les outils d'évaluation	98

4.1. Les échelles d'évaluation	99
4.2. Le test de l'image corporelle de Mouchés.....	101
4.3.L'indice de masse corporelle.....	101
4.4. L'entretien clinique.....	103
4.5. L'observation clinique	103
4.6.L'analyse fonctionnelle :	103
5. Le contrat thérapeutique :	105
6. Les méthodes thérapeutiques employées : stratégies d'intervention	105
6.1. Evaluation de la motivation.....	106
7. La psychoéducation	110
8. Le cahier ou le journal des habitudes alimentaires :.....	110
9. Technique de relaxation par le contrôle respiratoire :	111
10. Evaluation des résultats de thérapie.....	112
Chapitre V : Etudes de cas cliniques et suivi thérapeutique	115
Cas Clinique : 1	115
Cas clinique N°2.....	154
Chapitre VI:Analyse des résultats et discussion des hypothèses de recherche.....	191
Conclusion.....	196
Bibliographie.....	198
Annexes	205
Complications somatiques et psychologiques <i>Cardiovasculaires</i>	206
Critères diagnostics pour l'anorexie mentale.....	210
CIM-10 3 : [F 50.0] Anorexie mentale.....	210
Echelle d'évaluation des avantages et inconvénients du trouble.....	211
Schéma de modélisation de l'anorexie mentale.....	212
Test de l'image corporelle de Mouchés.....	213
Le contrat thérapeutique	214
Echelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale.....	215
Principes des psychothérapies	219
Les modalités d'ouverture de l'entretien en TTC.....	220
Résumé des principales étapes d'une TCC.....	222
Résumé en langue arabe.....	

« Enfant, j'ai joué à des jeux, les yeux bandés. À présent, je ressemble à
L'enfant que j'étais. Les Yeux bandés, je cherche mon chemin à tâtons, sans
Savoir où je vais, ni si je suis dans la bonne Direction. Un jour quelqu'un ôtera
Ce bandeau. »

M. Atwood, *Captive*¹.

¹ Doyen Catherine, Cook-Darzens Solange: «Anorexie, boulimie : Vous pouvez aider votre enfant »,
Inter Éditions, Coll. Vivre sa vie Dunod 2004.P :01.

Chapitre premier

Introduction

L'adolescence apparaît comme une période charnière, marquée par une « Amplification des facteurs de risque »² et en particulier ceux relatifs à la sphère corporelle. En effet, la puberté, par les changements physiques et psychologiques qu'elle suppose, est le point de départ d'un intérêt pour le corps, intérêt qui peut devenir une préoccupation importante, voire une véritable obsession pour le corps, mais aussi pour le poids et la nourriture et facilitant sensiblement l'émergence de troubles du comportement alimentaire, tels l'anorexie mentale à laquelle nous avons consacré le présent travail. « La peau et les os »³ voilà où elles vont arriver avec acharnement. Ce trouble au carrefour du somatique et du psychique se traduit par un refus volontaire et catégorique de s'alimenter et une pulsion morbide à maigrir.

On reconnaît ces patientes à leur maigreur extrême, et à la méconnaissance de leur trouble. L'âge de survenue de ce trouble se situe entre 12 et 19 ans dans 95% des cas, et majoritairement, il survient chez les filles (9 filles pour 1 garçon).

De tous les troubles psychologiques, les troubles alimentaires sont ceux qui entraînent le plus de décès : une étude américaine (intitulée 'follow-up'), nous apprend que 15% environ des anorexiques finissent par décéder des suites de leurs affections, et nombre d'entre-elles semblent ne jamais guérir ; il s'agit donc d'un problème particulièrement grave qui requiert un travail de longue haleine pour arriver à la guérison. Le rétablissement passe par un long combat fait de chute et de relèvement et si l'aide des professionnels de la santé est indispensable, c'est souvent par la patience et la ténacité qu'on en vient à bout.

²Ledoux Sylvie, Choquet Marie : « Les troubles des conduites alimentaires », Analyse et perspective des 11-20 ans et leur santé INSERM 1991-p21.

³Prégent, J., « La peau et les os ». Film Canada distribué par Asta Film Distribution, 1988.

L'anorexie mentale menace l'équilibre familial, surtout lorsqu'elle persiste ; dans son sillage, elle entraîne alors stress, conflits, angoisses et culpabilité. Les bouleversements produits ont presque toujours des conséquences sur les relations et l'organisation de la famille. A tel point que la plupart des échanges entre l'anorexique et sa famille se centrent alors sur la nourriture, la façon de manger et le poids. D'où l'intérêt d'apporter une aide à ces familles en les incluant dans les différentes phases de la prise en charge qui sera centrée sur une approche cognitive et comportementale, cette approche semble donc bien représenter, appliquée seul ou en association avec d'autres thérapies, un outils de choix face à l'anorexie mentale de la jeune fille mais aujourd'hui, malgré les travaux qui viennent en démontrer leur efficacité, ces thérapies semblent encore très insuffisamment connues et reconnues des praticiens d'où l'intérêt d'apporter une contribution dans l'édifice de la recherche. A travers cette approche, notre objectif est de :

- Comprendre cette pathologie encore méconnue dans notre société.
- Tenter de changer les comportements alimentaires inadéquats.
- Restaurer le poids mais aussi travailler sur la motivation de ces patientes afin de les préparer et à la thérapie et aux changements.
- Enfin, agir sur les croyances rigides et irrationnelles que développent les patientes au sujet de la nourriture et de leur corps.

Afin de faire le point sur le potentiel et la place de cette approche cognitive et comportementale, ce travail se propose donc de tenter de répondre aux différentes questions soulevées par ce traitement.

Problématique :

- Comment la thérapie cognitive et comportementale peut-elle aider les patientes anorexiques ?
- Comment renforcer la motivation de ces patientes ?
- Comment les amener à réapprendre à manger et à reprendre du poids ?
- Comment les amener à accepter leur image corporelle ?

- Et enfin comment la famille peut-elle contribuer à la guérison ?

Ces réflexions seront conduites sur la base des hypothèses de travail suivantes :

Hypothèse de travail

- La thérapie cognitive et comportementale permet de corriger les comportements alimentaires inadéquats par l'application des principes thérapeutiques mais aussi transformer les pensées dysfonctionnelles en pensées plus adaptées.

- Des entretiens motivationnels et des exercices de motivations transforment et renforcent la motivation des anorexiques.

- Aider les patientes à une reprise alimentaire et un gain de poids par l'élaboration d'un carnet alimentaire ainsi que par des exercices de relaxation, la passation d'échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale. Ces techniques responsabilisent la patiente et l'amène à reprendre du poids.

- Des exercices visant à prendre soin de son corps, la relaxation et les techniques de la restructuration cognitive amènent les patientes à une meilleure acceptation de leurs corps.

- L'intégration de la famille des patientes, dans la prise en charge de la patiente, constitue un soutien non négligeable dans la réussite du projet thérapeutique.

Approche méthodologique

Ici nous présentons un bref résumé de l'organisation du travail. La démarche clinique et thérapeutique sera détaillée dans la partie pratique.

Deux grandes parties composent notre travail : une partie théorique clarifiant les notions principales et une partie pratique comportant la méthodologie détaillée, les études de cas, et les conclusions.

Le contexte théorique donc comprend un chapitre sur l'anorexie mentale, son historique, ses définitions, son étiologie, ses formes, ses conséquences, l'image du corps dans cette pathologie, les différentes théories explicatives de l'image du corps, et enfin les différentes modalités de son traitement, dont la thérapie cognitive et comportementale.

Dans le troisième chapitre, nous allons étudier l'approche cognitive et comportementale dont ses définitions, son historique, ses différents courants, ses principes thérapeutiques, son application dans l'anorexie mentale, ainsi que les différentes études concernant cette approche dans l'anorexie mentale.

Dans la partie pratique, nous aborderons la méthodologie de recherche, et les outils d'évaluation, ensuite nous présenterons les 2 cas cliniques diagnostiqués selon les critères du DSM IV d'anorexie mentale. Nous les suivrons en thérapie cognitive et comportementale. La démarche va faire appel à différentes techniques cliniques (entretien, observation...), à l'analyse motivationnelle, le calcul de l'indice de masse corporelle, la passation d'échelles d'auto-évaluation de l'anorexie mentale, et celle relative au trouble de l'image du corps. La pratique d'exercices de relaxation et de principes thérapeutiques issus de la TCC.

Enfin, le dernier chapitre présentera une discussion des résultats obtenus par la pratique de la thérapie cognitive et comportementale et leur concordance avec la littérature ainsi que l'affirmation ou l'infirmité des hypothèses de recherche, le travail se terminera sur quelques pistes de réflexion sur le sujet.

APPROCHE THEORIQUE

Chapitre II : *L'anorexie mentale chez L'adolescente*

Chapitre II : L'anorexie mentale chez L'adolescente

1. Historique de l'anorexie

En dépit du fait que la paternité de l'identification de l'anorexie soit revendiquée par l'anglais Sir William W. Gull et le français Ernest Charles Lasègue⁴, d'autres personnes, notamment Richard Morton, avaient déjà donné une description d'un syndrome semblable longtemps auparavant. Mais les travaux de ces auteurs ne furent jamais publiés de façon référencié dans aucune revue scientifique. C'est dans ce sens que l'histoire médicale moderne de l'anorexie mentale (anorexia nervosa) débute en 1873 avec la copaternité de Gull et Lasègue. Un premier problème soulevé se situe au niveau de la classification de l'anorexie comme étant un désordre distinct ou comme variante d'une autre maladie. « Dans l'édition de 1865 du dictionnaire Duglison, on définit l'anorexie comme une perte d'appétit, qui est un symptôme présent dans une variété de maladies »⁵.

Finalement, il demeurera sans doute impossible de déterminer lequel de Gull ou de Lasègue aura identifié en premier le trouble anorexique. En auraient-ils eu l'inspiration à la même époque que les vérifications imposés par la rigueur scientifique auront entraîné pour l'un comme pour l'autre certains délais et contraintes qui nous empêcherons de la vérifier avec certitudes...il n'en demeure pas moins qu'ils furent les pionniers dans l'ébauche d'une meilleure connaissance du trouble alimentaire que nous allons décrire.

⁴ Lasègue, C : «De l'anorexie hystérique». Archives Générales de Médecine. XXI, 1873. p. 385-403.

⁵ Blanshay, Carol Anne 1994 « le processus de sexualisation féminin »une étude de cas de l'anorexie et ses implications en sexologie clinique. Rapport d'activités, Département de sexologie. UQAM p.142.

2. Définitions de l'anorexie mentale

L'anorexie mentale est un trouble de l'alimentation qui affecte principalement les jeunes adolescentes. Les personnes souffrant d'anorexie ont une peur intense de prendre du poids et de perdre contrôle de la forme de leur corps.⁶

Dans les dictionnaires couramment utilisées (le Robert quotidien, le petit Larousse illustré)⁷. « Ce trouble est défini comme un refus de s'alimenter lié à un conflit psychique ou un état mental particulier ». La définition de l'anorexie est souvent présentée sous forme de critères diagnostiques par les différents auteurs. Les médecins et autres professionnels de la santé utilisent en général les critères énoncés dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, pour diagnostiquer un trouble d'anorexie. Cependant, quelques auteurs amènent des variantes à ces critères diagnostiques, certains seront présentés dans les lignes qui suivent.

2.1. Définition de Feighner et AL (1972) :

Les critères diagnostiques de l'anorexie mentale d'après Feighner et AL (1972)⁸ sont :

- A) Age d'apparition avant 25 ans.
- B) Perte de poids de 25% à partir du poids de départ.
- C) Distorsion de l'attitude par rapport à l'alimentation se manifestant par :
 - Une négation de l'état de maigreur.
 - Engouement apparent à la perte de poids et plaisir excessif pris au refus de la nourriture.
 - Désir d'atteindre une minceur extrême et de persister dans cet état.

⁶Site Internet: [www.Anorexia – Nervosa.fr](http://www.Anorexia-Nervosa.fr) – French – Final – PDF. Adobe Raeder. Consulté le : 15/09/2010

⁷ Le Robert quotidien : « Dictionnaire pratique de la langue française ». Dico Robert Inc. ; 1996. P : 2181

⁸ Feighner (1972) dans Wilkins et Al : « Médecine de l'adolescence: Une médecine spécifique », Hôpital Ste Justine, Centre hospitalier affilié à L'Université de Montréal, Montréal (1985), p : 284

- Manipulation excessive des apports alimentaires (calculs de calories, diminution drastique des quantités ingérées, etc.)
- D) Absence de maladie somatique ou psychiatrique pouvant expliquer la perte de poids.
- E) Au moins deux des manifestations suivantes :
- Aménorrhée (disparition des menstrues ou règles).
 - Lanugo (fin duvet recouvrant les zones pileuses du corps)
 - Bradycardie.
 - Période d'hyperactivités.
 - Episodes de boulimie.
 - Vomissements induits volontairement ou abus de laxatifs.

2.2. Définition d'Eckert, 1985⁹ :

- Déné de la maladie ;
- Perception erronée de l'image corporelle ;
- Hyperactivité sportive, scolaire ;
- La peur de devenir obèse : la phobie du poids devient plus grande au fur et à mesure que la personne perd du poids.
- Apprentissage de comportements pour éviter la nourriture : souvent en lien avec les Pressions sociales (donnent la nourriture au chien sous la table, dissimulent la Nourriture dans une serviette de table qu'elle jette ensuite à la poubelle).
- Il y a deux types de personnalité anorexique :
 - a) celle qui s'impose des restrictions de nourriture (faire une diète) ;
 - b) celle qui perd du poids suite à des vomissements provoqués ou à la prise de Laxatifs.

2.3. Définition du manuel diagnostique et statistique (DSMIV) :

Les critères pour diagnostiquer l'anorexie mentale dans le DSM IV¹⁰ sont les suivants :

⁹ LATIFA BOUJALLABIA : « L'étude du rôle de l'anorexie chez une femme Ayant un problème d'anorgasmie », UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL, AVRIL 2003.P :06.

- Refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au dessus d'un poids normal pour l'âge et pour la taille (par ex : perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).

- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

- 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 déni de la gravité de la maigreur actuelle.

2.4. Critères diagnostics de l'anorexie mentale selon CIM 10 F50.0 :

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A- Poids corporel inférieur à la normale de 15% (perte de poids égale à 17,5) chez les patients pré pubères, la prise de poids est inférieur à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.

B- La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir » fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe faim » ou de diurétiques.

C- Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie « la peur de grossir » le sujet s'impose une limite de poids inférieur à la normale, à ne pas dépasser.

D- Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamus hypophyse gonadique avec aménorrhée chez la femme, perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé

¹⁰ American psychiatric association – 1996- Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, traduction française par J.D. Guelfi . Paris, Masson. P. 1056.

d'hormone de croissance ou de cortisol, les modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalie de la sécrétion d'insuline.

E- Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (l'arrêt de la croissance chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; et chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement. Les règles n'apparaissent toutefois que tardivement (CIM10).

F- Chez les femmes post pubères, aménorrhée c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme ayant une aménorrhée si les règles ne surviennent qu'après l'administration d'hormones, par ex : œstrogènes)¹¹.

3. Types d'anorexie mentale

Deux types dominant mais peuvent alterner :

-Le type restrictif : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques et lavement) (DSMIV) P640.

-Le type avec crises de boulimique/vomissements ou prise de purgatifs: pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimies, et/ou recouru aux vomissements provoqués ou a la prise de purgatifs c'est-à-dire (laxatifs, diurétiques, lavements). (DSM 4 P : 640).

Il semble y avoir un consensus en général sur la définition de l'anorexie, puisque la majorité des gens utilisent la définition présentée dans le DSM IV, cependant, certains auteurs amèneront des variantes en ce qui concerne certains des critères

¹¹ CIM 10/ICD-10 : »Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement ».Critères diagnostique pour la recherche. Masson, 1994.p :158-159.

diagnostics. Pour ce travail, la définition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux que nous venons de présenter sera adoptée.

4. Prévalence et caractéristiques associées

L'anorexie mentale touche environ 1% des jeunes femmes blanches américaines entre 14 et 24 ans ¹²(Harrison, 1994)¹³. Les résultats d'une étude canadienne ont par ailleurs démontré que 22,3% des étudiantes et 5,7% des étudiants âgés de 12 à 20 ans ont des attitudes anorexiques (Eating attitude test, Leichner, 1987)¹⁴.

Selon Kaplan et Sadock (1994)¹⁵, le pourcentage de jeunes filles adoptant des comportements typiques de l'anorexie, sans toutefois en présenter tous les critères diagnostics, se rapproche de 5%. Comme les cas d'anorexies nerveuses de gravité moyenne sont rarement diagnostiqués. La prévalence réelle de désordre ainsi que le taux exact de mortalité n'est pas vraiment connus hors de tout doute. La majorité des données disponibles démontrent que des troubles alimentaires comme l'anorexie et la boulimie sont de plus en plus courants chez les jeunes femmes (Maranda, 1990)¹⁶.

L'anorexie débute habituellement par un régime sévère ritualisé, une obsession de la minceur s'installe, entraînant un refus de se nourrir correctement. Ce trouble se rencontrerait fréquemment chez la jeune fille introvertie, soucieuse de performer à l'école comme dans ses loisirs. Le type même qui ne cause aucune inquiétude à son entourage, jusqu'au moment où se manifestent les symptômes plus évidents de l'anorexie. Toutefois, le Dr P. Leichner (1987)¹⁷ remet en doute l'exactitude de cette description ; il ajoute que les patientes atteintes de ce désordre ne proviennent pas uniquement d'un milieu socio-économique privilégié. Même si c'est dans cette couche de la population que nombre de cas sont rapportés. Les jeunes filles tendent à être

¹² Site internet : www.tabacofractal.com les troubles alimentaires, consulté le : 15/11/2010

¹³ Harrison T.R : « Médecine interne », Tome I, 13^{ème} édition, Montréal Mc Graw Hill, 1994, p : 1339

¹⁴ Leichner : « Anorexie et Boulimie : s'affamer à satiété ». Le clinicien Vol 2, Paris, 1987, p.49-71

¹⁵ Kaplan, H. I, ET B, J Sadock: "Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry" 7th edition, Baltimore: William & Wilkins 1994, p: 1257.

¹⁶ Maranda, F : « L'adolescente anorexique ». Santé Mentale, Vol 2.1990, p : 94-98.

¹⁷ Op.cit

douées et très perfectionnistes (Harrison, 1994)¹⁸. Même avant la venue du trouble, plusieurs patientes sont décrites comme étant méticuleuses, compulsives et intelligentes, avec des exigences élevées envers elles, se traduisant même par la poursuite de la réussite à tout prix dans leurs réalisations et même l'accomplissement d'«exploits». Parfois, le premier signal d'alarme, pouvant mener à l'identification d'une anorexie en développement, est la constante préoccupation du sujet à propos de son poids (malgré son évidente minceur, dans la plupart des cas) ainsi que les restrictions que la personne commence à s'imposer face à la nourriture. La préoccupation et l'anxiété concernant la prise de poids, même quand l'amaigrissement se manifeste, ainsi que la négation de la maladie sont également des caractéristiques importantes. C'est pourquoi les jeunes filles atteintes sont souvent amenées chez le médecin par un parent ou un ami.

Les anorexiques s'imposent un régime d'exercices très vigoureux et elles n'ont aucune difficulté à le maintenir et elles s'entraînent avec beaucoup d'assiduité. Elles ont également tendance à être très manipulatrices et mentent régulièrement à propos de leur absorption de nourriture ou de leurs exercices physiques afin de réduire les inquiétudes de leur entourage au sujet du changement de leur apparence physique (Becker 1999)¹⁹. Mentionnons également que l'on reconnaît une anorexique à son désir progressif d'isolement et à son refus de se nourrir, c'est à partir de ce moment que son fonctionnement mental sera dominé par une volonté de maîtrise extrême : elle désire tout contrôler mais le seul endroit où elle a réellement le plein contrôle, c'est son corps. Voilà le lieu où la jeune anorexique peut vraiment exceller.

Les personnes anorexiques ont, en général, une meilleure estime d'elles-mêmes lorsqu'elles perdent du poids. Si elles prennent quelques grammes, elles se sentent déprimées, et la panique peut s'emparer d'elles. Cette panique semble reliée à la peur

¹⁸ Op.cit

¹⁹ Becker, A.E. : « Current concepts: Eating disorders », *The New England Journal of Médecine*, vol. 340, no 14 (April 8) ; 1999, p. 1092-1098.

de devenir obèse ou de perdre le contrôle de leur poids (Jeammet 1985)²⁰, (Bourque 1991)²¹.

De là s'enchainent des comportements tels que des rituels reliés à l'alimentation : l'anorexique refuse toutes les invitations, elle ne se laisse plus servir à table, elle se sert de minuscules portions, trouve toutes sortes d'excuses pour couper court à son repas ou tout simplement le sauter et elle se donne un horaire bien précis d'activités à respecter à la lettre, au moindre changement dans cet horaire, elle sera déroutée et aura un si grand sentiment de culpabilité, que la honte s'installera (Maranda 1990)²². Elle pourra aller jusqu'à se faire vomir, utiliser des laxatifs ou des diurétiques afin d'effacer toute trace suspecte. De plus l'affect de la jeune fille est instable, il balance entre l'euphorie et la dépression, mais on remarque surtout un déni quand à la tristesse (Becker 1999, Bourque 1991, Leichner 1987, Jeammet 1985)²³. Le comportement obsessionnel-compulsif, la dépression et l'anxiété sont les autres symptômes les plus remarqués dans la littérature. La rigidité et le perfectionnisme sont également très présents, la plupart des adolescentes anorexiques ont un développement psychosocial et sexuel retardé lorsqu'elles sont comparées aux autres. Il faut également mentionner que certaines cherchent inconsciemment à demeurer à un stade adolescent de leur développement, par crainte de devenir adulte (Kaplan et Sadock 1994)²⁴.

Signes d'appel évoquant une anorexie mentale

Alimentation et comportements alimentaires
<ul style="list-style-type: none">• Prise alimentaire < 100 kcal/j.• Compte des calories.• Déni des sensations de faim.• Activité physique extrême.

²⁰ Jeammet, P : « L'anorexie mentale ». Doins éditeurs, Paris, 1985, p : 124.

²¹ Bourque, D : « A dix kilos du bonheur ». Editions de l'Homme, Montréal, 1991

²² op.cit

²³ op.cit

²⁴ Kaplan, H. I, ET B, J Sadock: "Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry"7 edition, Baltimore: William& Wilkins 1994, p: 1257.

- Alimentation réduite au jeûne.
- Sentiment d'être contrôlé par la nourriture.
- Evitement ou accumulation alimentaires.
- Perception de la nourriture comme bonne ou mauvaise.
- Sauts fréquents de repas.
- Préoccupations alimentaires

Image du corps et satisfaction corporelle

- Perturbation de l'image du corps.
- Peur de prendre du poids.
- Obésité antérieure.
- La maigreur pour objectif.
- Un objectif pondéral < 85% du poids attendu.

Etat de santé :

- ▶ Aménorrhée (au moins 3 mois sans règles).
- ▶ Flatulences / nausée.
- ▶ Intolérance au froid.
- ▶ Constipation.
- ▶ Poids < 85% du poids attendu.
- ▶ IMC : indice de masse corporelle (17 et moins).

Fonctionnement personnel :

- Retard du développement + sexuel.
- Dépression.
- Difficulté d'individuation.
- Mauvaise image de soi.
- Perfectionnisme.
- Difficulté à faire face aux événements éprouvants de la vie.
- Perte récente d'amis.

Influences extérieures :

- Famille trop présente et trop impliquée.
- Antécédents familiaux d'obésité, de trouble du comportement alimentaire ou de préoccupation pondérale.
- Peu d'amis intimes.
- Espérance d'une réussite exemplaire.
- Participation aux activités centrées sur le corps.

5. Etude clinique

En résumé, l'on peut dire que le tableau clinique classique est celui d'une jeune fille adolescente entre 12 et 20 ans, qui présente la triade symptomatique : amaigrissement, anorexie, aménorrhée.

5.1. L'amaigrissement : il est souvent important et rapide, une chute de 10% du poids antérieur est exigée pour poser le diagnostic un critère plus strict étant retenu par le DSM III²⁵ (au moins 25% du poids initial) dans les cas les plus extrêmes, l'amaigrissement peut dépasser 50% du poids normal pour l'âge. L'amaigrissement n'est jamais primitif, mais secondaire aux troubles de conduite alimentaire. Il est souvent camouflé par le port de vêtements amples ; d'ailleurs l'adolescente n'hésite pas à afficher son corps décharné, la tenue vestimentaire mettant caricaturalement en relief des formes longilignes, exhibées avec un véritable sentiment de triomphe. Les pesées sont souvent esquivées, du moins en présence d'un tiers. L'apparence générale est celle d'un corps androïde avec fonte des réserves graisseuses, effacement des seins, hanche et fesses, les joues sont creuses, les yeux enfoncés dans les orbites, la dentition peut s'associer à divers troubles trophiques, cheveux ternes et secs, ongles striés et cassants, la pression artérielle peut être abaissée, le pouls ralenti et des œdèmes de carence peuvent apparaître.

²⁵ DSM III : « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », trad. FR. sous la direction de P. Pichot et J. D. Guelfi, Paris : Masson, 1983.P :72-73.

5.2. L'anorexie : en tant qu'absence d'appétit, est parfois invoquée par l'adolescente pour justifier la diminution de ses apports alimentaires. En réalité, il s'agit avant tout d'une restriction volontaire de l'alimentation, l'anorexique mentale contrôlant son appétit et luttant contre sa faim. Très souvent il existe une véritable obsession concernant la nourriture, avec une fascination pour les étagères d'aliments, une tendance à collectionner les recettes, un plaisir manifeste à s'occuper de l'alimentation de l'entourage. De nombreux rites alimentaires ont été déployés par l'adolescente pour contrôler l'attrait de la nourriture : tri des aliments en fonction de critères personnels, pesées minutieuses et calcul de la valeur calorique des aliments.

Il est rare que telles mesures de contrôle s'avèrent totalement efficaces et que l'adolescente ne soit pas la proie de véritables accès boulimiques, il s'agit de fringales soudaines souvent en dehors des repas, ou nocturnes, assouvies en cachette et tenues en secret, avec un intense sentiment de culpabilité et d'humiliation d'avoir ainsi cédé à un besoin ressenti comme vil, et le recours fréquents aux vomissements provoqués ou la prise de diurétiques ou de laxatifs. D'une manière générale, les troubles du comportement alimentaire sont à l'origine de mensonges et de manipulations diverses de l'entourage²⁶.

5.3. L'aménorrhée :

Elle coïncide une fois sur deux avec le début de l'anorexie, parfois elle apparaît secondairement, plus rarement elle précède la conduite anorexique. L'aménorrhée est dite « Primaire » si la jeune fille n'était pas encore réglée, « secondaire » dans les autres cas, son diagnostic reposant alors sur une interruption de règles pendant au moins 03 mois, si les cycles étaient antérieurement réguliers, six mois s'ils ne l'étaient pas. L'interruption ou la non-apparition des règles ne semble en général pas constituer un problème pour ces adolescentes qui peuvent même, dans certains cas, se sentir libérées d'un stigmate de leur féminité ressenti comme un fardeau²⁷.

²⁶ Karila, L.Boss, V.Layet, L. : « Psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescence ».ELLIPSES édition marketing, 2002, P : 167-168.

²⁷ Ferrari Pierre, Epelbaum Catherine : « Psychiatrie De L'enfant et de L'adolescent ».Medecine-Science, Flammarion Paris, 1993, P : 395-397.

6. **Les attitudes psychologiques** : il existe chez toute anorexique mentale un trouble de la perception de l'image du corps : ce dernier est systématiquement perçu plus gros qu'il n'est en réalité, avec une méconnaissance de la maigreur lorsque cette dernière s'installe et une peur permanente de grossir, cette peur s'associe et s'étaye sur un désir éperdu de minceur qui peut occuper une place prépondérante de l'activité mentale de l'anorexique et prendre une allure dysmorpho-phobique, l'absence d'inquiétude pour la perte de poids s'accompagne en règle générale, d'une hyperactivité et la méconnaissance de la fatigue, ce surinvestissement va de paire avec un surinvestissement intellectuel au détriment de la créativité. La sexualité est à l'inverse peu ou pas investie, quand aux attitudes de séduction, elles visent plus la conquête de l'objet et le rassurement narcissique que la quête de véritables échanges affectifs²⁸.

7. Image du corps dans les troubles du comportement alimentaire

Les critères du DSM-IV exigent, pour le diagnostic d'anorexie mentale et de boulimie nerveuse, un trouble de l'image du corps ainsi qu'une minutieuse investigation de l'image du corps pour effectuer un diagnostic différentiel entre les troubles du comportement alimentaire et troubles alimentaires similaires tels que, par exemple, la perte d'appétit dans la dépression. Les critères diagnostiques du CIM-10 exigent aussi l'existence d'une « distorsion de l'image du corps » comme une psychopathologie spécifique, où la peur de grossir persiste d'une façon intrusive.

7.1. Origine du concept de l' « image du corps » et son évolution :

Comprendre dans une perspective moderne l' « image du corps » exige une élaboration autour de la longue construction historique de ce concept. Schilder (1935)²⁹ peut être considéré comme celui qui a introduit le concept d'image du corps dans les sciences sociales. C'est lui qui a fait évoluer, le concept de modèle neurologique de schéma corporel en l'inscrivant dans une dimension psychologique et

²⁸ Julien Daniel Guelfi: "Psychiatrie" Presses Universitaires De France, décembre 1997, p:525-526.

²⁹ Schilder, p : " L'image du corps" (texte de 1935), Gallimard, 1968, Paris, 1968.P :60.

sociale. Dans cette optique, l'image du corps inclut les attitudes en rapport à la forme physique, ainsi qu'aux expériences intrapsychiques telles que les conflits, les défenses, les croyances et les émotions liées au corps (Lavoisy, 2006)³⁰.

Pour Schilder (1935) le schéma corporel représente un modèle intégré de toutes les expériences organiques et psychiques immédiates. Pour Merleau-Ponty (1945)³¹ le concept de schéma corporel dépasse largement les notions d'intéroceptivité, de proprioceptivité, des sensations tactiles, cénesthésiques et émotives.

Ce concept multidimensionnel a été élaboré par Kolb (1959)³² dans une revue exhaustive de troubles de l'image du corps, mais Bruch (1962)³³ est certainement la première à avoir reconnu l'importance de l'image du corps dans l'anorexie mentale et dans l'obésité. Toutefois à ce jour les différentes formes d'expression, les mécanismes d'action et la relation de ce dernier au traitement ne sont pas encore claires.

Schonfeld (1966)³⁴ a observé que le terme ego du corps, estime de soi, concept de soi, image de soi, auto-expérience, schéma du corps, ainsi que image du corps ont été utilisés d'une façon interchangeable dans la littérature avec des significations différentes. Similairement, l'image du corps a été opérationnellement définie ou mesurée en utilisant une variété de méthodes différentes qui inclut : les techniques projectives, les dessins de silhouettes, les questionnaires, les tests de perception

³⁰ Lavoisy; G: « Evaluations des préoccupations corporelles dans les troubles des conduites alimentaires par le body Shape questionnaire » ; université de Rouen, 2006.

³¹ Merleau-Ponty : « Phénoménologie de la perception » ; Paris : Gallimard, 1945.

³² Kolb; C: « disturbances of the body image ».in arieti, S ;(Ed) American handbook of psychiatry (vol. 1, pp: 749-769). New York: basic books.

³³ Bruch, H: "perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa». Psychosomatic medicine, 1962, 24, 187-194.

³⁴ Schonfeld, W. A: "body-image disturbances in adolescents"; influence of family attitudes and psychopathology. Archives of general psychiatry 15(1); p: 16-21.

sensorielle, les entretiens cliniques et les épreuves d'estimation de la taille en utilisant des signaux tactiles.

Shontz (1969)³⁵ a été le premier à diriger les recherches sur l'image du corps loin de la domination des idées psychodynamiques. Il a souligné le passage d'un concept neurologique à un concept psychodynamique en remplaçant le mot « corps » par « image du corps », en parlant plutôt d'études multifactorielles autour des expériences du corps. Il a insisté sur l'utilisation des différentes méthodes scientifiques en encourageant l'intégration de différentes théories : la psychologie de la gestalt et la théorie cognitive. Il cherchait à retourner à l'image du corps, en articulant dimensions cognitives et perspectives d'expériences corporelles.

Différents auteurs ont décrit les déficits ou les distorsions chez les patientes anorexiques et boulimiques par rapport à l'expérience corporelle. En utilisant un questionnaire des adjectifs de satiété, Garfinkel a trouvé que les anorexiques ont des sensations erronées de satiété par rapport à un repas normal. Beaucoup des patientes avec troubles du comportement alimentaire montrent de la confusion liée à des sensations affectives et internes.

Pour Buvat et Buvat-Herbaut (1978)³⁶ les anorexiques semblent incapables d'intégrer leur corps réel. Il semble s'agir d'une impossibilité d'intégrer une image cohérente des détails dont certains peuvent être bien perçus séparément. Incapable d'intégrer l'image de son corps réel, l'anorexique semble voir dans le miroir son corps imaginaire. La balance est le repère le plus souvent utilisé et la pesée est l'un des moments clefs de la journée, et dans certains cas, ritualisée. L'importance de la mauvaise perception de l'image corporelle semble être un critère d'évolutivité de l'anorexie mentale pour la majorité des auteurs, puisqu'elle est habituellement

³⁵ Shontz, F, C. "perceptual and cognitive aspects of body experience" New York: Mac Milan, 1969.

³⁶ Buvat, J. Buvat-Herbaut, M: « dysperception de l'image corporelle et dysmorphophobie dans l'anorexie mentale, à propos de 115 cas des deux sexes. Altération des mécanismes de perception dans l'anorexie mentale ». Annales médicales psychologiques ; 1978,136 (4) ,547-561.

proportionnelle à l'amaigrissement et à l'importance des troubles du comportement alimentaire.

Contrairement à la non-perception de sa maigreur, la perception de la maigreur des autres est nette. Malheureusement, la connaissance du schéma corporel et de ses modalités d'acquisition reste encore assez floue de nos jours.

Pour Buvat et Buvat-Herbaut (1978) la distorsion de l'image corporelle semble un critère d'évolutivité de l'anorexie mentale, puisqu'elle semble être proportionnelle à l'amaigrissement et à l'importance des troubles du comportement alimentaire. Sa date d'apparition signe, peut-être, le début réel de l'affection au cours d'un régime, au départ banal, symptôme clef de la maladie.

D'autres auteurs ont souligné le rôle central de l'insatisfaction corporelle dans la genèse de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse. L'insatisfaction corporelle tend à être plus importante chez les boulimiques que chez les anorexiques, les deux groupes ayant des niveaux d'insatisfaction qui les distinguent des échantillons non cliniques. Les manifestations cliniques sont perceptives, cognitives et affectives, amenant à une perte de poids et à l'hospitalisation, cependant, cela n'a pas été confirmé par tous les auteurs (Garner et Al., 1987)³⁷ car le fait que les différentes méthodes d'estimation des troubles de l'image du corps ne soient pas « fortement corrélées » peut indiquer que chaque mesure évalue les différents composants d'une construction qui reste très complexe.

Krueger (1989)³⁸ disait que la pensée psycho-dynamique moderne peut expliquer les différentes facettes du fonctionnement de l'image du corps, incluant les influences de l'attachement et d'autres processus de formation de l'image du corps.

³⁷ Garner, D.M., Garfinkel, P.E. et Bonato, D.P. : « body image measurement in eating disorders » *advances in psychosomatic medicines*, 1987; 17, p: 119-133.

³⁸ Krueger, D.W. : « body self and psychological self ». New York: Brunner/mazel, 1989.

La décennie 1990 a été une période importante dans l'évolution du concept d'image du corps, avec un passage du point de vue psychodynamique de l'image du corps à une perspective cognitivo-comportementale et féministe. Les années 1990 représentent une période productive du développement conceptuel, psychométrique et thérapeutique. On assiste, durant cette période, à une approche de nature multidimensionnelle par rapport à l'image du corps. L'image du corps est, en effet, un phénomène multidimensionnel.

Pour Fisher (1990)³⁹, l'étude de l'image du corps était du domaine exclusif des neurologistes. La théorie de Fisher autour de l'image du corps se focalise autour des concepts de barrière et de pénétration, qui vise à évaluer la résistance ou la perméabilité des limites de l'image du corps. Il utilise pour les investigations des méthodes projectives.

Il rapporte aussi que dans la plupart des cas d'anorexie mentale existent une perturbation des mécanismes intégrateurs permettant la prise de conscience du corps du patient lui-même. Ces anomalies prédominent au niveau de la méconnaissance de leur propre maigreur.

Il suggère qu'il y a d'autres mots pour définir les différentes composantes pour parler de l'image du corps. Ils ont donné une liste de 16 définitions : l'insatisfaction pour le poids ; la perception exacte de taille ; la satisfaction corporelle ; la satisfaction de l'apparence physique ; l'évaluation de l'apparence physique ; l'estimation du corps ; la perception du corps ; la distorsion du corps ; l'orientation de l'apparence ; l'inquiétude pour le corps ; la dysphonie du corps ; la dysmorphie du corps ; le schéma corporel ; le trouble de l'image du corps. Tous sont synonymes de l'expérience corporelle.

³⁹ Fisher, S.: "the evolution of psychological concepts about the body. In cash, T. F, pruzinsky, T. (EDS), body image: development, deviance and change.1990, (pp: 3-20), New York: Guilford press.

Finalement, la plus neurologique tend à le définir en termes de schéma corporel, la plus psychologique tend à le définir en termes d'émotions et attitudes autour de son propre corps.

7.2. Hypothèses théoriques sur l'image du corps :

-l'étiologie socioculturelle :

Les cultures occidentales sont préoccupées par l'augmentation de l'idéal féminin, fin qui encourage les régimes chez les jeunes filles et les femmes. Beaucoup de recherches argumentent l'idée que les facteurs socioculturels ont une des plus fortes influences dans le développement de l'image du corps dans les pays occidentaux .un modèle théorique socioculturel souligne que le fait que les standards de beauté dans la société actuelle insiste excessivement sur l'importance de la minceur, ainsi que sur d'autres standards de beauté irréalistes. Cette théorie souligne que le fait que les standards de la minceur chez des femmes sont omniprésents et malheureusement impossibles à atteindre pour la majorité d'entres elles⁴⁰.

La théorie féministe :

Certaines de ses théories se développent autour des influences socioculturelles, en expliquant que la culture de la minceur est une façon par laquelle les sociétés patriarcales peuvent effectivement subjuguier des femmes, et ou les femmes ont été probablement soumises, a l'idée, que pour avoir le succès, elles doivent être suffisamment attirantes⁴¹.

D'autres proposent que pour arriver à contrôler leurs vies, les femmes doivent se définir elles mêmes par leur formes corporelles et leur apparence, quelque chose qui est et doit être sous leur contrôle.

⁴⁰ Vanderlindin, J. : "vaincre l'anorexie mentale", préface de Philippe Jeammet, De Boeck & Larcier S.A., 2006, p : 45.

⁴¹ OP.CIT.P:46

Finalement les théories féministes analysent le rôle des troubles du comportement alimentaire comme une façon pathologique de diriger et canaliser l'anxiété autour de l'apparence féminine, de la sexualité et la réussite.

-La théorie des attentes sociales :

Pour cette période, les attentes venant de la culture influencent les perceptions et les comportements des autres, ainsi qu'elles influencent l'auto-perception des autres.

Cette théorie donne les hypothèses suivantes :

1. Il y a un consensus à l'intérieur des cultures autour de ce qui est attirant, avec une certaine variabilité ;
2. Il y a un consensus des attentes autour de ce qui est attirant et non chez les autres ;
3. Les gens se comportent différemment par rapport à l'attraction ou non des autres ;
4. Les comportements différentiels des gens envers l'attraction ou non des autres restent différents selon la façon dont les autres réagissent ;
5. Ses différences comportementales se situent dans la différence de l'auto-concept d'attirant ou non.

Caractéristiques de la personnalité :

Les chercheurs ont ici essayé d'examiner les variables qui prédisposent certaines personnes au risque majeur d'influences socioculturelles. Pourquoi certaines personnes sont plus sensibles que d'autres à la socialisation culturelle?

Une différence individuelle dans la tendance à intérioriser l'idéal de minceur a été le sujet de récentes recherches. L'internalisation signifie s'approprier des valeurs spécifiques au point qu'elles deviennent part de son propre système de croyance. Il en résulte une auto canalisation des comportements individuels afin de se conformer à ses idéaux. Les recherches préventives ont montré que l'internalisation peut être un facteur de risque pour développer des perturbations alimentaires.

- Quelques perspectives psychos dynamiques sur l'image du corps ;

Dans cette perspective le corps et l'évolution de ses représentations mentales forment les bases du sens de soi. L'image du corps est un cumul d'images, des fantaisies et des significations autour du corps et de ses différentes parties. Elle est une composante importante et fondamentale de l'image de soi.

Elle se forme à partir de trois phases ou étapes :

1. L'expérience physique précoce du corps
2. La conscience précoce de l'image du corps intègre l'inné et les expériences extérieures, les formes spécifiques de la superficie du corps et des limites du corps ainsi que l'état interne ;
3. La définition de cohésion de son propre corps comme base de la conscience de soi ;

Bruch (1962)⁴², qui a été la première à suggérer qu'il y avait un trouble de l'image du corps dans l'anorexie mentale, a décrit trois troubles différents dans l'expérience du corps :

1. Des troubles dans la perception du corps ;
2. Des troubles dans les sensations affectives et internes ;
3. Un sens d'inefficacité globale

Pour Bruch, l'idée est que les biais autour de l'image du corps et les erreurs perceptives peuvent être liés à des expériences d'inefficacité.

Plus tard, elle inclut, dans la distorsion de l'image du corps, les perturbations suivantes :

1. La conscience cognitive du corps lui-même ;
2. La conscience intéroceptive des sensations du corps ;
3. Un sentiment de contrôle sur une des fonctions d'une ou plusieurs parties du corps ;

⁴² Op.cit

4. Des raisons affectives sur la réalité de la configuration corporelle ;
5. Sa propre estimation par rapport à la désirabilité de son propre corps par les autres.

Situations et événements déclencheurs :

Différentes recherches ont aussi examiné les effets et la période de puberté dans le développement de l'image du corps. En général, les recherches appuient l'idée qu'un indice de masse corporelle plus haut est lié à l'insatisfaction de l'image corporelle, avec le poids, la forme et l'apparence. Cependant, la relation entre indice de masse corporelle et image du corps reste aujourd'hui complexe.

Hill et Franklin (1998)⁴³, arrivent à la conclusion que les mères peuvent avoir un rôle important dans la transmission culturelle concernant le poids, la forme et l'apparence physique.

D'autres facteurs de risque peuvent encore être cités : le perfectionnisme, certaines croyances morales et religieuses, ainsi que l'impact psycho sexuel de la puberté.

8. Etiologie de l'anorexie :

Bien des hypothèses ont été élaborées pour tenter d'expliquer les troubles alimentaires (Leichner 1987, Kaplan et Sadock, 1994)⁴⁴.

Cependant, il semble y avoir un consensus à l'effet que ce ne soit pas une seule mais un ensemble de causes qui soit à l'origine de l'anorexie. Les causes exactes sont encore aujourd'hui assez inconnues. Selon certains chercheurs, il s'agirait d'un trouble physique dû à une déficience d'une substance chimique essentielle dans le cerveau, ou un dérangement hypothalamique. Selon d'autres, il s'agirait plutôt d'un trouble psychologique relié à un état dépressif, à la peur de vieillir ou à une atmosphère

⁴³ Hill, A.J ET Franklin, And J.A. "Mothers, daughters and dieting: Investigating the transmission of weights control». *The British journal of clinical psychology*, 1998.p:3-13.

⁴⁴ op.cit

familiale extrêmement malsaine. D'autre y voit une réaction sociologique d'une personne vulnérable à une pression sociale excessive (prônant un idéal de minceur). D'une personne atteinte à l'autre, les facteurs pouvant avoir causé l'apparition d'un trouble alimentaire varient, la recherche se poursuit toujours dans ce domaine. Nous allons donc présenter les hypothèses de différents auteurs concernant l'étiologie de l'anorexie.

Pour faciliter leur présentation, les facteurs étiologiques seront regroupés en trois catégories :

- Biologique.
- Psychologique.
- Sociale.

8.1. Facteurs psychologiques :

Rôle du climat familial dans l'étiologie de l'anorexie mentale :

Une des causes qui revient le plus souvent dans la littérature a trait à la famille (Leichner 1987, Kaplan et Sadock 1994, Harrison 1994)⁴⁵. En ce qui concerne le milieu familial, Leichner dit : « des antécédents de dépression, d'alcoolisme et/ou d'anorexie chez les parents, frères et sœurs ou autre membres de la famille sont associés au trouble. »

L'anorexique est susceptible de provenir d'une famille composée de personnes très exigeantes envers elle-même et les autres, elle a souvent de la difficulté à exprimer ses sentiments et à se distinguer de cette famille en tant qu'individu. L'anorexie peut se manifester dans un tout autre type de famille, soit une famille dont les membres contrôlent mal leurs impulsions et sont changeant dans l'expression de leurs sentiments. Dans ces environnements, les conflits peuvent être plus évidents mais aussi demeurer irrésolus. Il ne faut pas oublier aussi que certains problèmes familiaux peuvent être le résultat et non la cause de la maladie.

⁴⁵ Op.cit

Selon Kaplan et Sadock (1994)⁴⁶, des facteurs biologiques, sociaux et psychologiques sont impliqués dans les causes de l'anorexie, à des degrés divers chez chaque patiente. Ils pensent que les patientes anorexiques ont des relations intimes (dans le sens de proximité) mais troublantes avec leurs parents. Dans une lecture psychanalytique, les auteurs ajoutent que les jeunes patientes ont été incapables de se séparer psychologiquement de leur mère, l'approche psychanalytique parle d'absence d'autonomie des individus dans la famille, l'enchevêtrement des liens, des empiètements de générations, de la parentification des enfants, de la dérive incessante des relations triangulaires vers des relations duelles plus ou moins alternantes et d'absence de leadership (Jeammet 1985)⁴⁷.

Le Dr Pierre Doucet (1994)⁴⁸, psychiatre et psychanalyste au département de psychiatrie de l'hôpital Sacré-Cœur, estime que l'anorexie touche aux fondements même de la personnalité et que ces problèmes de conduites alimentaires viennent de difficultés survenues durant les premiers mois de la vie de l'enfant (durant le stade oral), alors que son seul mode de communication avec la mère était l'alimentation.

Bourque (1991) et Prégent (1988) mentionnent que l'on peut distinguer deux types chez les mères des jeunes filles anorexiques. Dans le premier type, la mère est extrêmement « contrôlante », protectrice envers sa fille, projette ses aspirations sur celle-ci et sa personnalité est rigide et froide, en fait cette mère se sert de sa fille pour se valoriser elle-même. De plus, elle porte un intérêt excessif quant à l'aspect physique de sa fille ainsi qu'à sa réussite scolaire et sociale. Dans le second type, on reconnaît la superwoman qui réussit tout tellement bien, qu'elle devient un modèle inaccessible pour sa fille. Ces derniers auteurs mentionnent également que le père est souvent effacé et permissif. Il aurait apparemment une peur physique de sa fille qui se transforme dans un corps de femme, il ne sait pas comment réagir et il refuse sa

⁴⁶ Op.cit

⁴⁷ Jeammet, P. « L'anorexie mentale ». Doins éditeurs, Paris, 1985.

⁴⁸ Doucet, P. : « L'anorexie et la boulimie cachent souvent une dépression majeure ». La presse universitaire de France, 1994.p :186

féminité adulte. Or, nous savons à quel point il est important pour une adolescente d'être confirmée dans cette nouvelle image de femme.

Yager (1982)⁴⁹ mentionne que l'on pourrait décrire certains critères des familles types des anorexiques, mais bien que ces familles aient souvent plusieurs points en communs, il émet une mise en garde car dans les troubles alimentaires comme dans d'autres problèmes cliniques, il n'y a aucun patron universel. Yager ne nie pas que le milieu familial soit impliqué dans la genèse de l'anorexie, mais affirme que beaucoup de résultats de recherches portant sur ce sujet dépendent surtout de la manière dont ladite recherche a été menée plutôt que de la réelle mesure de l'influence familiale exercée.

Facteur déclenchant : Il semble que ce trouble de l'alimentation se manifeste parfois à la suite d'un événement déclencheur, voire un choc émotif (ex : divorce, décès...etc.). Cet événement se produit la plupart du temps pendant l'adolescence, période où les jeunes filles sont plus fragiles puisque leur identité n'est pas encore stable. Selon Leichner (1987), dans la majorité des cas, l'origine du désordre est liée à un tel événement déclenchant. A titre d'exemple, il cite les séparations conjugales/divorces, le départ pour les études à l'extérieur ou tout autre événement pouvant être perturbateur.

Leichner ajoute que « les patientes, la plupart du temps, ignorent le lien entre ces événements et le début de leur désordre alimentaire » (Leichner, 1987, P : 56).

Papalia et Olds (1989)⁵⁰ croient que l'événement déclencheur peut être une simple remarque faite à l'adolescente à propos des quelques kilos qu'elle pourrait se

⁴⁹ Yager, J.: "Family issues in the pathogenesis of anorexia nervosa" «psychosomatic medicine», 1982, vol 44. No, 1.p:43-60.

⁵⁰ Papalia, D. E. & Olds, S. W., « Le développement de la personne ». 3^{ème} Edition, Etudes Vivantes, Laval, 1989.

permettre de perdre. Elle pourrait commencer par perdre les kilos en question, puis continuer obsessivement à en perdre d'autres.

- Un moyen pour attirer l'attention : le refus de manger peut également être un moyen pour obtenir de l'attention et provoquer de l'inquiétude dans son environnement familial et social. Kaplan et Sadock (1994) mentionnent qu'en attirant l'attention sur elles, les jeunes filles anorexiques permettent peut être à leurs parents de porter moins d'attention à leur relation de couples parfois tendue.

- Une conduite masochiste : d'autre part, selon Jeammet (1985), il serait possible que l'anorexie soit insérée dans l'ensemble des conduites masochistes, particulièrement lorsque le milieu de la personne atteinte est limitatif et lorsqu'il ne permet aucune expression pulsionnelle exagérée ainsi qu'aucun conflit.

- Un besoin d'amour : l'anorexie pourrait être également définie comme un geste de révolte et de survie afin d'obtenir le plus d'amour possible, car la personne atteinte en aurait un grand besoin. La jeune fille a beaucoup besoin d'être aimée pour ce qu'elle est comme personne et non d'être aimée pour ce qu'elle fait, ce qu'elle accomplit. Pourtant, par son comportement perfectionniste, elle laisse croire le contraire (J. Prigent 1998).

- Abus sexuel : l'abus sexuel est une problématique de plus en plus envisagée comme facteur prédisposant aux troubles alimentaires. Effectivement plusieurs études, depuis la fin des années 1980, ont tenté de démontrer le rôle causal que pouvait avoir l'abus sexuel sur le développement ultérieur d'un désordre alimentaire dans les populations cliniques (Vanderlinden 2006)⁵¹.

Powers (1990)⁵² rapporte en effet qu'un pourcentage significatif de patientes avec un trouble alimentaire tel que l'anorexie ont été abusées sexuellement. Elle

⁵¹ Vanderlinden, J. : "vaincre l'anorexie mentale", préface de Philippe Jeammet, De Boeck & Larcier S.A., 2006, p : 143-144.

⁵² Powers, P.S: « anorexia nervosa: Evaluation and treatment». Comprehensive therapy.vol:16, no: 12, p: 24-34.

affirme qu'environ 30% des anorexiques rapportent un abus sexuel soit dans l'enfance ou l'adolescence. Il s'agit généralement d'une forme d'inceste. Powers (1990) mentionne qu'il est important de questionner à ce sujet la jeune fille qui présente un trouble d'anorexie.

8.2. Facteurs sociaux

A- Contexte socioculturel

Manifestement, la gente féminine porte le fardeau d'une certaine pression sociale la conduisant à adhérer aux stéréotypes de la féminité, pour en refléter l'image souhaitée (Leichner 1987), (Gormly et Brodzinsky, 1994)⁵³, (Wilkins 1985)⁵⁴, d'une part il y'a les constantes sollicitations des médias qui véhiculent une certaine vision de ce que doivent être les femmes et les hommes idéalement. Des facteurs tels que la minceur, la beauté, la mode et le rôle de la femme dans les sociétés actuelles qui influencent hommes et femmes dans la perception de leur corps et dans leur acceptation de soi. D'autre part, aujourd'hui, la société attend de la femme qu'elle concilie avec brio vie familiale, amoureuse et professionnelle. Dans ce contexte de performance, et de perfection, il n'est pas étonnant de remarquer des adolescentes si influençables qu'elles poussent la réussite de leur idéal de minceur jusqu'au rachitisme.

Wakeling (1996)⁵⁵ est d'avis que l'emphase sur la minceur des femmes dans les sociétés industrialisées est un facteur important il affirme que cela pourrait être une explication de la différence au niveau de l'incidence l'anorexie entre les filles et les garçons, il admet qu'une certaine vulnérabilité pourrait être reliée à des facteurs biologiques.

⁵³ Gormly, A.V., et D.M. Brodzinsky. 1994 : « Le cycle de la vie ». Laval: Éditions Études Vivantes, 449 pages.

⁵⁴ Wilkins, J. & all. : « Médecine de l'adolescence, une médecine spécifique ». Hôpital et justice. Université de Montréal, 1985.

⁵⁵ Wakeling, A.: "epidemiology of anorexia nervosa" "psychiatry research, 62, p: 3-9.

Dans un autre ordre d'idée, une emphase particulière quant à la bonne forme physique donnée que nous sommes de plus en plus sédentaires. L'exercice permet également de perdre le poids qui aide à faire correspondre aux carrons de la beauté actuels, surtout pour les anorexiques, l'exercice physique est un bon moyen pour perdre du poids et non pur maintenir une bonne santé.

Ils nous expliquent que les stéréotypes de rôle pourraient être impliqués dans l'étiologie des troubles alimentaires. Tout ceci est relié à l'idéal de la « Super Woman » qui réussit tout ce qu'elle entreprend. Les spéculations à propos de la relation entre les stéréotypes de rôles et l'anorexie ont amené Crago et Al (1996) à la formation de quatre hypothèses générale :

1) - Les femmes qui adoptent le rôle traditionnel féminin seraient plus à risque.

2)- Les individus dont l'orientation sexuelle mettent l'emphase sur l'importance de l'attrance physique. (Les hommes gais et les femmes hétérosexuelles) sont plus a risque de développer un trouble alimentaire que les individus qui placent moins d'emphase sur l'apparence (les hommes hétéro et les femmes homo).

3)- Les femmes qui perçoivent une différence entre leur socialisation féminine et les demandes sociales pour développer des caractéristiques dites masculines (ex : indépendante, compétitive, s'affirmer, revendiquer) sont également sujettes à développer un trouble anorexique.

4)- Les troubles alimentaires sont plus susceptibles de se produire chez les femmes qui désirent exceller dans tous leurs rôles.

Bien sûr, se ne sont que des hypothèses qui font encore l'objet de recherches mais elles amènent cependant une lumière différente sur l'étiologie de ces troubles alimentaires.

8.3. Facteurs biologiques

A)- Crise d'adolescence : ce facteur étiologique est présenté en dernier puisque même s'il consiste en un facteur biologique, cette période touche aux aspects de nos trois catégories de facteurs : biologique, psychologique et sociale.

La période de la puberté est souvent appelée « crise de l'adolescence » c'est un moment propice pour développer différents troubles. L'adolescente doit nécessairement se définir une identité et une autonomie avec des valeurs parentales et culturelles (Bourque 1991). L'image de soi ou la perception de soi est façonnée en partie, par l'image corporelle qui, à son tour est déterminée par les réactions et les attentes d'autrui. L'apparence physique joue un rôle important dans l'image de soi pendant l'enfance et en début de l'adolescence. Les enfants commencent très tôt à prendre conscience des images corporelles valorisées par la société et à évaluer leurs apparences physiques selon les critères en vigueur. A l'adolescence, le problème est particulièrement grave puisque c'est la période de construction de l'identité personnelle et que les adolescents sont très sensibles aux changements physiques qui s'opèrent en eux. Les changements hormonaux et physiologiques associés à la puberté sembleraient jouer un rôle dans les troubles de l'alimentation comme l'anorexie (Papalia et Olds, 1989).

Cependant, cet amalgame de changements entraîne des sensations, pensées que l'adolescente n'est pas encore en mesure de gérer totalement par elle-même. Cette identité nouvellement acquise lui fait peur et elle finit par craindre le fait de devenir une femme adulte, c'est la peur d'une si soudaine autonomie (Prégent, 1988) inconsciemment, manger signifie grandir et ne pas manger permet donc de demeurer la « petite fille de ses parents ». En fait, l'adolescente ne se croit pas assez forte pour devenir une adulte (Maranda, 1990). Les désordres alimentaires sont des manifestations de l'anxiété face à la maturité sexuelle imminente, et des moyens d'évitement.

La période de croissance est aussi le moment où l'adolescente doit se construire un rôle social acceptable. Elle cherchera à être acceptée désirée et aimée de tous ; elle pense donc qu'elle pourra obtenir tout cela en maigrissant. En effet, la minceur est socialement associée à la beauté au succès et au bonheur (Bourque, 1991).en occident et de plus en plus dans les pays émergents.

9. Les conséquences de l'anorexie

En ce qui a trait aux conséquences de ce trouble alimentaire, nous voulons, dans la mesure du possible, distinguer le court terme du long terme, mais une certaine ambiguïté accompagne les deux notions. En effet, pour certains, court terme peut signifier moins de six mois, alors que pour d'autres, c'est moins de trois mois, il en est de même quant au long terme. C'est pour cette raison que les conséquences dites à long terme seront abordé en référence à des notions de complications physiques très graves, de mort et de suicide.

Comme c'était le cas en ce qui a trait à l'étiologie, les conséquences varient d'une personne à une autre et d'un épisode anorexique à un autre. Toutes les anorexiques ne vivront pas les mêmes conséquences, et il en est de même pour les degrés de gravité de celle-ci. Plusieurs conséquences peuvent être présentes en même temps chez un même individu, alors qu'il en sera différemment pour un autre. Tout comme les facteurs étiologiques, les conséquences de l'anorexie seront regroupées en catégories : Biologique, psychologique, sociale et sexuelle.

9.1. Conséquences psychologiques

D'abord, à la suite d'une malnutrition, des effets psychologique et comportementaux deviennent observables à court terme ; parmi ceux-ci, il y a un intérêt démesuré pour la nourriture, l'anorexique a de très bonnes connaissances en matière de diététique ; un changement quant aux habitudes alimentaires se remarque rapidement de plus, une consommation accrue d'épices, de café, de thé ou de gomme à mâcher peut être présente. La jeune fille a habituellement une attitude obsessionnelle, compulsive prononcée envers tout ce qui concerne le contrôle de son poids.

L'obsession de ne pas prendre du poids, la compulsion de ne pas manger et de faire des activités sportives pour maigrir d'avantage. Il y a également un changement au niveau émotionnel se reflétant dans des variations de l'humeur, de l'anxiété, de la dépression, de l'irritabilité, de la méfiance ainsi qu'un sentiment d'inefficacité. La personne souffrante d'anorexie se désintéresse de sa santé et s'isole socialement après un certain temps.

9.2. Conséquences biologiques

Ensuite, au niveau biologique, la malnutrition et l'anorexie ont des répercussions sur presque tout le corps. Assez rapidement il y a bien sûr une grande perte de poids et une irrégularité dans le cycle menstruel. L'aménorrhée survient généralement après trois mois, des troubles du sommeil sont aussi remarqués : insomnie, sommeil agité, nervosité, les vomissements volontaires et l'utilisation de laxatifs ont aussi des conséquences physiologiques graves se traduisent par des hémorragies, de la fatigue, de la constipation, des ballonnements. Le fonctionnement des reins et du cerveau se trouve perturbé, et des spasmes musculaires apparaissent.

Le système hématologique est également touché par des anémies (diminution des globules rouges dans le sang et leur teneur en hémoglobines) et aussi de leucopénie (diminution des globules blancs dans le sang). Il arrive parfois qu'il y ait érosion au niveau de l'émail dentaire (secondaire à l'action des acides gastriques quand la personne se fait vomir), en plus d'un élargissement du volume des glandes salivaires (Harisson, 1994).

Au niveau du système endocrinien il peut y avoir une hausse de prolactine et une baisse des gonadotrophines. Du côté du système nerveux des crises d'épilepsies, de même qu'un abaissement de la température du corps (hypothermie) sont susceptibles de se manifester. Certaines autres complications, aussi courantes sont jugées encore plus graves, il peut survenir, entre autres un trouble du rythme cardiaque, une insuffisance cardiaque, un arrêt cardiaque, une atrophie cérébrale et un amaigrissement extrême. En

fait, «se laisser mourir à petit feu » pourrait très bien définir ce qu'est l'anorexie mentale.

Les conséquences à long terme, en l'occurrence le suicide et la mort : on note que la mort des victimes est en grande partie causée soit par le suicide, soit par un arrêt cardiaque ou d'autres complications sévère de l'anorexie. Le suicide des jeunes anorexiques est souvent par intoxication de drogues ou de médicaments. En résumé, les conséquences les plus graves de l'anorexie ne suffisent pas à arrêter certaines personnes, qui poursuivront leur impossible idéal même au delà des limites de leur corps.

9.3. Conséquences sociales

On remarque une diminution de l'intérêt pour la plupart des activités qui ne sont pas liées à la nourriture (Lehoux 2000)⁵⁶ bien que la jeune fille anorexique réussisse bien au niveau académique cela ne la rend pas d'avantage populaire au sein des cercles scolaires. En effet, l'anorexique restreint de plus en plus ses contacts sociaux et se retire éventuellement de toute activité sociale (Simard 1980)⁵⁷, (Prégent 1988). L'isolement graduel de la personne atteinte est d'ailleurs la conséquence sociale qui fait pratiquement l'unanimité chez les divers auteurs. En plus du désir de maigrir, surgit aussi le désir de maigrir plus que les autres, de réussir mieux que les autres, d'être différente et supérieures aux autres et de montrer aux autres qu'on n'a pas besoin d'eux. Dans un tel contexte, l'isolement progressif de la personne souffrante d'anorexie s'explique facilement.

Sur le plan social, on ne peut pas négliger l'importance du repas partagé. Dans la plupart des civilisations, le partage d'un repas constitue un geste essentiel, comme

⁵⁶ Lehoux, P. : « Les troubles de l'alimentation et la sexualité : considérations cliniques ». Journée de perfectionnement de l'association des sexologues du Québec, 2000.

⁵⁷ Simard, H. : « L'anorexique et le médecin : au delà du cap maigrir ». Les presses de l'Université, Laval, 1980, pp. 181-187.

l'hospitalité, sur lequel se fondent des relations humaines et le sentiment d'appartenance au groupe : le Banquet grecs, la Cène des chrétiens et aujourd'hui le diner d'affaires démontrent la valeur de la communication sociale non-verbale de l'acte de manger⁵⁸ (encyclopédie de la santé de A à Z 1994).

Or, éviter de manger ou sauter des repas en société semblerait entraîner implicitement un isolement social, selon, l'anorexique à tendance à s'isoler en général mais plus particulièrement de tous ceux qui veulent l'aider. De plus, comme la personne ne fait pas confiance aux autres, il est normal pour elle de cesser la fréquentation de ses pairs. L'apparence physique et l'attitude intransigeante et perfectionniste de la personne anorexique s'éloignent graduellement, dans plusieurs cas, les gens qui l'entourent. Il arrive que cela éloigne non seulement les amis mais également le conjoint de la personne anorexique, qui n'en peut plus de voir sa partenaire agir ainsi.

L'isolement social semble se produire et se vivre, encore une fois, de manière différente chez chaque personne atteinte d'anorexie. Il est possible de supposer que chez certaines jeunes filles, l'isolement au plan social peut ne pas être présent.

9.4. Conséquence au niveau sexuel

Depuis longtemps, un lien est supposé entre la sexualité et les troubles alimentaires. Dans plusieurs cultures et ce, à différents moments dans l'histoire, les corps minces étaient idéalisés en tentatives de restreindre le désir sexuel des femmes. Il n'est pas surprenant alors que depuis les toutes premières identifications des troubles alimentaires, les difficultés avec la sexualité avaient été soupçonnées comme des facteurs à l'origine de ces maladie. Il faut garder en tête, que médicalement parlant, un intérêt moindre pour la sexualité peut être le résultat de l'anorexie, du jeûne ou de la dépression. Malgré tout il est encore difficile aujourd'hui de savoir avec exactitude si

⁵⁸ « Encyclopédie de la santé de A a Z ».Edition Fabbri, paris. Vol 10, 1994, p : 19.

les problèmes sexuels jouent un rôle dans l'étiologie ou s'ils sont des effets secondaires chez les individus atteints d'un tel trouble.

10. -Formes cliniques :

1) **L'anorexie mentale du garçon** : Sa fréquence actuelle serait de l'ordre de 10% des cas d'anorexie à l'adolescence. Le tableau syndromique est comparable à celui de la fille, des troubles de l'érection et de la libido prenant la place de l'aménorrhée. Ces cas seraient cependant marqués par une prédominance de traits de personnalité obsessionnels, un isolement social, un début précoce et une évolution préoccupante (fréquence des conduites anorexiques annonciatrices d'une évolution schizothymique).

2) **Les formes pré pubertaires** : ne sont pas exceptionnelles. 8% des cas débuteraient avant 10 ans, vers la fin de la période dite « de latence » ; leur pronostic serait plus sombre. On peut en rapprocher les anorexies associées à un retard de croissance où l'on peut en général mettre en évidence une diminution en principe réversible, de l'harmonie de croissance, proche du profil évolutif des nanismes psychogènes, dits encore « nanismes de frustration ». D'une manière générale, les anorexiques auraient une taille moyenne inférieure à celle d'un groupe témoin.

3) **Les formes tardives** : sont représentées avant tout par⁵⁹ l'anorexie de la femme mariée. Souvent précédées d'un épisode mineur et transitoire à l'adolescence, elles se déclenchent à l'occasion du mariage, de la naissance d'un enfant ou d'une désillusion dans la vie du couple. La symptomatologie est marquée par la présence d'éléments dépressifs alors que le désir de maigrir est souvent au second plan. La fragilité de la personnalité sous-jacente rend ces patientes particulièrement dépendantes de leur entourage et nécessite un soutien thérapeutique prolongé.

4) **Les formes frustes** : posent le problème des critères diagnostiques : la fréquence de ces formes mineurs, et le plus souvent spontanément curables, est d'une appréciation difficile. Dally et Gomez considèrent que 10% des jeunes filles brillantes issues de classes sociales élevées, en Occident, présentent vers 18 ans un comportement anorexique qui disparaît si elles méritent une attention particulière, elles ne justifient

⁵⁹ Grall, Bronnec, M. Guillon, Landréat, M. Venisse J.C : « aspects sémiologiques de l'anorexie mentale». Nutrition clinique et Métabolismes, 2007 :21(4) P : 151-4.

pas une médication abusive et a fortiori « une psychiatisation » risquant de conflictualiser et de dramatiser un comportement en règle générale bénin et de renforcer ainsi des conduites d'opposition⁶⁰ (Guelfi 1997).

11. Diagnostic :

- Le diagnostic positif : repose sur la présence de la triade symptomatique, ainsi que sur l'absence :

a) D'une étiologie psychiatrique caractérisée (schizophrénie ou état dépressif majeur), selon certains auteurs, des conflits psychiques caractéristiques seraient indispensables au diagnostic (perturbation de l'image du corps, désir éperdu de minceur).

b) D'une affection organique tel : le cancer, maladie de systèmes, de certaines tumeurs cérébrales profondes ou la tuberculose.

11.1. Le diagnostic différentiel :

Le contexte sémiologique permet le plus souvent de distinguer l'anorexie mentale «primaire » ou anorexie mentale proprement dite des anorexies secondaires à une autre pathologie psychiatrique :

1- Episode dépressif majeur : le syndrome anorexique de la dépression est différent par :

- La perte de sensation de faim et d'envie de manger ;

- L'absence d'altération de l'image de soi : le sujet sait et dit qu'il maigrit ;

- L'absence de l'angoisse d'être obèse ;

- L'absence de préoccupations alimentaires : Il peut s'agir d'un refus de toute nourriture sous-tendu par des idées de culpabilité ou délire de négation (syndrome de négation d'organe de Cotard) ou de délire de persécution et peur d'empoisonnement (peur d'être ensorcelé « S'hour »).

2- Episode d'excitation maniaque où l'anorexie est banale.

3- Idées délirantes (d'empoisonnement notamment) ou processus démentiel, où l'anorexie est fréquente.

⁶⁰ Guelfi ; op cit.

4- Schizophrénie : le diagnostic est relativement facile lorsque existe un délire paranoïde ou un négativisme catatonique hébéphrénique, mais moins évident lorsque la restriction de la nourriture s'accompagne simplement de quelques bizarreries alimentaires, une baisse du rendement intellectuel doivent suggérer le diagnostic d'une entrée possible dans la schizophrénie.

5- Les syndromes névrotiques :

- Névrose hystérique : l'anorexie est une forme de conversion.

- Névrose obsessionnelle : le syndrome anorexique est accompagné de la symptomatologie obsessionnelle ; pensée obsédante de la crainte de contamination, d'empoisonnement, folie du toucher.

- Hypochondrie : le sujet opère une fixation sur l'alimentation à partir d'une préoccupation sur son tube digestif (vitesse du transit, digestibilité de certains aliments, équilibre des menus) (Canoui, Messerschmitt, Ramos, 1994)⁶¹.

12. Les relations entre l'anorexie mentale et la boulimie :

Les relations entre ces deux désordres sont controversées, les convergences entre l'anorexie mentale et la boulimie s'expriment dans leur chevauchement fréquent, dans l'évolution courante d'un désordre à l'autre et dans une symptomatologie commune.

La boulimie comme symptôme de l'anorexie mentale :

Approximativement 50% des anorexiques mentales présentent des conduites boulimiques, marquées par des accès de frénésie alimentaire et des vomissements⁶²

⁶¹ Canoui, P.Messerschmitt, P.Ramos, O. : "Revision accélérée en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent». Edition Maloine, 1994, P : 149-150.

⁶²Site Internet : « Www. Relation d'aide.com »: psychiatrie « l'anorexie » Alain Charpillon et Claire Doerig (suisse).consulté le 20-11-2010.

L'évolution d'un syndrome à l'autre :

Le devenir des patientes affectées de désordres alimentaires montre les possibilités fréquentes de passage entre les trois organisations symptomatiques : l'anorexie mentale à forme restrictive, l'anorexie avec boulimie et la boulimie.

L'évolution la plus fréquente se fait de l'anorexie restrictive vers la boulimie : les symptômes boulimiques apparaissent généralement dans l'année et demi qui suit le début des restrictions alimentaires et de la perte de poids (Garfinkel et Coll. 1980). Après une période de coexistence des deux syndromes l'effort de restriction peut faiblir, le poids augmente, seules persistent les conduites boulimiques.

L'évolution inverse de la boulimie vers l'anorexie est réputée plus rare. Chez certaines patientes la culpabilité liée aux épisodes boulimiques, le malaise provoqué par la prise de poids, suscitent une tentative de reprise du contrôle ou elles s'imposent un régime sévère qui peut abaisser le poids suffisamment pour que s'active la dynamique anorexique.

Les symptômes communs :

- Le contrôle du poids.
- Les préoccupations concernant le poids et la forme du corps.
- Le désir contraignant d'être mince.
- La peur d'être ou de devenir grosse.
- L'aménorrhée.

Il y a d'importantes ressemblances entre anorexiques boulimiques et boulimiques.

Des études symptomatiques ont montré que les anorexiques boulimiques sont plus proches des boulimiques à poids normal que des anorexiques restrictives⁶³.

⁶³ Idem

13. Évolution Et Pronostic

13.1. Différents types d'évolution

En ce qui concerne l'évolution clinique de l'anorexie mentale, des symptômes Boulimiques ou Hyperphagiques sont associés dans près de la moitié des cas soit d'emblée, soit Secondairement⁶⁴. L'APA (association psychiatrique américaine) dans ses recommandations fait le même Constat et Ajoute même que 20 à 36 % des Boulimiques ont Des antécédents d'AM. La Majorité des études cliniques utilise les critères de devenir Global établis par Morgan Et Russell pour évaluer l'évolution de l'anorexie mentale (cf. Tableau).

Tableau : Critères d'évolution de Morgan et Russell :

	Mauvaise évolution	Évolution intermédiaire	Bonne évolution
Poids	Perte de poids supérieure à 15 % du poids normalement attendu	Maintien du poids au-dessus de 85 % du poids normalement attendu	Maintien du poids au-dessus de 85 % du poids normalement attendu
	OU	ET	ET
Menstruations		Aménorrhée persistante	Cycles menstruels réguliers
Symptômes boulimiques	Apparition de symptômes boulimiques au moins une fois par semaine	S'il y a des symptômes boulimiques, ils sont présents moins d'une fois par semaine	Pas de symptômes boulimiques

Avec ces critères, on estime que le pourcentage de guérison est de 50 %, d'évolution intermédiaire de 25 à 30 %, et de chronicisation de 10 à 25 %⁶⁵. Le taux de mortalité

⁶⁴ Nicolas I. « Évolution et complications à long terme des troubles des conduites alimentaires ». Revu Prat 2008; 58(2):151-5.

⁶⁵ Op.cit, P: 151

est de 5 à 10 % ; les décès sont liés pour moitié aux complications physiques de la maladie, et pour moitié au suicide.

D'autres auteurs estiment que l'évolution est nettement plus défavorable en cas d'anorexie restrictive pure par rapport aux formes anorexiques-boulimiques ou Hyperphagiques. L'anorexie pré pubère semble de meilleur pronostic que l'anorexie mentale de l'adolescente pubère mais lorsque le trouble a un début très précoce, aux alentours de l'âge de 8 ans, le pronostic semble plus complexe du fait de l'existence de traits de personnalité perfectionniste très marqués et d'une rigidité cognitive, relationnelle et affective. Une étude rétrospective sur 1 310 patientes âgées de 8 à 19 ans traitées pour AM (25,2 %), Boulimie (12,4 %) a montré des complications somatiques (Fréquence cardiaque, pression artérielle) de moindre gravité pour les TCANS (troubles du comportement alimentaire) que pour l'AM (anorexie Mentale)⁶⁶. Cependant les séquelles sont Suffisamment Importantes pour prendre en charge les TCANS de la même manière Que l'Anorexie Mentale ou la BN (Boulimie).

Au total, l'anorexie mentale se caractérise donc par la gravité de son pronostic, avec un risque de chronicité et de rechute. Les complications somatiques et psychiques sont nombreuses : défaillance cardiaque, ostéoporose, infertilité, dépression, suicide... La guérison est possible au bout de plusieurs années d'évolution. Il s'agit de la pathologie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus élevé.

13.2. Facteurs pronostiques

Les principaux facteurs pronostiques défavorables sont un IMC bas en début de prise en charge et une prise en charge tardive. C'est pourquoi les recommandations internationales Recommandent que la prise en charge soit instaurée dès que possible.

⁶⁶ Grall-Bronnec M, Guillou-Landréat M, Venisse JL. « Aspects sémiologiques de l'anorexie mentale » Nutrition clinique et métabolisme 2007; 21(4):151-4.

D'autres facteurs seraient également défavorables :

- Relations familiales difficiles ;
- Nombre et durée d'hospitalisations élevés ;
- Association à un trouble de la personnalité ou à une dépression ;
- Vomissements provoqués ;
- Boulimie ;
- Âge précoce au début des troubles.

13.3. Critères de guérison :

Actuellement, il n'y a pas de consensus sur les critères de guérison dans l'anorexie mentale, ce qui complique l'évaluation de l'efficacité des prises en charge. Les différents critères de guérison décrits dans la littérature ont été évalués par Couturier et Lock en 2006⁶⁷. Les auteurs concluent qu'ils fournissent un éventail de taux de Guérison très large, démontrant l'importance de définir la guérison dans l'anorexie mentale de manière consensuelle. L'association de la reprise de poids et des Évolutions psychologiques semble la plus importante pour cette définition.

Critères de Morgan et Russell

- Le maintien d'un poids supérieur ou égal à 85 % du poids normalement attendu ;
- Le retour de menstruations régulières ;
- L'absence de symptômes boulimiques.

Les catégories de Morgan-Russell ont plusieurs limites. L'impact du poids dans de L'anorexie mentale est doublement comptée puisque le retour des menstruations est souvent un indicateur du retour à un poids sain⁶⁸. L'utilisation des menstruations ne

⁶⁷ Site Internet : Argu_Anorexie_Mentale.PDF : « Anorexie mentale : prise en charge ». Haute autorité de santé, Juin 2010, P : 91.

⁶⁸ Argu_Anorexie_Mentale.: prise en charge op.cit, P : 92.

s'applique pas aux hommes, aux patientes en aménorrhée primaire ou à celles qui prennent un traitement hormonal. De plus, il est souvent difficile d'évaluer les cycles, car ils sont souvent irréguliers même chez les adolescents en bonne santé. Enfin, les symptômes boulimiques sont considérés comme une issue défavorable alors qu'ils peuvent représenter l'apparition d'un désordre différent ou une phase dans le processus global du rétablissement de l'anorexie mentale.

Critères de Pike :

- Poids à 90 % du poids normalement attendu ;
- Amélioration significative des préoccupations concernant le poids et la forme du Corps sur l'échelle de mesure Eating Disorder Examination ;
- Fonctionnement menstruel normal ;
- Absence de comportement compensatoire ;
- Absence de problèmes somatiques aigus liés à l'anorexie mentale.

Critères de Kordy :

Kordy et son équipe ont également proposé une liste de critères de guérison qui

Comporte en outre une dimension de maintien des changements dans le temps :

- Maintien de l'IMC à au moins 19 sur 3 mois ;
- Absence d'une peur extrême de prendre du poids ;
- Absence de comportement de purge ou de binge-eating (boulimie).

Autres critères :

- Plusieurs autres listes de critères ont été proposées (par exemple, ne plus présenter les Critères DSM-IV de l'anorexie mentale).
- Certains auteurs tiennent seulement compte de la normalisation du poids
- D'autres utilisent les échelles de psychopathologie validées dans l'anorexie mentale :

Le Eating Attitudes Test (EAT), le Eating Disorders Inventory (EDI) ou la Eating Disorder Examination (EDE).

Critères de Jeammet :

Ces critères n'ont pas été évalués par Couturier et Lock, mais sont présentés ici dans la Mesure où ils prennent aussi en compte, outre les symptômes classiques, la dimension développementale des troubles et leur longue durée d'évolution :

- Disparition de la triade symptomatique depuis plus de 2 ans ;
- Autonomie par rapport à la famille et acquisition de liens affectifs et professionnels stables et nouveaux ;
- Critique de la conduite anorexique avec perception plus juste de l'image du corps, abandon du désir de maigrir... ;
- Acquisition d'un « *insight* », de la reconnaissance des conflits psychiques, de la capacité de se remémorer le passé, d'exprimer la vie fantasmatique et d'établir des

Liens ;

- Capacité à se confronter sans déni, ni régression massive, aux stimulations œdipiennes et ouverture à la reconnaissance de l'autre dans sa différence, sexuée notamment.

13.4. Durée du suivi

Il s'agit d'une prise en charge à long terme, compte tenu de la durée d'évolution des

Troubles. Certains auteurs insistent d'ailleurs pour qu'elle se poursuive 1 à 2 ans après restauration du poids de forme pour éviter la rechute. Les études sur l'évolution à long terme de l'anorexie mentale sont peu nombreuses et la durée d'évolution est variable en fonction des études, de 1,7 à 3 ans en population générale.

Selon une étude récente 66 % des sujets sont guéris à 5 ans. Néanmoins, même si 75 % de ces femmes ont une évolution favorable, moins de 50 % sont totalement asymptomatiques au cours des 15 années qui suivent le début du trouble alimentaire.

. Les durées observées en population clinique sont plus longues (5 ans).

13.5. Chronicité :

Certains cas d'anorexie mentale évoluent vers une forme chronique⁶⁹ (de 10 à 25 % selon les études). Il est licite de parler de chronicité au-delà de 5 ans d'évolution, même si à tout moment la guérison reste possible⁷⁰.

L'évolution est dominée par deux dangers majeurs : la mort et la chronicisation.

13.6. La chronicisation :

L'anorexie mentale chronique est définie par la persistance, au-delà de 5 ans de la maladie, de conduites de restrictions alimentaires qualitatives et quantitatives associées à un amaigrissement marqué par un indice de masse corporelle au-dessous du seuil de 17,5 kg/m², une hantise de grossir, la sensation d'avoir une corpulence dans rapport avec l'état de maigreur du patient, des stratégies de contrôle du poids alliant vomissements spontanés ou provoqués, prise de laxatifs, diurétiques et hyperactivité physique et dans un cas sur deux, des conduites de boulimies.

Les conséquences physiques :

Les conséquences physiques sont souvent préoccupantes et s'aggravent à long terme :

- Œdèmes de carence, amyotrophie, troubles circulatoires, cardiaques, digestifs, rénaux,
- Métaboliques, infectieux, cutanés, dentaires, gynécologiques (avec impossibilité ou

⁶⁹ Viricel J, Bossu C, Galusca B, Kadem M, Germain N, Nicolau A, et al. « Diminution de la Mortalité et stabilité du taux de guérison dans le suivi de l'anorexie mentale ». Presse Méd. 2005; 34(20 Pt 1):1505-10.

⁷⁰ Jeammet P, Brechon G, Payan C, Gorge A, Fermanian J. « Le devenir de l'anorexie mentale : Une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission ». Psychiatr Enfant 1991; 34(2):381-442.

- Difficulté de grossesse), ostéoporotiques, incurie, donnant le sentiment d'une
- Maltraitance physique majeure.
- Le risque léthal, toujours présent, est de 0,5 % par année d'évolution.

Sur le plan psychologique :

· Ritualisations, rigidité des attitudes avec appauvrissement de la vie relationnelle, Affective et sexuelle, isolement social, retentissement sur la vie professionnelle

· Complications psychiatriques :

- Épisodes dépressifs,
- Phobies diverses, obsessions, plaintes hypocondriaques,
- Troubles de la personnalité, basse estime de soi, et mauvaise confiance en soi,
- Conduites addictives : alcoolisme, toxiques, psychotropes,
- Passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

L'évolution est émaillée de rechutes plus fréquentes dès le début de la maladie, sans Périodes franches et durables de rémission, malgré les thérapeutiques entreprises, avec Reprise rapide de conduites et de rituels alimentaires et autres rituels de la vie Quotidienne.

13.7. Mortalité :

L'anorexie mentale est l'une des pathologies psychiatriques ayant le taux de mortalité

Le plus élevé. La mortalité semble moins importante chez les sujets soignés avant 20 ans.

Comme nous l'avons vu précédemment, 5 à 10 % des adolescents souffrant d'anorexie Mentale décèdent des complications de leur pathologie, environ la moitié du fait des complications somatiques aboutissant à un arrêt cardiaque, et l'autre moitié par suicide.

La mortalité par suicide est plus fréquente chez les patientes ayant des conduites Boulimiques. La mortalité des anorexiques chroniques est plus élevée encore :

- Mortalité prématurée de 15 à 20 % avec plus de 20 ans de recul de suivi, ce qui
- Représente⁷¹ une mortalité de 0,5 % par année d'évolution, soit 12 fois plus que la Mortalité attendue à cette période de la vie.

La plus grosse étude réalisée à ce jour concernant la mortalité de l'AM (sur 6 009 sujets hospitalisés en Suède pour anorexie mentale entre 1973 et 2003) estime que la mortalité est 6,2 fois plus importante chez ces sujets qu'en population générale. Un âge de début précoce et une hospitalisation plus longue sont associés un devenir meilleur, alors que les comorbidités physiques et psychiatriques assombrissent le pronostic. Dans cette étude, la mortalité était maximale l'année qui suivait la sortie de l'hospitalisation. Cependant, Lindblad a montré que la mortalité avait diminué au cours du temps chez des sujets hospitalisés en Suède, ce qu'il attribue au développement de centres de soins spécialisés dans ce pays.

14. Traitement :

Les méthodes thérapeutiques sont :

14.1. Hospitalisation

Elle répond essentiellement au retentissement physique de la conduite anorexique. Elle comporte plusieurs versants et peut avoir plusieurs objectifs.

- Réalimentation : elle peut devenir une nécessité et une urgence. Elle peut se faire par les moyens naturels ou par une réalimentation artificielle à l'aide d'une sonde gastrique ou même par une nutrition parentérale totale avec pose d'un cathéter dans la veine cave supérieur.

⁷¹ Op. Cit : Anorexie mentale : prise en charge P : 94.

- L'isolement : il est considéré depuis Lasègue et Charcot comme le meilleur traitement symptomatique de l'anorexie ; il se réalise classiquement suivant un véritable conditionnement avec levée progressive des mesures d'isolement, proportionnellement à la reprise de l'alimentation et du poids.

14.2. La thérapie institutionnelle

L'hospitalisation n'est pas nécessairement synonyme d'isolement, c'est le point de vue de ceux qui l'utilisent dans une perspective de thérapie institutionnelle. Ces auteurs considèrent que si l'hospitalisation est rendue nécessaire par l'état de la patiente, elle ne doit pas renforcer les défenses de cette dernière, mais être au contraire utilisée pour modifier sa personnalité et l'ouvrir à des modalités relationnelles nouvelles. C'est la vie même de l'institution, les échanges entre les individus occupants des statuts différents, les règles explicites et implicites, les activités qui sont utilisés à des fins thérapeutiques⁷².

Le contrat est l'instrument privilégié et indispensable de cette modalité d'hospitalisation. Il porte sur le poids à partir duquel la sortie pourra être envisagée. Une fois fixé, il doit demeurer intangible et respecté par toutes les parties, essentiellement les soignants et la famille.

La durée de l'hospitalisation peut être très variable et n'a pas de valeur pronostique. Elle semble osciller entre 03 et 06 mois. Nous suivrons volontiers « Goldston (1974) quand il donne comme critères de sorties : la capacité d'avoir du plaisir dans les échanges et dans une forme d'activité, associée à un gain de poids suffisant »⁷³

⁷² Cours E.M.C : anorexie mentale.op.cit

⁷³ Goldston R.: "Mind over Matter, observation on 50 patients hospitalized with anorexia nervosa". J. AM. Acad Child, psychiatry 1974-13 n°2: P: 246.

14.3. Méthodes biologiques

La chimiothérapie : elle est utilisée systématiquement par certains, selon les cas par d'autres, de façon exceptionnelle par les derniers. Parmi les neuroleptiques, la chlorpromazine (Largactil) à des doses qui peuvent varier de 50 à 300 mg, reste le plus employé par ceux qui préconisent l'usage de ce type de médicaments.

Les antidépresseurs et surtout les dérivés de l'imipramine, du fait de leur double action antidépressive et anxiolytique, sont plus fréquemment prescrits. Pour Russel, ces traitements n'auraient aucun effet sur le pronostic à long terme. Les anxiolytiques, comme les somnifères, peuvent à l'occasion constituer des thérapeutiques d'appoint.

On a également proposé la « périactine » mais son rôle est considéré comme purement placebo.

Certains auteurs utilisent l'électrochoc depuis la phase initiale dans la majorité des cas⁷⁴ (J. Laboucarié et Al) d'autres dans certains cas seulement (ch. Durand)⁷⁵ afin de réduire l'angoisse, d'agir sur les mécanismes régulateurs de la faim et de modifier l'état thymique.

14.4. Approche nutritionnelle et diététique

Les conseils et le suivi diététique peuvent être une étape importante de la restauration d'une alimentation normale. Le risque est de renforcer les obsessions alimentaires de ces patientes en prescrivant des mesures diététiques trop strictes.

Cette approche semble surtout utile dans le cas des conduites boulimiques où, comme le souligne Aimez⁷⁶ elle comporte une dimension didactique et une composante de restructuration cognitive s'adressant aux distorsions de l'image du corps

⁷⁴ J. Ajuriaguerra : « Manuel de psychiatrie de l'enfant », Édition Masson, Paris 1980. P : 222.

⁷⁵ Op.cit.

⁷⁶ Aimez. P : « Intérêt de l'approche institutionnelle psycho éducative dans le traitement de la boulimie ». Actual Psychiatr Paris 1987 ; 9 : 84-89

et du rapport à l'aliment ". (Le contrat, le programme, les consignes, le carnet alimentaire etc.).

14.5. Les thérapies comportementales

L'anorexie mentale comme tous les troubles du comportement, représente un champ d'application privilégié de ses méthodes. L'isolement et sa levée progressive en fonction du poids faisaient déjà implicitement appel au principe de base de la thérapie comportementale.

Leur application à l'anorexie mentale s'est surtout développée à la fin des années 60 et au début de la décennie suivante.

Deux types de méthodes ont été employés : le déconditionnement de l'anxiété sous-jacente, par la désensibilisation (Wolpe)⁷⁷ suivant le modèle appliqué aux phobies ; et le conditionnement opérant avec renforcement positif et négatif. L'appréciation des résultats varie beaucoup d'un auteur à l'autre (Wulliemer et Coll 1975)⁷⁸. De vives critiques ont été faites à ces méthodes qui leur reprochent d'aggraver le sentiment d'incapacité, de dépendance et de solitude de ces patientes.

Il semble plus intéressant de les considérer comme des indications utiles à certaines phases de l'évolution des troubles des conduites alimentaires⁷⁹ (Guilbert 1987), Vandereycken et Perloot 1977)⁸⁰ et surtout comme un élément d'appoint dans un traitement diversifié dans le but de tenter de se libérer rapidement du handicap parfois extrême que représente le symptôme. La nature même de ces troubles oblige en effet

⁷⁷ Wolpe J. « Pratique de la thérapie comportementale ». Paris : Masson, 1975.p :121.

⁷⁸ WULLIEMER F, ROSSEL F, SINCLAIR K : « La thérapie comportementale de l'anorexie nerveuse ». J Psychosom Res 1975 ; 19 : 267-272.

⁷⁹ GUILBERT P, LELIEVRE F : « Thérapie comportementale des conduites boulimiques ». Actual Psychiatr Paris 1987 ; 9 : 91-96

⁸⁰ VANDEREYCKEN W, PERLOOT R : « Anorexie mentale, rétablissement du poids par la thérapie du comportement ». Feuille de psychiatrie de Liège 1977 ; 10 : 47-58

les thérapeutes à prendre à un moment de l'évolution des mesures de contrainte et à s'engager sur le plan comportemental (Richard, 1978)⁸¹.

Ces méthodes ont été complétées par d'autres qui cherchent à obtenir en plus de la Rééducation nutritionnelle, une " restructuration cognitive " par correction des erreurs de certains raisonnements. Les contrepropositions positives sont opposées au propos du sujet au-delà de la question du comportement alimentaire, et concernant l'image négative que le sujet a de lui-même, de son corps... l'efficacité de l'approche cognitive et comportementale sur certains aspects du comportement alimentaire semble donc bien démontrée par certaines études. Les résultats des programmes différents, en ce qui concerne les anorexiques en fonction des différences entre 2 types cliniques restrictifs ou Boulimiques (Divac, Foulon, Criquilloon-Doublet, Samuel-Lajeunesse1991)⁸². Comme dans le cas des conduites addictives, il semble intéressant d'associer une approche corporelle à ces approches cognitives et comportementales (Poudat 1991)⁸³.

14.6. La place du Groupe dans la prise en charge

Comme dans toutes les pathologies narcissiques et les conduites d'addiction, il est souvent souhaitable de fournir des appoints narcissiques qui respectent les aménagements défensifs et laissent le temps de trouver des formes d'équilibres plus acceptables. Les groupes d'entraide que l'on voit se multiplier notamment dans les pays anglo-saxons, les thérapies de groupe, surtout celles gérées par les patients eux-mêmes, peuvent donner des résultats Appréciables qui répondent peut-être à ce besoin.

Les thérapies de groupe de l'anorexie mentale semblent par contre assez rarement mises en œuvre. Les groupes ont pourtant démontré leur intérêt dans une

⁸¹ RICHARD B. : « Place des techniques comportementales dans le traitement de l'anorexie mentale ». Mémoire pour le CES de psychiatrie. 1978.P :82.

⁸² Divac S, Foulon C, Criquilloon-Doublet S, Samuel-Lajeunesse, B : « Le traitement comportemental des patients anorexiques individualisé ».rôle des caractéristiques d'échantillon dans le choix de l'approche thérapeutique.Symposium international.les troubles des conduites alimentaires. Paris.1991.

⁸³ Poudat, FS : « Approche corporelle dans la thérapie cognitivo-comportemental des conduites addictives ».Symposium international : Les troubles des conduites alimentaires. Paris, 1991

prise en charge multimodale et leur riche complémentarité avec l'abord individuel, une fois passée la période aiguë ou de grande maigreur (Richard)⁸⁴.

14.7. Les thérapies directives

Cette forme de traitement se rapproche beaucoup de la TCC mais le terme qui les décrit le mieux est celui d'éclectisme. Autrement dit, les techniques thérapeutiques sont empruntées à différents modèles. On compose le traitement avec des ingrédients triés de différentes approches thérapeutiques, par l'hypnose, la thérapie enseignera relaxation et techniques de renforcement du moi. Dans certaines situations, l'hypnose peut être utilisée pour surmonter les traumatismes psychiatriques⁸⁵.

14.8. Thérapies familiales et thérapies interpersonnelles

Elles partent de l'idée que l'anorexie mentale est un symptôme de la maladie ou du dysfonctionnement du système familial. C'est pourquoi le thérapeute familial verra le plus souvent la famille tout entière et interviendra sur tous les membres. C'est avec la famille qu'on passera des conventions et qu'on cherchera des solutions. Le thérapeute familial peut aussi prescrire des tâches qui visent l'ensemble de la famille. Les études suggèrent que les résultats sont bons. Cependant nous remarquons que les thérapeutes familiaux sous-estiment la gravité du trouble alimentaire et accordent trop peu d'importance à l'alimentation et aux conséquences de l'anorexie⁸⁶.

La thérapie interpersonnelle part de l'idée que le trouble alimentaire est lié à une altération des relations interpersonnelles. La différence est qu'on travaille surtout avec la patiente elle-même, le but des interventions est de créer des relations sociales plus satisfaisantes, tant au sein de la famille qu'à l'extérieur. On ne cherche donc pas à

⁸⁴ Richard B : « Un groupe d'anorexiques mentales hospitalisées ». Neuropsychiat Enf 1989 ; 37 : 455-462

⁸⁵ Johan Vinderlinden « Vaincre l'anorexie mentale », édition de Boeck, Paris, 2006 P : 154.

⁸⁶ Op.cit

changer la personnalité mais à améliorer le climat et le fonctionnement social actuel. Les quelques recherches effectuées sur les effets de cet abord sont très prometteuses.

14.9. La psychanalyse

Pour ses auteurs, la psychothérapie psychanalytique représente la méthode de choix. Sa forme, ses modalités d'application, son rythme peuvent varier en fonction de chaque patiente, mais la finalité reste la même pour tous : créer grâce à une compréhension psycho dynamique de la conduite anorexique, un cadre dans lequel puisse se développer une relation avec la patiente qui conduit cette dernière à se familiariser avec son monde interne et à y puiser les conditions d'une sécurité retrouvée et d'une meilleure autonomie au travers d'un réinvestissement libidinal rendu tolérable de son corps, de sa pensée et d'une image d'elles-mêmes différenciée et sexuée. Le premier temps est celui de l'établissement d'une alliance thérapeutique et d'une restauration narcissique ; le deuxième temps celui de l'élaboration des conflits et de la résolution du transfert⁸⁷.

Mais malgré son intérêt pour l'anorexie, la psychanalyse n'a pas obtenu de résultats probants.

- Place de la famille dans le traitement :

Il est difficile de ne pas inclure les parents dans les perspectives thérapeutiques et ce, quelles que soient les positions sur leur éventuel rôle pathogénique. Ils interviennent en effet à toutes les phases du traitement :

- Dans l'établissement du diagnostic et le retard apporté au traitement en participant au déni ou à la minimisation des troubles de leur fille.

- Dans la décision thérapeutique, du fait de leurs difficultés à prendre une décision, à l'imposer et à la maintenir. Il leur est difficile de supporter une situation de conflit avec leur enfant et d'assurer une position de parent.

⁸⁷ E.M.C « Psychiatrie », cours sur l'anorexie mentale, Paris 1986, 37350 A, P : 10.

- Dans le maintien de la conduite thérapeutique et sans une aide appropriée, ils répondent en écho aux passages à l'acte de leur fille et aux tentatives de celle-ci de rompre le contrat thérapeutique.

- Enfin, ils sont fréquemment intolérants aux changements de comportement et aux troubles du caractère qui accompagnent l'abandon du trouble de la conduite alimentaire et l'évolution au cours du traitement.

L'établissement du projet de soins et tout particulièrement du contrat nécessite un accord et une collaboration des parents. C'est là une des conditions essentielles du succès. Cela nécessite des contrats fréquents avec les parents et une compréhension de leur part de l'importance de leur rôle sans pour autant accroître une culpabilité et une ambivalence à l'égard des thérapeutes, déjà grande au départ.

Les modalités de cette action auprès des parents varient suivent les auteurs mais doivent tenir compte de la spécificité des cas et s'adapter à la personnalité des parents ainsi qu'au moment de l'évolution de la patiente et à la nature et la durée d'éventuels soins antérieurs. Le groupe de parents peut être une formule intéressante⁸⁸ Coll.

Les thérapies familiales proprement dites peuvent être également une indication intéressante. Leur objectif commun, quelles qu'en soient les modalités d'application est de se dégager de la désignation d'un symptôme concernant une patiente pour se centrer sur les règles qui régissent les échanges et les communications au sein du système familial⁸⁹.

Certains auteurs pensent que cette approche n'est efficace que pour des formes légères prises au début et surtout chez les très jeunes adolescentes. Il semble surtout intéressant de considérer ces thérapies familiales comme une approche complémentaire d'un projet thérapeutique plus complexe. Leur intérêt peut être plus de dégager des hypothèses sur le mode de fonctionnement familial, de rétablir les limites

⁸⁸ Jeammet Ph. « Le groupe de parents, sa place dans le traitement de l'anorexie mentale ». Neuropsychiatrie de l'enfant, 1984 P : 299-303.

⁸⁹ Jeammet Ph & George A : « une forme de thérapie familiale, le groupe de parents ». Psychiatrie de l'enfant, Paris, 1980 P : 587-636.

de l'identité de chacun, de proposer des interventions plus actives ou des prises de décisions qui relèvent plutôt du rôle du référent du projet de soin⁹⁰.

Ainsi nous pouvons conclure que l'anorexie mentale est l'un des troubles du comportement alimentaire les plus caractéristiques de l'adolescence, elle survient chez les jeunes filles âgées entre 12 et 20ans et qui présentent la triade symptomatique suivante :

- Amaigrissement.
- Restriction volontaire de l'alimentation.
- Aménorrhée, primaire ou secondaire.

Cette triade s'accompagne, selon les cas, de vomissements provoqués, de prise de laxatifs ou de diurétiques, de mensonges et de manipulation de l'entourage. Il existe souvent une hyperactivité physique et un surinvestissement intellectuel alors que la sexualité est peu ou pas investie.

L'évolution non traitée peut être mortelle par inanition. Sous traitement psychologique, le pronostic dépend de la précocité de la prise en charge, une phase dépressive est fréquente lors de l'abandon des habitudes alimentaires antérieures et de la prise de poids.

On décrit des formes du garçon (1 cas sur 10 filles) d'évolution plus préoccupante, des formes précoces pré-pubertaires, avec retard conjoint de croissance, des formes tardives et des formes frustes, très fréquentes, ne justifiant pas systématiquement une intervention médicale.

L'étiologie de l'anorexie mentale peut être liée autant aux facteurs génétiques qu'à des facteurs psychologiques et culturels, ainsi qu'à la structure familiale.

Le traitement de l'anorexie mentale confirmée repose essentiellement sur l'hospitalisation avec isolement du milieu extérieur, contrat de poids et aide psychothérapique. L'abord cognitif et comportemental s'avère fort intéressant dans ce genre de pathologie. Ces formes de thérapie vont faire l'objet du chapitre suivant.

⁹⁰ Elkaim M : « Formations et pratiques en thérapie familiale » Ed ESF, Paris 1985, P 158.

Chapitre III

Les thérapies cognitives et comportementales

Chapitre III : Présentation de l'approche cognitive et comportementale

1- Introduction

Les thérapies cognitives et comportementales se sont développées progressivement en France depuis les années 1970, mais les premiers travaux dans les pays Anglo-Saxons remontent à la fin des années 1950. Elles sont actuellement pratiquées dans un cadre défini de formation des thérapeutes et de modalités d'exercices qui correspond à des standards européens.

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique et de la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information. On parle actuellement de thérapies comportementales et cognitives ou de thérapie cognitivo comportementales (TCC). Cette appellation reflète la pratique la plus fréquente.

Ainsi, une enquête effectuée par Elliot et Coll. (1996) trouve que 67,5% des membres de l'association américaine pour le développement de la thérapie comportementale disent pratiquer des thérapies cognitivo comportementales.

2. Historique

Le développement des thérapies comportementales puis cognitives s'est effectué d'abord dans les pays anglo-saxons et de l'Europe du nord, au début des années 1960. Elles ont essaimé ensuite dans l'ensemble des pays développés, comme en témoigne le caractère international et multinational des recherches et ouvrages qui ont été publiés. Elles se sont implantées en France à partir des débuts des années 1970 grâce à des

associations privées dont les deux principales sont l'AFTCC (Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive) fondée en 1972, et l'AFFORTHECC (Association Francophone de Formation et de Recherche En Thérapie Comportementale et Cognitive) fondée en 1994.

Ces deux associations proposent une formation de base et une formation continue sous la forme d'ateliers et de congrès chacun de ces deux associations propose un annuaire thérapeutes⁹¹ destiné au corps médical.

2.1. Le courant comportementaliste

2.1.1. Behaviorisme Watsonien :

En 1913, l'américain John Watson a promu l'idée, dans son texte « psychology as the behaviorist views », publié dans la Psychological Review, que la psychologie scientifique n'a pas à spéculer sur l'âme ou l'esprit, mais doit se limiter à étudier, par l'observation méthodique et l'expérimentation, des comportements, leurs facteurs environnementaux et psychologiques. Cette conception de la psychologie comme « science du comportement » est appelée « behaviorisme » ou « comportementalisme »⁹²(Cours EMC).

En 1914, Watson a pris connaissance des travaux de Pavlov sur le conditionnement, il y a trouvé l'inspiration pour les expériences sur l'apprentissage et pour une théorie selon laquelle les principes du conditionnement permettent de comprendre tous les comportements normaux ou anormaux.

⁹¹ Adresses E-mail des associations : AFTCC : <http://www.aftcc.org>
- AFFORTHEC : afforthecc@aol.com ou www.afforthecc.com

⁹² E.M.C psychiatrie : « Cours sur les techniques de thérapies comportementales ». Psychiatrie [37-820-A-45] (1997)

2.1.2. Travaux de Wolpe :

Skinner et l'école opérante : la contribution de F. Skinner (1904-1990), au développement des thérapies comportementales et cognitives, réside surtout dans des recherches fondamentales sur l'analyse et la modification des comportements. Il a analysé de façon décisive comment la conduite est déterminée par les effets qu'elle produit. Partant des expériences de Thorndike sur « la loi de l'effet », il a mené, à l'université de Harvard, de nombreuses expériences qui ont permis de préciser les différences entre le conditionnement Pavlovien - qui consiste à apprendre de nouvelles significations – et l'apprentissage opérant – qui consiste à apprendre des effets de comportements ou « d'opération » accomplies par un individu.

3. Travaux de Eysenck à l'hôpital de Mardsley : (Londres)

Il a élaboré diverses techniques, en particulier une forme « d'exposition » in vivo (sans relaxation), il définit la thérapie comportementale comme l'utilisation de la théorie de l'apprentissage pour expliquer et traiter des troubles psychologiques.

3.1. Le courant cognitiviste

Indépendamment de la thérapie comportementale, s'est développé un courant de thérapie « cognitive », il est l'œuvre de psychanalystes insatisfaits de leurs résultats thérapeutiques, mais restés centrés sur l'univers « intérieur » de leurs patients.

Le premier est le psychologue new-yorkais Albert Ellis. L'autre grand pionnier de la cognitive therapy, qui fut d'ailleurs le premier à utiliser cette expression, est le psychiatre A. Beck. Au début des années 1960, il s'est mis à analyser les « schémas de pensée dysfonctionnels » qui suscitent, maintiennent ou accentuent les processus dépressogènes et névrotisants. Il a développé la thèse que tous les syndromes

psychopathologiques se caractérisent par une erreur de perception et d'interprétation « distorsions cognitives »⁹³. (Cours EMC).

Corrélativement, il a élaboré une forme de psychothérapie qui consiste à déconstruire des schémas cognitifs et à les remplacer activement par d'autres, choisis de façon réfléchie.

3.2. Champs d'application des théories cognitives et comportementales :

Au départ, les indications privilégiées des TC étaient les troubles anxieux (surtout les phobies) ; celles des thérapies cognitives, la dépression et les difficultés relationnelles. Les progrès de recherches et d'intégration des deux courants ont permis un élargissement considérable des applications(Ladouceur,Cottraux,Fontaine 1993)⁹⁴ : troubles de la personnalité, troubles psychotiques, troubles chez l'enfant, conflits familiaux, troubles du comportements alimentaires tels : l'anorexie mentale sur laquelle nous nous penchons dans ce travail, et la boulimie, les problèmes de sexualités, les douleurs chroniques, l'aides aux mourants, prévention des toxicomanies, et amélioration de la qualité de vie dans les institutions psychiatriques et gériatriques, etc....

3.3. Les bases théoriques :

On distingue trois mécanismes de conditionnement : le conditionnement classique, le conditionnement opérant et l'apprentissage social. Détaillons maintenant chacun de ces mécanismes.

⁹³ Cours EMC : « Approche théorique des thérapies comportementales et cognitives chez l'adulte », Encyclopédie médico-chirurgicale, 37-820-A-40.

⁹⁴ Ladouceur, R.Fontaine, O.Cottraux, J : « Thérapie comportementale et Cognitive ».Paris : Masson, 1993.P :93.

3.3.1. Le conditionnement classique ou répondant

Le conditionnement classique de l'anxiété postule qu'une réponse anxieuse, à un objet ou à une situation, se développe secondairement à l'association entre la peur et un stimulus neutre. Par exemple, un enfant qui regarde un film dans lequel un homme blesse une femme à la tête peut avoir peur des têtes de poupées car elles ont été associées à la peur éprouvée lorsqu'il regardait le film. Ainsi, la ressemblance et la contiguïté spatiale entre deux stimuli peuvent favoriser le développement d'un trouble phobique. Plusieurs stratégies thérapeutiques tentent de briser le lien établi entre l'anxiété et le stimulus phobogène. Ce sont la désensibilisation systématique, l'inversion et l'exposition graduelle. Le principe de ces techniques consiste à exposer le patient à des stimuli faibles suscitant une peur minimale et à augmenter progressivement leur intensité ou bien, dans le cas, de l'immersion, à présenter d'emblée des stimuli fortement anxiogènes pour le patient. Sur le plan clinique, l'exposition au stimulus anxiogène entraîne la diminution de l'anxiété.

Mais les réactions d'anxiété sont désagréables, voir aversives et elles provoquent souvent, des réponses d'évitement actives, nouvellement acquises, visant à empêcher la confrontation à la situation redoutée.

3.3.2. Le conditionnement opérant

Le conditionnement opérant se fait par l'intermédiaire des stimuli qui suivent une réponse donnée ou qui en sont les conséquences. Le comportement est modifié par ses conséquences. Ainsi, il s'établit une relation fonctionnelle entre le comportement et le stimulus ou les stimuli qui suivent ce comportement : ce sont les renforcements. Le renforcement positif augmente la probabilité d'apparition d'un comportement, le renforcement négatif (qui est désagréable pour le sujet) augmente également la probabilité d'apparition d'un comportement, mais que l'on peut qualifier d'évitement ou d'échappement.

3.3.3. L'apprentissage social

L'observation est l'un des mécanismes de l'apprentissage social qui est à l'origine de certaines phobies. Notamment sociales, (Bandura 1980)⁹⁵, les techniques d'affirmation de soi, issues de l'apprentissage social. Sont un ensemble de procédures thérapeutiques qui visent l'atténuation de la peur du regard critique d'autrui (Wolpe 1975)⁹⁶ de plusieurs descriptions empiriques sont nées des techniques thérapeutiques telles que les techniques d'exposition (qui confrontent le patient à la situation source d'une réaction anxieuse jusqu'à ce que cette situation invalidante disparaisse) des techniques opérantes (qui utilisent des facteurs de renforcement qui aideront le sujet au changement), des techniques d'entraînement aux habilités social ou des techniques d'affirmations de soi (qui permettent de modifier les croyances, les représentation associées à des événements) nous décrirons dans ce chapitre, chacune de ces techniques avec sa définition, sa description et parfois les difficultés liées à leur utilisation.

3.3.4. Analyse fonctionnelle

En pratique clinique, la difficulté du thérapeute réside dans l'indication des techniques. Avant de proposer un contrat thérapeutique au patient. Ce choix se fait au décours de l'analyse fonctionnelle. L'évaluation initiale du patient permet de connaître les comportements problèmes du sujet qui vient consulter dans leur diachronie et leur Synchronie. Pour ce faire, le thérapeute comportementaliste prend soin de relever minutieusement les situations redoutées par le patient pour tracer le plan thérapeutique visant à les aborder et lui apprendre des comportements incompatibles avec l'anxiété ou avec l'adoption de comportements pathologiques (rituels obsessionnels, comportements boulimiques...). Il en résulte des hypothèses sur la constitution du trouble. À partir de ces hypothèses fonctionnelles permettant une conceptualisation du

⁹⁵ Bandura A. : « L'apprentissage social ». Bruxelles : Pierre Mardaga, 1980

⁹⁶ Wolpe J. : « Pratique de la thérapie comportementale ». Paris : Masson, 1975

cas, le thérapeute choisira telle ou telle technique. Pour un même patient, il est possible d'utiliser plusieurs techniques, soit chronologiquement, l'une après l'autre, soit simultanément, par alternance d'une séance sur l'autre.

Les entretiens d'évaluation constituent, par conséquent, un des moments les plus importants permettant de poser l'indication de thérapie comportementale ou non. Cette évaluation de départ obéit à des règles techniques spécifiques. Elle inclut non seulement une évaluation clinique mais aussi, comme nous l'avons nommée, une analyse fonctionnelle et une évaluation quantitative des troubles à l'aide de questionnaires et d'échelles appropriées. Cette objectivation des troubles permet au patient d'accéder à une meilleure connaissance de ses symptômes avant thérapie (Mirabel-Sarron et Vera1995)⁹⁷.

Ainsi, pour le thérapeute comportementaliste, le symptôme correspond à la persistance d'un comportement acquis ayant pu avoir une valeur de protection ; le contexte ayant changé, il cesse d'être adopté. L'objectif du comportementaliste est, par des techniques fondées sur l'apprentissage, de faire disparaître la réponse inappropriée, donc le symptôme

1^{ère} phase : l'analyse fonctionnelle :

Elle porte sur l'observation des comportements, des pensées et des émotions définissant le problème, afin d'en étudier les conditions de déclenchement et de maintien. On en précisera les circonstances de survenue, la fréquence, l'intensité et le retentissement sur l'individu et son entourage. Les facteurs de renforcement seront évalués avec soins.

2^{ème} phase : la définition des cibles pathologiques :

L'analyse fonctionnelle permet de mettre à jour l'actualité des symptômes tels qu'ils sont vécus au quotidien. Des hypothèses communes concernant le développement du trouble sont élaborées avec le patient, celui-ci définissant une

⁹⁷ Mirabel-Sarron C, Vera L. « L'entretien en thérapie comportementale et cognitive ». Paris : Dunod, 1995.

hiérarchie des problèmes suivant l'importance qu'il leur attribue et l'intensité du handicap.

3^{ème} phase : l'élaboration d'un programme thérapeutique :

Les différents programmes reposent sur le principe d'une intervention structurée, spécifique, délivrée au sein d'une relation pédagogique dans laquelle le thérapeute développe chez le patient des capacités d'auto contrôle adaptées au contexte. Le but est d'élaborer une véritable stratégie thérapeutique visant à étudier et à neutraliser les symptômes cibles définis précédemment.

4^{ème} phase : l'évaluation de la méthode et des résultats :

A tout moment, les objectifs et les moyens thérapeutiques sont évalués et adaptés à la situation du malade, dont la motivation et l'implication personnelle dans la thérapie doivent être manifestes. Les succès et les échecs ou les difficultés sont discutés en commun, dans le souci d'une réflexion partagée, utile et pragmatique⁹⁸.

3.3.5. Les techniques comportementales

Abordons chacune des techniques thérapeutiques :

I- Technique d'exposition :

Les techniques d'exposition sont considérées comme des techniques de réduction des peurs et des phobies par conditionnement d'une réponse apprise. Le thérapeute apprendra au sujet une réponse inhibitrice du processus de peur. La réponse la plus communément substituée est la réponse de relaxation qui est antagoniste à la réponse anxieuse. Ce processus est intitulé le principe d'inhibition réciproque par (Wolpe 1958)⁹⁹.

⁹⁸ Op.cit

⁹⁹ Wolpe J. : « Pratique de la thérapie comportementale ». Paris : Masson, 1975

A- La désensibilisation systématique :

La désensibilisation systématique proposée par Wolpe est la technique la plus connue. Il s'agit d'une méthode d'exposition en imagination qui comporte plusieurs étapes :

- L'apprentissage à la relaxation : utilise volontiers la méthode de (Jacobson 1980)¹⁰⁰. Six à dix séances d'une durée de 20 minutes environ est nécessaires. Il est conseillé au thérapeute d'effectuer la séance en même temps que le patient pour lui servir de modèle en cas de difficulté à comprendre les différents mouvements. Il est cependant difficile quelques fois d'apprendre au sujet à se relaxer, à fermer les yeux, à rester allonger, immobile... alors différentes aides techniques sont proposées telles que l'utilisation d'une méthode de relaxation hypnotique ou bien l'utilisation de techniques ventilatoires.
- La constitution de la hiérarchie : est pratiquée au cours des séances et affinée par le patient à son domicile. Une hiérarchie comporte une dizaine de situations sources d'angoisses présentées par intensité de stress croissant. L'intensité de l'anxiété est évaluée de manière subjective, le sujet lui-même attribue une note entre zéro (0) et cent (100) dans une unité intitulée « unité subjective d'inconfort ».
- Le travail en imagination : débute après avoir vérifié les capacités d'imagerie mentale du patient. Si le patient n'arrive pas à imaginer les scènes, les séances d'exposition s'effectueront dans la réalité, et l'on abandonnera la désensibilisation systématique. Le thérapeute demande au patient de se relaxer jusqu'à obtenir un niveau de détente suffisant ; il propose ensuite une scène de la hiérarchie qu'il évoque avec beaucoup de détails afin que le patient se représente dans la situation. Chaque évocation dure de 05 à 10 secondes et est entrecoupée de pauses de relaxation. De trois à cinq évocations en imagerie sont proposées par séance. Le patient est régulièrement évalué sur son niveau

¹⁰⁰ Jacobson E.: « Savoir relaxer ». Québec : Les Editions de l'Homme, 1980

d'anxiété et si son angoisse augmente beaucoup au cours de l'évocation d'une scène, il se manifeste par un geste (lever la main par exemple).

- La désensibilisation systématique in vivo : propose au sujet une exposition aux différents items de la hiérarchie construite en réalité. Le sujet utilise la relaxation comme méthode de contre-conditionnement.
- La désensibilisation de contact : fait participer le thérapeute plus activement : il va servir de modèle au patient et donner de nombreuses informations sur les perceptions.
- La désensibilisation automatique : s'effectue grâce à un programme de séances préalablement enregistré sur cassette audio, la hiérarchie étant préparée avec le thérapeute au préalable.
- L'auto désensibilisation : se pratique à l'aide d'un manuel ; le thérapeute n'est alors qu'un consultant éventuel.
- La désensibilisation par auto contrôle : est une procédure aux objectifs plus larges. Le but est de développer chez le sujet des procédures pour faire face à n'importe quelle situation stressante. Aussitôt que le patient revient, on repère la moindre manifestation de son anxiété, il met en jeu les procédures de relaxation. La hiérarchie n'est plus centrée autour d'un thème principal, c'est un ensemble de situations où dans le passé le sujet s'est senti tendu, nerveux ou anxieux.
- La désensibilisation systématique : est pratiquée en groupe avec cinq à six sujets se plaignant de la même peur. La hiérarchie est construite en collaboration avec tout le groupe. La vitesse de progression des séances en imagination suivra les sujets qui ont le plus de difficultés.
- La désensibilisation systématique vicariante en groupe : projette à l'ensemble du groupe, un film vidéo représentant une thérapie de désensibilisation systématique pour la même peur que celle ressentie par des participants.

B- Exposition in vivo :

L'exposition aux stimuli, qui suscitent l'anxiété du malade, doit préciser la durée de cette confrontation (intervalles courts ou longs). La pente d'approche qui peut être

prononcée progressive, les stimuli (concrets, filmés), le procédé qui peut être en groupe ou en individuel, l'auto exposition entre les séances de traitement et l'utilisation d'un modèle effectuant une exposition analogue. Il est admis que la forme de l'exposition est un facteur important mais pas déterminant du succès thérapeutique : le patient pour être amélioré ne doit pas entraver le déroulement du traitement d'exposition ni s'en désintéresser, mais bien s'impliquer entièrement et agir sur le stimulus. Un autre facteur d'efficacité thérapeutique concerne l'apprentissage au patient à s'exposer de lui-même à la situation anxiogène (exposée imposée en milieu réel).

C- Prévention de la réponse :

Une modalité différente d'exposition employée dans le TOC (trouble obsessionnel compulsif) est la prévention de la réponse, cette technique intègre l'exposition aux stimuli. Elle consiste d'abord à aider le patient à s'aventurer dans les situations anxiogènes (en imagination ou en réalité), en présence du thérapeute, et empêcher de réaliser ses rituels, aussi bien idéatifs (compter, remplacer une image angoissante par une autre neutre...) que compulsifs (vérifier, se laver, poser des questions absurdes...) le but est de montrer au patient qu'au bout de quelques minutes ou quelques heures, l'anxiété diminue sans avoir recours à ses rituels, l'un des buts thérapeutiques est de rompre le lien entre l'anxiété et la réalisation de rituels.

Souvent, il est demandé à la famille de participer au traitement par prévention de la réponse, car l'exposition avec prévention de la réponse en milieu réel est un élément thérapeutique de première importance, elle est utilisée de plusieurs façons : expositions répétées plus ou moins espacées, chaque exposition ayant une durée variable de quelques minutes jusqu'à 90 minutes. Si le patient est hospitalisé, l'équipe soignante participe également au traitement.

D- Arrêt de la pensée :

Cette technique est souvent utilisée dans les TOC. En effet, les pensées obsessionnelles sans rituels sont beaucoup plus difficiles à traiter que les

comportements compulsifs. En général, il est proposé de s'exposer aux pensées inopportunes en leur laissant libres cours puis de les interrompre à plusieurs reprises.

L'apprentissage à interrompre et à reprendre les pensées obsessionnelles, c'est-à-dire la régulation de la pensée, a été systématisé sous la forme d'une technique connue sous le nom d'arrêt de la pensée (Cautela1969)¹⁰¹, il est difficile de se prononcer sur l'efficacité de cette technique car les obsessions ont tendance à être remplacées par d'autres.

Les nouvelles pensées peuvent être angoissantes à tel point que beaucoup de patient « s'accrochent » à celles qu'ils ont déjà. L'arrêt de la pensée apporte une aide, dans la mesure où la régulation de la pensée peut être vue comme une façon d'apprendre à affronter un problème. Nous avons l'impression qu'il s'agit plutôt d'acquérir des habilités générales et non spécifiquement la disparition des idées obsessionnelles.

E- Immersion :

Parmi les techniques sans relaxation préalable, l'immersion est une approche soudaine et prolongée en imagination des stimuli anxiogènes, on peut distinguer une variante de la technique d'immersion : « l'implosion » cette technique d'implosion utilise un matériel d'imagerie mentale qui fait appel à la fois aux théories du conditionnement mais aussi les thérapies psychanalytiques. Ainsi le thérapeute abordera les stimuli internes qui contribuent au maintien de la peur.

3.4.1. Techniques opérantes

Il s'agit des techniques les plus utilisées universellement en psychologie. Elles reposent sur le postulat que les comportements humains peuvent être acquis et maintenus selon certaines lois psychologiques, dont la loi de l'effet (Thorndike 1932), qui décrit que le comportement est contrôlé par ses propres conséquences.

¹⁰¹ Cautela JR. Behavior therapy and self-control: technique and implications. In: Franks CM Ed, Behavior therapy: appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969.

A- Renforcement :

Skinner reprend la notion de conditionnement opérant qui tient compte des contingences de récompense. Il définit des stimuli appelés renforcement qui, s'ils sont dit positifs, permettent d'augmenter la probabilité de production du comportement, les renforcements négatifs diminuant cette probabilité. L'objectif des programmes utilisant les renforcements est d'obtenir la généralisation du comportement acquis par conditionnement opérant ou bien la diminution du comportement jugé indésirable (extinction). Ces programmes sont largement utilisés dans l'enseignement aux élèves, dans la gestion des attitudes des enseignants ou en clinique.

Après l'acquisition du comportement, le maintien de celui-ci est fondamental et l'intervention régulière de renforcements positifs permet de conserver cet acquis. Les principes de conditionnement opérant sont largement utilisés dans les troubles des conduites alimentaires¹⁰².

B- Attribution des tâches progressives :

La définition « attribution des tâches progressives », a pour but l'organisation d'une séquence comportementale afin d'aider les patients déprimés à adopter un comportement complexe qu'ils désirent réaliser, mais que la fatigue et le ralentissement rendent irréalisable.

En outre, l'attribution des tâches évite au patient le processus de décision ; cette stratégie thérapeutique n'a pas fait l'objet d'études contrôlées, elle agit à un niveau symptomatique.

C- Estompage et guidage :

Les techniques de Fading (estompage) et de prompting (guidage) peuvent également être associées aux renforcements dans de tels programmes :

- L'estompage consiste à ajouter des stimuli à la situation anorexique, ex : on fera écouter à un patient qui a de fortes manifestations d'anxiété lorsqu'il entend des

¹⁰² OP. CIT, Guelfi, J.P :284.

sirènes d'alarme d'ambulance, une musique où on a enregistré des sirènes d'alarmes. Au cours des séances on baissera la musique et le son de la sirène sera de plus en plus distinct. Le but est d'entraîner le sujet à s'efforcer à rechercher la sirène au lieu d'éviter de l'écouter.

- Le guidage est une procédure dans laquelle on utilise un signal afin d'aider le patient à trouver le comportement adapté. Cette procédure est particulièrement indiquée lors de l'entraînement à disséminer un stimulus précis.

D- Programme d'activités :

Le principe consiste à se baser sur le conditionnement opérant, intégré en fait des méthodes qui s'en éloignent (entraînement aux habilités sociales, mesure des caractéristiques subjectives en terme de plaisir, relaxation, affirmation de soi et planification des activités). Cinq études contrôlées évaluent l'efficacité de ce programme, mais la disparité des échantillons et des méthodes de recherche ne permet pas de conclure (Blackburn et Cottraux 1988)¹⁰³.

3.4.2. Techniques issues de l'apprentissage social

Les techniques d'affirmation de soi constituent une aide thérapeutique efficace chez les patients présentant une altération significative du fonctionnement social et/ou professionnel et qui possèdent une faible estime de soi. Ces techniques sont d'un abord psychologique axé sur l'atténuation des manifestations anxieuses et sur l'apprentissage de comportements de communication. L'affirmation de soi peut être proposée en groupe ou en individuel comme dans le cas d'anorexie mentale ou les troubles de l'image corporelle ne sont qu'un écran qui cache une mauvaise estime de soi. Les procédures thérapeutiques utilisées sont : le jeu de rôle, le Modeling, le feed-back, le renforcement externe, l'autoévaluation et l'auto renforcement. Les techniques d'affirmation de soi ont été adaptées (entraînement des habiletés sociales) aux patients schizophrènes. (Favorite et Barrelet 1993)¹⁰⁴.

¹⁰³ Blackburn IM, Cottraux J. : « Thérapie cognitive de la dépression ». Paris : Masson, 1988.

¹⁰⁴ Favrod J, Barrelet L : « Efficacité de l'entraînement des habiletés sociales avec les personnes atteintes de schizophrénie ». J Thé Comp Cognit 1993 ; 3 : 84-94.

A- Jeu de rôle :

Le jeu de rôle a pour but d'aider le sujet à se sentir à l'aise face à des comportements nouvellement acquis et à les reproduire facilement dans les situations sociales appropriées. Le jeu de rôle comportemental demande au patient de faire « comme ci » il était en situation réelle, et de se comporter de façon affirmée dans cette situation. Le jeu de rôle est une technique employée dans l'apprentissage à l'affirmation de soi.

B- Modeling :

Dans le Modeling ou apprentissage par imitation, un modèle présente un comportement à imiter (modelage positif) ou à éviter (modelage négatif). Par exemple, comment aborder des personnes qu'on ne connaît pas. Il s'agit d'un procédé d'apprentissage où le comportement individuel ou de groupe se modèle par rapport à un stimulus (attitudes, comportements ou pensées) par observation de ce modèle. Ce programme s'avère très efficace dans les conduites addictionnelles : alcool et trouble de conduites alimentaires : anorexie et boulimie.

C- Façonnement de la réponse :

Ils consistent à aider le sujet à affirmer ses comportements nouvellement acquis au moyen de la rétroaction et du renforcement. La rétroaction ou feed-back, permet de donner au sujet des informations spécifiques et descriptives sur son propre comportement. Le feed-back négatif consiste à informer le patient qu'un changement de comportement est nécessaire tandis qu'un feed-back positif l'informe sur l'adéquation de son comportement. Le renforcement est utilisé la plupart du temps sous forme d'approbation ou de félicitations au moment où le patient montre une amélioration de son comportement. Le renforcement est donné soit par un thérapeute, soit par les membres du groupe thérapeutique, soit en favorisant les capacités du patient à s'auto-renforcer. Les procédures cognitives sont également associées pour modifier directement la perception des situations sociales comme étant des situations « à risque ».

3.4.3. Techniques aversives

Les techniques aversives restent utilisées dans des cas ponctuels, dans le respect de l'éthique et des données scientifiques. Des publications rendant compte de l'utilisation de ces techniques dans la réduction de la fréquence d'un comportement invalidant, mutilant, sont toujours d'actualité. Les indications les plus courantes sont les conduites addictionnelles : toxicomanie, troubles alimentaire, boulimie... les stimuli aversifs utilisés peuvent être des sons désagréables, le gout amer d'une boisson, une odeur repoussante... c'est le type de programme aversif issu du conditionnement pavlovien. Dans le conditionnement opérant le stimulus aversif est délivré par un membre du personnel soignant à chaque fois que le patient accomplit le comportement inadapté.

3.5. Techniques comportementales et cognitives

Toutes les procédures techniques discutées précédemment sont définies comme méthodes de modification d'un comportement permettant d'aboutir à son extinction. Cependant, ces différents processus de changement incluent des variables cognitives qui ne sont pas prises en considération en tant que telles. En pratique clinique, un travail complémentaire sur les cognitions peut être pratiqué selon les techniques cognitives classiques. Ces programmes comportementaux et cognitifs sont parmi les plus employés à l'heure actuelle.

3.6. Thérapies de groupe

Elles sont proposées pour la majorité des techniques précédemment citées (désensibilisation systématique, exposition in vivo, programme de renforcement, techniques cognitives). Le thérapeute doit connaître alors les procédures de gestion du groupe.

3.7. Les techniques cognitives

Des techniques purement cognitives peuvent être utilisées lorsque les patients anorexiques développent des croyances rigides et irrationnelles au sujet du poids, de la nourriture et de l'image corporelle. Des croyances fondées sur la peur se développent et contribuent à entretenir l'ensemble des troubles, les techniques suivantes peuvent être employées :

- Compréhension des relations entre croyances, affects et comportements ;
- Correction entre perception de sa valeur et apparence physique ;
- Mise à distance des émotions ;
- Examen de la valeur adaptative et fonctionnelle des croyances ;
- Mise à distance des croyances dysfonctionnelles ;
- Recherches d'explications alternatives aux croyances ;
- Développement des sentiments réalistes.¹⁰⁵

3.7.1. La technique de la restructuration cognitive

Elle consiste à prendre conscience des mécanismes de distorsion de notre mental et à modifier notre manière de penser pour améliorer notre état émotionnel. Elle se base sur le traitement cognitif de l'information selon lequel chaque individu face à une situation donnée l'interprète d'une manière personnelle en lui donnant une signification, engendrant ainsi une émotion quand l'interprétation est biaisée / déformée, les émotions qui lui sont relatives sont sources de souffrance pour l'individu.

- Les distorsions cognitives :

Se sont des pensées automatiques (monologues intérieurs) et des postulats qui font référence le plus souvent à la notion de danger, elles se basent sur :

¹⁰⁵ Loretta Sala « étude des variables cliniques, psychologiques et discursives chez des patientes souffrante de trouble du comportement alimentaire » thèse pour l'obtention d'un doctorat en psychologie clinique 2008 France, P : 113.

1- Le raisonnement dichotomique : c'est bon ou mauvais, sans nuance, aussi bien pour le poids « je suis bien à 50 kg et difforme à 52 kg », que pour la nourriture « je ne mange pas du tout de chocolat, si j'en mange une tablette, je vais prendre 10 kg ».

2- La personnalisation : il s'agit de la tendance à attribuer les événements à ses caractéristiques personnelles plutôt qu'aux variables de l'environnement. Ex : la patiente attribuera ses écarts de régime à une faiblesse inhérente de sa personnalité plutôt qu'à un environnement tentateur.

3- La pensée superstitieuse : les patientes établissent une relation de cause à effet entre les événements non contingents. Cette pensée magique peut sous-entendre des rituels, certaines pratiques d'alimentation.

4- La maximalisation et minimalisation : la première consiste à donner une importance excessive aux échecs et la deuxième à banaliser les succès, ex : les anorexiques ont une tendance malade à surévaluer leurs progrès et à sous évaluer leurs problèmes.

6- L'abstraction (ou interprétation) sélective : c'est le fait de s'attacher à des détails isolés de telle sorte que la signification de l'ensemble de la situation n'est plus perçue. Ainsi, la minceur est le seul cadre de référence pour l'appréciation de soi, malgré la technique de preuve d'exemples contraires, cette croyance a tendance à persister, ex : « ces 2 kg de trop, c'est la preuve que ça ne marche pas ».

7- La généralisation : on extrait une règle sur la base d'un événement puis on l'applique à des situations qui ne sont pas semblables. Exemple « une patiente connaît une personne mince qui a bien réussi. Donc la minceur est de règle pour la réussite ».

8- L'inférence arbitraire : tirée des conclusions sans preuves, exemple : « il suffit de regarder un gâteau pour grossir » « le sucre se transforme instantanément en graisse ».

9- La pensée catastrophique : exemple : « si je mange un bonbon, je grossis »¹⁰⁶.

1. ¹⁰⁶ Site internet : www.Fractal.Aссо.FrFrance réseaux des addictologues comportementalistes et tabacologues, troubles du comportement alimentaires, consulté le 31-10-2010.

3.7.2. Différentes étapes de la reconstruction cognitive

- Identification des pensées automatiques (ci-dessus).
- Modification des pensées automatiques : on essaiera de faire comprendre aux patientes de modifier les pensée automatiques en discutant les arguments pour ou contre l'anorexie mentale, la prise de poids... Généralement, après cet examen contradictoire, la croyance en la validité des pensées diminue. Une fois les pensées dysfonctionnelles discutés et remises en questions par les patientes, il sera possible d'affronter la situation redoutée par exposition en imagination, puis in vivo avec prévention de la réponse pour essayer de modifier ces pensées définitivement.
- Formulation de pensées plus réalistes :

Le but est d'aider les patientes à remplacer les pensées initiales catastrophiques (peur de grossir, d'être difforme) par d'autres plus réalistes, qui aideront les patientes à affronter les situations redoutées (une alimentation normale). Le but est de généraliser le principe à toutes les situations problématiques.

- Les techniques pour mettre à jour ces pensées automatiques :

- Technique de la flèche descendante :

La technique de la flèche descendante (BlackBurn et Cottraux 1988)¹⁰⁷ consiste, à partir des pensées automatiques survenant au cours d'une situation problématique ex « le fait de manger à table en famille m'angoisse », de demander à la patiente la pire conséquence de cette situation et ce que cela représente pour elle « je serai obligée de finir mon repas », il lui est alors demandé la pire conséquences de cette 1^{ère} conséquence et ainsi de suite...

• 107 Op.cit

Par cette méthode, on essaiera de parvenir au noyau central de la pensée anxigène.

4. Les TCC en pratique

Sur le plan pratique, les TCC sont des thérapies structurées qui se déroulent généralement sur 10 à 20 séances, en individuel ou en groupe.

Les thérapies comprennent généralement plusieurs phases :

- Diagnostic clinique selon les critères du (DSM IV).
- Analyse fonctionnelle.
- Entretiens d'évaluation (a l'aide d'échelles et questionnaires ou tests).
- Analyse motivationnelle : qu'est que le patient désire changer ?
- Information au patient du diagnostic, construction et établissement d'un contrat thérapeutique.
- Interventions thérapeutiques.
- Evaluation des résultats en fin de thérapie.

Différents éléments sont importants dans la prise en charge :

- Une alliance thérapeutique de qualité est nécessaire ; le thérapeute aura un contrat chaleureux, sincère, empathique avec le patient.
- Le travail sur « l'ici et maintenant » est important, mais les éléments passés sont également à prendre en compte.
- La structure des entretiens est assez conventionnelle : synthèse de la semaine et tâche à accomplir, choix d'un thème à analyser et prescriptions pour la semaine à venir, auto-observation et auto-évaluation.
- Les entretiens sont généralement distants d'une semaine, et durent en moyenne 30 à 45 minutes selon les stratégies choisies ;
- La durée de la thérapie est d'environ quatre mois, 12 à 15 séances sont généralement nécessaires pour aborder un comportement dysfonctionnel¹⁰⁸

¹⁰⁸ Cottraux J. : « les thérapies comportementales et cognitives ». Ed Masson 2001.p :12-13

Style du thérapeute :

Les thérapeutes diffèrent selon leur personnalité, leur savoir et le problème qu'ils traitent. Toutefois la grande majorité adhère, depuis le début des pratiques cognitivo comportementales, aux principes suivants

-Climat de collaboration :

Le thérapeute agit comme un pédagogue respectueux de l'« apprenant », soucieux de le faire accéder rapidement à davantage d'autonomie. Il évite l'établissement d'une relation caractérisée par l'obéissance et l'autorité. L'affection ou l'amour, il s'efforce d'instaurer une ambiance de travail, sereine et sympathique, qui favorise une alliance thérapeutique.

- Transparence :

Le thérapeute explicite en toute clarté les principes, les objectifs, les méthodes, les contrats, les critères d'évaluation, les résultats. Il propose éventuellement les lectures, qui permettent au patient de bien comprendre les processus qui le perturbent et la logique du traitement. Il s'abstient d'utiliser un jargon incompréhensible.

- Incitation à l'action :

Le patient qui veut se libérer des réactions bien ancrées ne peut se contenter de parler et de recevoir des interprétations pendant une ou deux heures par semaine. Il doit effectuer, dans la vie quotidienne des « taches thérapeutiques » c'est-à-dire des exercices personnels destinés à :

- Observer ses réactions et leurs contingences ;
- Analyser son recueil d'observations, comprendre des enchainements ;
- Formuler des objectifs réalistes et concrets ;
- Expérimenter de nouvelles façons de percevoir, d'interpréter et d'agir ;
- Evaluer la façon nuancée des changements positifs et des échecs ;
- Répéter et consolider les acquis.
- Eventuellement étendre les acquis à d'autres secteurs de l'existence.

Le thérapeute a pour rôle primordial d'aider le patient à réaliser de tels apprentissages. A cette fin, il adopte un style relativement directif : il pose souvent des questions, il répond explicitement à celles du patient, il reformule et synthétise les propos du patient, il demande à celui-ci de faire de même, il l'informe sur des processus psychologiques, il donne des schémas, il fournit des cassettes à écouter ou des brochures à lire et à discuter, il l'encourage à « expérimenter » de nouveaux comportements, il montre comment tenir un carnet de notation de conduites, il insiste pour réaliser les évaluations précises. Parfois, il accompagne le patient dans des situations anxiogènes pour faciliter la confrontation et l'apprentissage d'une meilleure régulation émotionnelle.¹⁰⁹

5. Fonctionnement cognitif dans les troubles du comportement alimentaire (Anorexie Mentale) :

Il y'a 40 ans, Bruch a décrit des distorsions cognitives dans les troubles du comportement alimentaire.

Les troubles cognitifs perturberaient ainsi le traitement des informations relatives tant au corps (poids, silhouette, masse grasse), qu'aux aliments (valeur calorique, « nocivité »), et aux valeurs qu'ils constitueraient (succès, force de caractère, reconnaissance social, valeur personnelle), il en résulterait notamment une propension à lier de façon trop étroite l'estime de soi à l'image du corps et au comportement alimentaire.

Les biais cognitifs ou les distorsions, particulièrement autour du poids corporel ou la forme, ont été bien documentés comme étant une cause de préoccupation parmi des personnes préoccupées par le poids. Les distorsions incluent des biais dans l'attention, à la mémoire et pour l'interprétation des stimuli liés à l'alimentation et le poids, il a été suggéré que ces biais cognitifs peuvent contribuer au développement et au maintien d'une pathologie alimentaire en partie par la promotion des préoccupations par rapport à l'alimentation et au poids. ces théories mettent l'accent sur des facteurs cognitifs pour expliquer l'étiologie et la perpétuation de l'anorexie

¹⁰⁹ Légeron, P. Van Rillaer, J.: « approche théorique des thérapies comportementales et cognitives chez l'adulte ». Encyclopédie Médico-chirurgicale 37-820-A-40.

mentale. Selon ces auteurs, les facteurs cognitifs dans les troubles du comportement alimentaire sont de trois types : les erreurs logiques, les dérapages cognitifs et la complexité conceptuelle. Les erreurs logiques sont la sur-généralisation, l'abstraction sélective, la pensée catastrophique et la pensée rapportée à sa personne. Par dérapage cognitif, on entend un relâchement conceptuel et une mise à l'épreuve pauvre de réalité. La complexité conceptuelle concerne les capacités intellectuelles.

Dans l'anorexie mentale, les cognitions pathologiques concernent surtout l'alimentation, l'image du corps et l'estime de soi, le tableau ci-dessous présente les types d'erreurs de raisonnements retrouvés chez ces patientes. (Eiber et Al, 2005)¹¹⁰.

Terme	Définition
Raisonnement dichotomique	Raisonnement en terme extrême de tout ou rien, ne s'applique pas qu'à l'alimentation mais aussi à tous les autres domaines de la vie.
Personnalisation	Tendance à attribuer les événements à ses caractéristiques personnelles plutôt qu'à des variables de l'environnement.
Pensée Magique	Etablissement d'une relation de cause à effet entre événement non contingent.
Maximalisation	Surestimation de la conséquence d'événements indésirables.
Abstraction sélective	S'attacher à des détails isolés de telle sorte que la signification de l'ensemble n'est plus perçue.
Généralisation	Extraction d'une règle basée sur un évènement et transposée à des situations non semblables.

D'autres auteurs ont postulé une distorsion cognitive spécifique chez les patientes avec un trouble du comportement alimentaire : une fusion pensée-forme. Cette distorsion en la croyance qu'avoir une pensée en lien avec des évènements

¹¹⁰ Eiber, R., Mirabel-Sarron, C., et Urdapilleta, I. : « Les cognitions et leur Évaluation dans les troubles des conduites alimentaires ». L'Encéphale, 2005, 31(6 Pt 1), 643-652

augmenterait la probabilité de survenue de ceux-ci et, par conséquent une pensée négative équivaldrait à une action négative.

Ces croyances dysfonctionnelles ont été examinées et on a trouvé que les femmes anorexiques ont plus de croyances dysfonctionnelles de culpabilité, d'estime de soi et d'autoévaluation que le groupe contrôle de plus, ces femmes tendent à se percevoir comme moins compétentes.

Les anorexiques ont, en général, des croyances plus dépressives sur soi et l'avenir.

6. Les modèles explicatifs de l'anorexie mentale selon la théorie cognitive et comportementale :

Depuis les premières propositions formelles d'auteurs comme Fairburn (1981)¹¹¹ les modèles ont convergé vers une articulation des facteurs environnementaux nutritionnels et émotionnels qui apparaît à l'identique dans tous les articles et traités de thérapie cognitive et comportementale depuis plus de 15ans.

L'application des modèles cognitifs et comportementaux a été étudiée au cours des 30 dernières années, le focus central de ces modèles a identifié des pensées erronées concernant le poids corporel, la taille et la forme corporelle (cognitions de la psychopathologie alimentaire).

Concernant l'anorexie mentale, plusieurs modèles explicatifs ont été décrits dans la littérature. Williamson postule l'existence de trois « entités » au sein de la problématique anorexique, une perturbation perceptive au niveau de l'image du corps, la peur de prendre du poids et une préoccupation marquée par la forme du corps. Les trois éléments centraux entrent en interaction avec des caractéristiques de base de la psychopathologie de l'anorexique de la manière suivante. Les restrictions diététiques déterminent l'apparition de la faim et une baisse de l'énergie vitale. Cela fait interrompre le régime, mais déclenche des phénomènes anxieux liés à la prise

¹¹¹ Fairburn, C. G. (1981):" A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia".
Psychological Medicine, 11(4), 707-711.

potentielle de poids et au sentiment de perte de contrôle sur son alimentation. Cette étape se poursuit « naturellement » par l'évitement de l'alimentation, qui permet une réduction de l'anxiété et une diminution, voire une suppression de l'appétit le métabolisme se réduisant, cela renforce la nécessité de mettre en place des restrictions diététiques, bouclant ainsi le cercle vicieux.

Il va de soi que d'autres aspects interviennent à un niveau ou un autre de la chaîne que nous venons de décrire : une pathologie anxieuse ou dépressive, une sensibilité interpersonnelle particulière, ou encore une manière défaillante de gérer son stress.

Il est important de citer la théorie cognitive et comportementale proposée par Fairburn, Cette théorie suggère que le besoin extrême de contrôler l'alimentation est la peur cruciale de ce trouble.

Trois mécanismes maintiennent la restriction alimentaire, le premier concerne le fait qu'un contrôle sur l'alimentation fait augmenter le sentiment d'auto contrôle de la personne ainsi que l'estime de soi. Le deuxième est lié à la restriction et à la façon dont les effets physiques et psychologiques sont interprétés. Le troisième est spécifique à la société et concerne le contrôle sur l'alimentation, la forme et le poids étant utilisés comme des indices d'autocontrôle et d'estime de soi. De tels symptômes incluent des attitudes et des comportements dysfonctionnels par rapport aux aliments et à l'alimentation, un mauvais fonctionnement émotionnel et social, de mauvaises performances cognitives et des changements physiques. Cette théorie suggérée par certains symptômes accentue ultérieurement la restriction alimentaire en affaiblissant la sensation de la personne à pouvoir contrôler son alimentation, la forme corporelle, le poids et elle-même.

Il y'a, au début du trouble, un besoin extrême de maîtrise sur la nourriture en rapport avec les sentiments d'inefficacité et de perfectionnement, eux-mêmes en interactions avec une faible estime de soi. Ces patientes tendent à être particulièrement autocritique, elles s'auto-motivent en exigeant d'elles-mêmes des standards précis pour leur alimentation, leur forme, leur poids et leur contrôle, et quand elles ne

peuvent pas les atteindre, elles se voient comme inadaptées et pas à la hauteur au lieu de penser que leurs standards sont trop exigeants, le résultat est une autoévaluation négative. Cela maintient aussi le trouble alimentaire et mènent les patientes à s'efforcer encore plus lourdement à atteindre le « succès » dans le domaine de leur vie qui est le plus important pour elle : contrôler leur alimentation, leur forme corporelle et leur poids, de cette façon, un cercle vicieux supplémentaire servira à maintenir le trouble alimentaire.

Cette nécessité d'autocontrôle a plusieurs raisons :

- La restriction fournit un résultat immédiat et direct sur l'autocontrôle.
- Elle est encouragée par la famille qui se focalise sur le comportement alimentaire.
- Influence les effets de la puberté.
- Elle est encouragée par la société.

Le maintien du trouble se fait par trois mécanismes de rétrocontrôle qui évaluent dans le temps et dont l'importance change d'un moment à l'autre :

- La restriction alimentaire accroît le sentiment de maîtrise, le succès initial est un renforçateur puissant. Au fur et à mesure, les individus finissent par maîtriser tous les domaines de leur vie, cette maîtrise expliquerait la résistance au changement.
 - Les aspects d'inanition encouragent davantage la restriction.
 - Les considérations extrêmes par rapport à la silhouette et au poids favorisent cette restriction.

7. Evaluation des études sur les troubles du comportement alimentaire :

L'ensemble des études concernant l'évaluation de la TCC dans les troubles alimentaires concerne l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimiques.

Notre travail s'intéresse surtout aux **études concernant l'anorexie mentale :**

Bien que l'utilisation des techniques comportementales et cognitivo-comportementales soit partie intégrante de la plupart des programmes multimodaux de traitement de l'anorexie, qu'ils soient ambulatoires ou rétro-hospitalier, il existe très peu d'études contrôlées évaluant l'efficacité de la TCC dans cette indication.

Cinq essais contrôlés randomisés (tableau I) et une revue de la littérature sur l'efficacité des TCC dans l'anorexie mentale ont été retrouvés dans la littérature, Channon et Coll. (1989) ont réparti 24 patientes anorexiques (diagnostiquées selon les critères de Russel) en trois groupes traités en ambulatoire par 24 séances échelonnées sur une période d'un an : 08 patientes participaient à des séances d'une heure de TCC, 08 à des séances d'une heure de thérapie comportementale (T. comp), et les 08 patientes du groupe contrôle à des séances non spécifiques de 30mn. L'état clinique était évalué sur l'échelle de Morgan et Russell à la fin du traitement, et à 06 et 12 mois de suivi, le fonctionnement psychosociale s'améliorait dans les 03 groupes, avec une supériorité de la TCC sur les autres conditions, en revanche, dans le groupe TCC, comparé au groupe thérapie comportementale, on notait une meilleure compliance des patientes au traitement (aucun sortie d'essai). Ces résultats sont à interpréter avec prudence, vu le petit nombre de sujet.

Tableau I : Etudes contrôlées dans l'anorexie mentale :

Références appréciation méthodologique	Description	Résultats
Channon et Coll. 1989, note	3 groupes de patientes ambulatoires traitement par	Amélioration similaire du fonctionnement

=6,5/10	TCC, T. comp. ou condition contrôle pendant un an = suivi de 12 mois évaluation sur l'échelle de Morgan et Russel.	psychosocial dans les 3 groupes, meilleure compliance au traitement dans le groupe TCC comparé au groupe T.comp.
Crisp et Coll., 1991 note = 6,5/10	90 adolescentes avec A.N. sévères réparties en 4 groupes (hospitalisation puis psychothérapie individuelle et familiale ambulatoire. psychothérapie individuelle et familiale + conseil nutritionnel ; psychothérapie de groupe pour la patiente + psychothérapie de groupe pour la famille + conseil nutritionnel ; suivi par le médecin de famille ; évaluation par entretien semi structuré, jusqu'à 05 ans de suivi.	A la fin du traitement pas de différence d'efficacité entre les 3 traitements actifs : prise de poids significative par rapport au poids d'entrée et à la condition contrôle ; maintien au suivi à un an.
Treasure et Coll., 1995 note = 6,5/10	30 patientes ambulatoires adultes réparties en 02 groupes : 20 séances hebdomadaires de 50mn : soit traitement psycho éducatif comportemental, soit Thérapie cognitivo-analytique, (CAT) suivi de 12 mois.	63% des sujets ont un devenir bon ou intermédiaire sur le plan nutritionnel à un an, amélioration subjective plus grande dans le groupe de thérapie cognitivo- analytique. (CAT)
Wiseman et Coll., 2002	40 patientes hospitalisées avec A.N	Pendant les 2 semaines de traitement, amélioration

	(n=22). A.N de type boulimique (n=14), ou BN (n=4), séance de 45mn, 4 fois/semaine (un groupe de TCC et un groupe de traitement psycho éducatif) sur l'évaluation YBC -EDS à l'admission et 2 semaines après.	des attitudes, idées et comportements alimentaires sans différence significative entre les groupes.
Pike et Coll., 2003 note = 8,5/10	33 patientes avec A.N. (DSN IV) assignées de façon randomisée à 1 an de traitement ambulatoire par TCC ou de conseil nutritionnel.	Le groupe recevant le conseil nutritionnel a un taux de rechute plus élevé (53% versus 22%) et rechute significativement plus tôt que le groupe recevant le TCC, un plus grand nombre de patientes recevant le TCC répondent aux critères de bon devenir (44% versus 7%) le taux global d'échec du traitement est significativement plus faible pour le TCC que pour le conseil nutritionnel (22% versus 73%).

Abréviations : T. comp : thérapie comportementale ; A.N. = Anorexie Mentale ; CAT = Thérapie Cognitivo-Analytique ; BN = boulimie ; YBE-EDS = Yale Brown Cornell Eating Disorder.

L'étude de Crisp et Coll. (1991) a concerné 90 Adolescentes souffrant d'anorexie sévère (DSN III-R) réparties en 04 groupes :

- Traitement intra + hospitalier intensif pendant plusieurs mois suivi de 12 séances de psychothérapie individuelle et familiale ambulatoire.
- 12 séances de psychothérapie individuelle et familiale ambulatoire, plus conseil nutritionnel.
- 10 séances de psychothérapie de groupe pour la patiente, 10 séances de psychothérapie de groupe pour la famille, plus conseil nutritionnel.
- Suivi assuré par le médecin de famille (condition contrôle).

L'évaluation, par entretien semi structuré du statut somatique, psychologique, social et comportemental, était faite à la fin du traitement et à 1,2 et 5ans de suivi en post traitement et à un an de suivi, les auteurs constataient dans les 3 groupes de traitement actif une prise de poids significative par rapport au poids d'entrée et par rapport à la condition contrôle, néanmoins, cette étude présente des faiblesses : nombreuses sorties d'essai (40% dans le groupe hospitalisé), sévérité des malades incluses, nombre limité de séances de psychothérapie ambulatoire et, pour certains sujet du groupe contrôle recours à un traitement extérieur à l'étude.

Treasure et Coll. (1995) ont traité 30 adultes anorexiques (CIM 10) en ambulatoire, soit par un traitement psycho éducatif comportemental, soit par thérapie cognitivo analytique (CAT) à raison de 20 séances hebdomadaires de 50 mn. Ils les ont évalués sur l'échelle de Morgan et Russel à la fin du traitement, et à 3, 6, 9 et 12 mois de suivi. Au total 63% des sujets avaient un devenir bien ou intermédiaire sur le plan nutritionnel. A un an, les auteurs rapportaient une amélioration subjective plus grande dans le groupe CAT, mais pas de différence pour les mesures objectives. Toutefois cette étude porte sur un petit échantillon, et les thérapeutes manquaient d'expérience pour une approche nouvelle comme la thérapie cognitivo analytique.

Dans un essai contrôlé, Randomise, Wiseman et Coll. (2002) ont inclus 40 patientes hospitalisées, vingt-deux présentaient une anorexie de type restrictif, 14 une anorexie de type boulimique et 04 une boulimie (critère du DSN IV). Ces patientes étaient réparties en 02 groupes : l'évaluation a été faite sur la Yale Brown Cornell Eating Disorder Scale (YBC-EDS), à l'admission et à 2 examens. Pendant les 2 semaines de traitement, les 2 groupes s'amélioraient en termes d'attitudes et

comportements alimentaires, sans différence significative entre les groupes, les patientes du groupe TCC, mais celles du groupe psycho-éducatif, déclaraient que le traitement était efficace et agréable, les soignants rapportaient également que les patientes du groupe TCC semblaient plus satisfaites et, en conséquence, étaient plus assidues au traitement, il faut noter que cette recherche a été difficile à mener du fait du caractère très structuré du programme intra-hospitalier habituel, dans lequel beaucoup des interventions ont une composante cognitivo comportemental. Cela peut avoir induit un biais dans les réponses subjectives des patientes et des soignants.

La revue de Kaplan (2002) répertorie moins de 20 essais contrôlés évaluant l'efficacité de différents types de traitements psychothérapeutiques dans l'anorexie mentale, y compris des approches thérapeutiques nouvelles. Elle conclut à une efficacité incertaine pour la plupart des traitements, à l'exception de la thérapie familiale pour les patients plus jeunes avec la durée d'évolution de la maladie la plus courte, les approches nouvelles comme la « motivational enhancement therapy » (MET) et les psychothérapies pour la prévention des rechutes apparaissent prometteuses, mais nécessitent des recherches complémentaires. Dans la plupart des études publiées, des problèmes méthodologiques importants limitent la portée des résultats.

Enfin, l'essai contrôlé randomisé de Pike et Coll (2003) fournit ce que les auteurs pensent être la première évaluation empirique de l'efficacité de la TCC comme traitement « après hospitalisation » pour l'anorexie mentale chez les adultes.

Après reprise pondérale, 33 patientes en fin de traitement hospitalier ont été randomisées à un an de traitement (50 séances individuelles), soit par TCC (approche des concepts de l'estime de soi, de schéma personnel et de fonctionnement interpersonnel), soit par conseil nutritionnel (approche psycho-éducatif basée sur un manuel). Le groupe recevant la TCC se différencie du groupe de comparaison par des taux inférieurs de rechute et de sortie de traitement et de meilleurs résultats cliniques globaux. Néanmoins, il est important de mentionner que, quoique les patientes traitées par TCC répondent plus souvent aux critères de « bons résultats » de l'étude, ces critères ne couvrent pas les attitudes psychologiques et comportementales sous-

jacentes à la pathologie anorexique, comme la préoccupation concernant le poids et la forme corporelle et les habitudes de consommation.

An total, l'insuffisance des données empiriques sur l'efficacité de la TCC dans l'anorexie mentale tient largement aux difficultés méthodologiques liées à la conduite d'essais contrôlés dans des populations de patients qui sont, de fait, traités par une combinaison d'approches, dans laquelle il est difficile d'isoler une composante, et d'en évaluer l'efficacité spécifique. Plusieurs études soulignent la meilleure compliance des patientes anorexiques à la TCC comparée à d'autres traitements.

Dans une pathologie où la demande personnelle et la motivation au changement sont classiquement réduites, ce résultat n'est pas négligeable. Aussi, les nouvelles thérapies visant, comme dans le traitement des addictions, à développer la motivation du patient à concourir à son propre traitement, suscitent actuellement un grand intérêt ; l'étude contrôlée récente démontrant l'efficacité de la TCC pour la prévention des rechutes et le devenir à long terme d'anorexiques déjà traitées en milieu hospitalier devra être suivie d'autres études contrôlées évaluant, chez des sujets anorexiques améliorées la stabilité de la reprise pondérale, la prévention des rechutes et la qualité de la réhabilitation psychosociale.

Etant donné que la plupart des patientes anorexiques hospitalisées reprennent du poids, c'est l'efficacité de la TCC (seule ou combinée à la pharmacothérapie) sur l'évaluation à long terme qui doit faire l'objet de recherches ultérieures.

Enfin, plusieurs auteurs insistent sur l'importance des facteurs non spécifiques dans le traitement des patientes anorexiques, la chaleur, l'authenticité, l'empathie, la compréhension, l'acceptation, l'honnêteté et l'ouverture sont autant d'ingrédients essentiels de la thérapie, nécessaire pour alléger les sentiments d'aliénation et d'isolement des patientes anorexiques.

Il est à noter après une investigation dans le domaine, qu'il n'existe pas d'études montrant l'efficacité de la TCC dans l'anorexie en Algérie, ni de recherche traitant de la prise en charge de l'anorexie mentale par les TCC.

Les limites de la thérapie cognitive et comportementale : elles sont surtout liées à la maladie : car les anorexiques ont du mal à accepter l'idée de lâcher leurs symptômes ! Elles lâchent plus souvent la TCC que la maladie, on peut penser que seule une patiente sur quatre bénéficie vraiment de la thérapie, au sens où elle atteint un poids acceptable pour sa taille et le maintient.

Nous allons donc appliquer des techniques multiples qui ont pour fonctions de se compléter, de compenser les faiblesses de l'une ou de l'autre de porter sur des aspects différenciés de la personnalité de la malade. Par cette combinaison de techniques, nous espérons mieux réussir dans cette prise en charge. (Canceil, Cottraux, Falissard, Flament 2004)¹¹².

¹¹² Canceil, O.Cottraux, J.Falissard, B.Flament, M. : « Psychothérapies : trois approches évaluées ».Editeur : INSERM, Broché.2004 p : 217-221.

PARTIE PRATIQUE

- Méthodologie

- Etudes de cas

- Analyses des résultats et discussions des hypothèses

- Conclusion

Chapitre IV : Méthodologie

Il s'agit d'une prise en charge thérapeutique à l'aide de technique cognitivo comportementale.

1. Population étudiée

Deux cas cliniques ont été suivis, il s'agit de deux jeunes filles âgées de 14 et 16. Toutes deux sont scolarisées, l'une en 9^{ème} AF et l'autre en 1^{ère} année secondaire.

Les deux jeunes filles ont été ramenées à la consultation pédopsychiatrique (à l'hôpital psychiatrique de Sidi Chami Oran), par leurs parents respectifs. Il n'existe pas d'unité spécialisée dans les troubles du comportement alimentaires.

2. Déroulement de la prise en charge

Les jeunes filles ont été rencontrées une fois par semaine pendant 04 mois et demi, dans le cadre d'une prise en charge par la thérapie cognitivo comportementale dans le cadre de la préparation de notre magistère en « clinique infanto-juvénile et guidance parentale ».

- La durée des séances était d'environ 60 minutes.
- Les deux cas présentaient des troubles alimentaires caractérisés par une anorexie mentale diagnostiquée selon les critères du DSM IV.

3. Les difficultés de la recherche :

- L'absence de recherche en magistère ou en doctorat sur le thème, nous a Privé d'études de Comparaison.
- La quasi absence de documentions sur le thème en langue arabe.

-La difficulté de trouver des cas souffrant d'anorexie mentale non pas qu'ils sont Inexistant, mais plutôt non déclarée.

-l'absence de structure spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire.

-l'orientation de ces patientes vers des somaticiens plutôt que des psychologues,

Certes la pathologie revête un aspect somatique mais ses origines restent psychiques.

4. Les outils d'évaluation

Par peur de perdre ce qu'elles ont si chèrement payé, ces patientes souvent méfiantes à l'idée de livrer des informations qui risquent d'entraîner ce qu'elles redoutent le plus à savoir la reprise pondérale. D'où la nécessité d'établir une bonne relation thérapeutique (alliance thérapeutique) avant d'investiguer le problème alimentaire.

Nous allons nous baser dans ce travail sur une évaluation multimodale incluant :

- une échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale (EAT40).

-Le test de l'image corporelle (Silhouette de Mouchés).

- des entretiens cliniques motivationnels.

- un travail sur l'observation directe par l'examen du statut mental

- les techniques issues de la thérapie cognitivo comportementale telles que le cahier alimentaire qui permet de contrôler les habitudes alimentaires, l'exposition et la prévention de la réponse grâce à la pratique du contrôle respiratoire par la relaxation.

Enfin la correction des distorsions cognitives concernant le corps qui est perçu comme difforme, à l'aide de techniques de la restructuration cognitive par la résolution de problème basés sur l'appréciation des « avantages et des inconvénients » et des techniques de « la flèche descendante ». Et « des pensées alternatives ».

Enfin, des techniques psycho-éducatives destinées tant à la patiente qu'à sa famille. La psychoéducation apporte à la famille et à la patiente les informations sur la

maladie, sur ses caractéristiques, son évolution, son traitement, ainsi que sur les attitudes adaptatives à adopter face aux perturbations liées à la maladie.

Nous allons reprendre chaque technique, la définir, l'argumenter et justifier son emploi dans ce travail.

4.1. Echelle d'évaluation

Certaines échelles permettent d'évaluer plus spécifiquement l'anorexie mentale. Ce sont avant tout des instruments destinés en pratique à évaluer le changement par la thérapie. Cet entretien d'évaluation quantitative se pratique généralement après l'analyse fonctionnelle. En fonction des hypothèses diagnostiques, ces échelles peuvent être complétées par d'autres questionnaires ou tests. Dans ce travail nous avons utilisé les échelles d'autoévaluation de l'anorexie mentale, ainsi que le test de l'image corporelle intitulée « Silhouette de Mouchés »

***Echelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale (rating attitudes test) (EAT40) :**

- l'application : l'échelle de Garner et Garfinkel¹¹³ est la plus connue et la plus utilisée pour évaluer la gravité de l'anorexie mentale et son évolution. Une version réduite peut être utilisée comme instrument de dépistage de l'affection dans une population à risque (des adolescents) mais avec quelque prudence. La version initiale comporte 40 items et peut être réduite à 26 items.

- Le mode de passation : Le sujet examiné doit cocher les cases qui correspondent à chaque item et d'évaluer l'intensité de la réponse qui va de « pas du tout/jamais » à « extrêmement/toujours » avec une possibilité de six réponses par item.

- La cotation des réponses : Il faut distinguer deux sortes d'items : des items directs et les items inversés. Dans le premier cas, le degré extrême placé à droite (« extrêmement/toujours ») reçoit un score de trois points, les deux degrés suivants reçoivent 2 et 1 point. Aucun score n'est donné aux réponses non anorexiques. Dans le

¹¹³ Garner, D. & Garfinkel, M. : « Echelle d'auto évaluation de l'anorexie mentale EAT40 » (1975) traduction Carrot G. et Long F.

cas des items inversés (n° 1, 18, 19, 23, 27, 39), le degré extrême est placé à gauche (« pas du tout/jamais ») reçoit un score de 3, les deux degrés suivant des scores de 2 et 1 point. Il suffit ensuite de faire les sommes des notes obtenues¹¹⁴.

Études de validation de l'échelle :

Pour la version à 40 items (EAT- 40), les études de validations sont nombreuses. La version anglaise a été étudiée sur des sujets anorexiques ou obèses, des sujets contrôles, voire des populations telles que des danseuses (Garner et Garfinkel, 1975 ; Garner et coll., 1982). La version anglaise a été étudiée sur des femmes anorexiques et des sujets contrôles (Carrot et coll., 1987). La consistance interne apparaît satisfaisante quelque soit la version. La validité de critère montre que les deux versions de l'EAT 40 différencient bien les sujets anorexiques de sujets contrôles. (Garner et Garfinkel, 1979, Carrot et coll. 1987). La version anglaise ne permet pas cependant de différencier les sujets anorexiques de type « jeûneurs » de ceux boulimiques (Garner et coll. 1982). Ces auteurs ont proposé par la suite une version à 26 items et suppriment les 14 autres. Cette version réduite a été étudiée sur une population Québécoise francophone et anglophone (Leichner et coll. 1994). Elle permet de différencier un groupe de patientes adultes et adolescentes (boulimiques et anorexiques et d'un groupe contrôle. Les items retenus pour la version abrégés sont : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40.

- Les normes :

D'après Garner, la note seuil de la version à 40 items est à trente points. La note seuil à 26 items est de 20points.

En conclusion, l'échelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale est intéressante pour le suivi des sujets. La version à 26 items peut être utilisée comme outil de dépistage des comportements alimentaires inadaptés.

¹¹⁴ Bouvard, M. & Cottraux, J., « Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie ». 4^{ème} Edition Masson, 2005. P : 248-250.

4.2 Test de l'image corporelle (Silhouette de Mouchés) :

Ce test consiste en un dessin qui représente la progression de dix silhouettes de femmes (de « maigre » à « grosse »). Chaque dessin correspond à un indice pondéral spécifique¹¹⁵. La patiente doit choisir le dessin de la silhouette qui lui paraît la plus proche de la « sienne actuellement », la silhouette qui lui paraît la plus proche de « l'idéale » et la silhouette qui lui paraît la plus proche de ce qu'elle « souhaite ».

4.3 L'indice de masse corporelle

Au début de la prise en charge, le poids et la taille de la patiente sont mesurés afin de calculer l'indice de masse corporelle, c'est-à-dire la ration de leur poids (en kg) et leur taille (mètre) au carré.

A chaque évaluation, le poids de la patiente est mesuré afin de calculer l'indice de masse corporelle (IMC) et suivre son évolution. Le poids est pris à l'aide d'une balance électronique. La pesée se fait une fois par semaine, pendant l'entretien dans notre bureau et en sous-vêtement.

L'étendue de l'indice de masse corporelle est sous divisé en cinq états de nutrition : un indice de masse corporelle inférieur ou égal à 14kg/m² est considéré comme indicatif d'un état de dénutrition sévère ; entre 14 et 19kg/m² l'état correspond à un sous poids ; entre 19 et 24 kg/m², l'état est normo-pondéral et enfin entre 24 et 29kg/m² correspond à un surpoids et supérieur ou égal à 29 un état d'obésité¹¹⁶.

Afin d'évaluer les symptômes spécifiquement liés à aux troubles anorexiques, nous avons soumis à nos deux patientes l'échelle d'autoévaluation.

¹¹⁵ Mouchés, A. : « Erreurs perceptives de l'image corporelle. Troubles émotionnels et comportements alimentaires ». *Thérapie comportementale et cognitive*, 2 (3), 1992, pp.8-14.

¹¹⁶ Index de masse corporelle de Quételet : $\frac{\text{Poids (KGS)}}{(\text{Taille})^2(\text{Mètres})}$

Tableau : Définition de l'état nutritionnel d'après l'OMS chez l'adulte avant 70ans (en dehors de la présence d'œdèmes)¹¹⁷

IMC (indice de masse corporelle)	Classification
< 10	Dénutrition grade V
10 à 12,9	Dénutrition grade IV
13 à 14,9	Dénutrition grade III
15 à 16,9	Dénutrition grade II
17 à 18,4	Dénutrition grade I
18,5 à 24,9	Normal

Interprétation de l'IMC selon la classification de l'OMS¹¹⁸

IMC	Interprétation
Moins de 16,5	Dénutrition
16,5 à 18,5	Maigreur
18,5 à 25	Corpulence normale

¹¹⁷ Anorexie mentale : prise en charge. Argumentaire. Recommandations de bonnes pratiques. Juin 2010, P : 67.

¹¹⁸ Op. Cit.

4.4. L'entretien psychologique :

L'entretien fait partie de l'examen psychologique. Bien mené, il facilite la relation au patient et permet de le mettre à l'aise, de lui offrir un espace où sa parole est libre et sans contrainte de manière à obtenir des informations indispensables sur ses antécédents. Il permet d'observer ses attitudes, ses réactions ainsi que son style personnel, mais également de percevoir ses émotions qui accompagnent ses dires, pour mieux comprendre son vécu et ses sentiments. Il facilite la synthèse des résultats obtenus et sert de base de comparaison avec les autres techniques¹¹⁹.

4.5 L'observation clinique:

A l'aide de moyens d'investigation appropriés, l'observation conduit à la constatation exacte d'un fait. Elle doit être communicable et quantifiable. La simple constatation d'un fait ne peut jamais, à elle seule, constituer une science. C'est le raisonnement sur les faits qui va permettre de passer à l'étape suivante.

4.6 L'analyse fonctionnelle :

- Objectifs et caractéristiques de l'analyse fonctionnelle : Après les premières séances consacrées à l'établissement du diagnostic clinique à partir des éléments biographiques et anamnestiques du patient, une séance est généralement consacrée à l'analyse fonctionnelle.

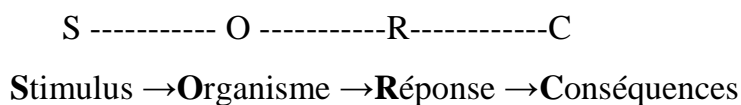
L'analyse fonctionnelle est un moment spécifique et un temps nécessaire dans les thérapies cognitives et comportementales (TCC)

L'entretien pour l'analyse fonctionnelle est directif et expérimental : le problème comportemental est défini avec une hypothèse de travail, hypothèse qui se vérifiera ou non par la suite après application de la TCC. L'analyse fonctionnelle consiste notamment à analyser avec le patient les facteurs actuels et passés de déclenchement,

¹¹⁹ Dictionnaire « la Psychologie moderne de A à Z. » Paris 1971.

de maintien des comportements problèmes, des émotions et des cognitions qui les accompagnent.

L'analyse fonctionnelle représente une méthode clinique d'étude des comportements problèmes que présente le patient dans le but d'isoler des hypothèses. Le but de l'analyse fonctionnelle est également de définir, avant tout traitement, une ligne de base du (ou des) comportement (s) problème(s) et permet au thérapeute avec l'aide des théories comportementales et cognitives de, d'établir un diagnostic dynamique. Principalement, trois systèmes sont généralement explorés : le système moteur, le système cognitif et le système physiologique et émotionnel. Pour mieux étudier et définir le plus précisément possible le ou les comportements problèmes, différents modèles d'analyse fonctionnelle ont été proposés. Nous nous limiterons dans notre recherche au modèle « biopsychosocial » qui est le S-O-R-C (stimulus, organisme, réponse, conséquence) :



S (stimulus) O (organisme/physiologie, schéma) R (réaction : émotion, comportements, cognition) C (conséquences : symptômes)

Les informations recueillies lors de l'entretien vont permettre au thérapeute de réaliser un diagnostic avec des flèches d'interaction entre les différents éléments que sont : le stimulus, l'organisme, les réponses et les conséquences appliqués à la situation problème décrite par le patient. Le thérapeute s'aidera pour réaliser le schéma de plusieurs questions concernant le comportement problème du patient (depuis quand, où, quand, etc.)¹²⁰

¹²⁰ Fontaine, O. Rognant, J : « Les thérapies comportementales, Approches théoriques » Encyclopédie Médicaux chirurgicale, Paris, 1986P :37820 A40.

Sur cette base, il a été possible de construire une analyse fonctionnelle de l'anorexie mentale tenant compte des spécificités de ce trouble pour nos deux patientes.

5. Le contrat thérapeutique :

L'élaboration du contrat thérapeutique s'effectue après l'annonce du diagnostic, l'élaboration de l'analyse fonctionnelle et la passation des échelles d'autoévaluation de l'anorexie mentale et de l'image du corporelle. Après avoir posé l'indication d'une prise en charge thérapeutique cognitive et comportementale. Le contrat thérapeutique est construit en collaboration avec le patient, il formule les différents objectifs concrets à atteindre et les moyens techniques pour y parvenir.

Le contrat thérapeutique pourra s'établir entre le patient et ses parents (dans le cas des adolescents) si l'accord des participants (parents, adolescent, thérapeute) est unanime. L'amorce du bon déroulement de la thérapie repose sur une collaboration étroite et authentique entre patient/parents/thérapeute¹²¹. L'objectif étant avant tout de créer un climat de confiance et non de dépendance.

6. Les méthodes thérapeutiques employées : stratégies d'intervention :

Une fois le contrat thérapeutique établi et les objectifs à atteindre déterminés, le traitement en tant que tel pourra débuter. Plusieurs techniques comportementales et cognitives peuvent être proposées dans l'anorexie mentale :

- a) Les techniques motivationnelles.
- b) Les séances psycho éducatives avec les parents et avec les patientes.
- c) Le cahier alimentaire et restructuration des repas.
- d) La restructuration cognitive : technique de la flèche descendante, bilan des avantages et des inconvénients, des pensées alternatives.

¹²¹ Gicquel, L. : « la prise en charge des troubles des conduites alimentaires de l'adulte ». Revue Prat, 58/2, 2008, pp.167-171.

- e) Séances de relaxation par la technique du contrôle respiratoire.
- f) Exposition avec prévention de la réponse.
- g) Techniques visant à prendre soin de son corps, afin d'améliorer l'estime de soi.

Il faut noter que les différentes méthodes thérapeutiques sont, en général, combinées entre elles et sont complémentaires.

6.1. Evaluation de la motivation

Dans la définition établie par Miller et ROLLNICK la motivation représente l'action combinée des forces conscientes et inconscientes qui justifie un comportement¹²². Il existe deux types de motivations : une motivation dite extrinsèque et l'autre dite intrinsèque. L'adolescent amené en consultation par ses parents est soumis à une motivation extrinsèque, celle des parents insatisfaits du comportement de leur enfant.

Tout l'enjeu thérapeutique se situe dans la transformation de cette motivation extrinsèque en une motivation interne à l'adolescent. L'objectif n'est pas d'exercer une pression mais plutôt d'accompagner l'adolescent à percevoir l'intérêt de certains changements. Changer n'est pas se soumettre à la volonté du thérapeute ou des parents ou tout autre adulte, mais il s'agit de redéployer ses capacités, en d'autres termes, le changement de comportement doit répondre aux valeurs intrinsèques des adolescents, c'est-à-dire répondre à ce qui est important en eux et pour eux.

L'enclenchement de ce processus d'acceptation et de changement chez l'adolescente n'est possible que dans une atmosphère de sécurité et de renforcement instaurée par le thérapeute. En effet bien que certaines personnes aient une bonne perception de leur problème, la crainte dans le changement, de perdre plus que d'y gagner, provoque l'inertie. C'est pourquoi une attention toute particulière sera donnée à l'exploration des points de vue de l'adolescente sur un éventuel changement¹²³.

¹²² Miller, R. W. & Rollnick : « L'entretien motivationnel ». Inter Editions, Paris, 2006.

¹²³ Phan M. & Lascaux : « communication sur l'entretien motivationnel, chez l'adolescent présentant des conduites addictives ». Annales médicales psychologiques, 2009,167, p : 523-528.

6.1.1. L'entretien motivationnel

Dans le cas de l'anorexie mentale, le déni de la maladie ou tout au moins l'ambivalence par rapport à elle peut présenter en soi une bonne indication à l'utilisation de l'entretien motivationnel. Le principe général dans cette technique consiste à développer les motivations personnelles du patient au changement.

L'entretien motivationnel aide la patiente à mettre en évidence sa propre ambivalence en éclairant les contradictions existant entre son comportement actuel et ses aspirations. Par une écoute en « écho » le praticien exprime de l'empathie et une acceptation sans jugement de la patiente telle qu'elle est ; il « roule » avec les résistances de la patiente et n'oppose pas un discours d'expert à l'expérience centrale de cette dernière. La capacité de la patiente à changer à changer dépend du stade du changement auquel elle se situe selon le modèle de Prochaska et Di clémente¹²⁴. L'entretien motivationnel a pour but de faire progresser la patiente vers des stades de changement plus opérants. Ces différents stades ont été décrits de la façon suivante :

- La pré-contemplation : la patiente ne reconnaît pas sa pathologie comme problématique car elle n'en perçoit que les aspects positifs ; le thérapeute tente de comprendre plus que de convaincre pour amener l'adolescente à décrire sa situation.

- La contemplation : l'ambivalence de la patiente face au changement amène le thérapeute à utiliser la technique de la balance décisionnelle basée sur « le pour et le contre » et sur l'analyse « des avantages et inconvénients »

- La décision : la patiente est décidée à faire des changements, mais n'est pas encore passée à l'acte. A l'adolescence cette phase est souvent influencée par l'environnement.

- L'action : l'adolescente opère des modifications dans son style de vie. Le thérapeute soutiendra les efforts de l'adolescente par un renforcement positif.

¹²⁴ Prochaska, J. O., Di Clémente, C. C., et Norcross, J. C. (1992) : « In search of how people Change ». Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

- Le maintien du changement : c'est une phase où il importe de consolider le changement par la multiplication d'expérimentations en situation réelle.

- La rechute : elle peut faire partie du processus normal de changement.

Cette approche montre qu'à chaque stade, le thérapeute doit adapter ses interventions pour favoriser l'évolution de la patiente. Il s'agit de la capacité de l'intervenant à faire émerger puis à renforcer le « discours changement » pour permettre à la patiente de mettre en œuvre le changement. La description des stades du changement est d'une grande richesse clinique car elle permet de se représenter la motivation comme quelque chose de nuancer et d'évolutif.

Comment pratiquer les entretiens motivationnels avec l'adolescente : il s'agit d'entretien semi-structuré visant à faire réfléchir l'adolescente sur ses ambivalences et ses résistances par rapport au changement. La position d'écoute active du thérapeute est essentielle pour lutter contre ces résistances.

L'entretien motivationnel matérialise cette stratégie thérapeutique qui regroupe quatre techniques : les questions ouvertes, le renforcement, l'écoute réflexive et les résumés :

- Les questions ouvertes : s'opposent aux questions fermées et donc appellent une réponse autre que « oui ou non », elles poussent la patiente à développer ses idées et ses réflexions et visent à mieux connaître l'adolescente pour consolider 'l'alliance thérapeutique'

- Le renforcement : met en évidence les forces et les ressources des patientes grâce à l'actualisation d'expériences antérieures. Cette technique permet à l'adolescente d'entre-apercevoir sa capacité à évoluer et à modifier ses comportements et relance la réflexion.

- L'écoute réflexive : consiste à reformuler ce que la patiente énonce afin de vérifier la concordance entre ce qu'elle pense. L'objectif est de mettre en valeur un élément en particulier abordé par l'adolescente et de l'approfondir.

- Les résumés consistent à synthétiser la pensée de l'adolescente sur un ou plusieurs discours, sur une ou plusieurs séances. Il est important à la fin d'un résumé,

d'inviter la patiente à donner son avis avec pour objectif qu'elle valide la proposition du thérapeute ou qu'elle la précise ou la complète.

Ces différentes techniques renforcent l'alliance thérapeutique car l'adolescente se sent écoutée et comprise, ce qui permet au thérapeute de l'accompagner de façon plus adéquate vers ses buts thérapeutiques.

6.1.2. Techniques motivationnelles :

L'adaptation des « entretiens de motivation » de Miller et Rollnick au traitement de l'anorexie mentale c'est beaucoup développé ces techniques postulent que demi résistance au traitement et ambivalence face au changement ne seraient pas des particularités psychologiques intrinsèques des personnes anorexiques, mais les conséquences à long terme des diverses confrontations moins d'obstacles que d'opportunités de nouer une alliance en menant l'exploration des contradictions et dilemmes de manière empathique ,dans un style « Rogérien » . « Les entretiens de motivation » ont été élaborés à partir du modèle du processus du changement de Prochaska, Diclimente et Nocross¹²⁵ (3) il s'agit donc d'aider la patiente à passer les stades de non considération du changement (« je n'ai pas de problème avec l'alimentation ou le poids ») ; de considération (« j'ai un problème, il faudrait que je fasse quelque chose ») ; de préparation (« je veux changer mes habitudes, je m'informe, je consulte pour me faire aider ou trouver comment m'y prendre ») ; d'action (« je modifie –dans les faits-mon comportement alimentaire et je corrige mon état nutritionnel ») ; de maintien (« j'ai conscience des risques de rechute j'anticipe les difficultés pour tenter de la prévenir ») ; de rechute (« j'en reconnais la réalité si elle survient , je sais qu'une ou plusieurs rechutes font partie du processus global , que je peux en tirer des renseignements et je reprends donc la démarche de soins ») .

Les principes fondamentaux de cette approche sont les suivants : manifester activement une empathie ; se départir de son autorité de thérapeute on d « expert » ; encourager la patiente à développer ses propos par des réponses en écho et de brèves

125Op.cit

synthèses ; détecter le glissement vers la confrontation des points de vue de la désamorcer (composer avec la résistance plutôt que la pointer et l'affronter) ; renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et l'optimisme quant à la possibilité d'un changement.

Les « entretiens de motivation » visent donc à préparer la patiente à la thérapie, en l'aidant à stabiliser sa balance de motivations contradictoires du côté du changement.

7. La psychoéducation

L'information constitue une étape très importante de la prise en charge thérapeutique

-la thérapeute donnera des informations pertinentes sur le trouble au patient et à la famille, il mettra en avant l'incidence du trouble sur la population générale et en particulier chez les adolescents, insistera sur les conséquences somatiques de ce trouble, il expliquera également le mécanisme de ce trouble, les facteurs étiologiques, les éléments qui peuvent contribuer à son maintien ou son déclenchement. Il pensera utiliser des diagrammes ou des schémas pour expliquer le trouble. La présentation doit être basée sur des données objectives mettant l'accent sur le fait que « c'est une maladie », éviter les propos culpabilisant pour la patiente ou pour ses parents tout en mettant l'accent sur l'importance de la collaboration de tous¹²⁶.

8. Le cahier ou le journal des habitudes alimentaires :

Les patientes surestiment, dans leur immense majorité, les quantités de nourriture qu'elles absorbent. Si on leur demande de faire la liste de ce qu'elles mangent, en

¹²⁶Site Internet : Argu_Anorexie_Mentale.PDF : « Anorexie mentale : prise en charge ».Haute autorité de santé, Juin 2010, P : 87.

moyenne, par jour on a l'impression qu'elles avalent des montagnes de nourriture. La vérité est tout autre, car si le poids diminue de semaine en semaine, c'est qu'on mange trop peu. Et cependant, on ne peut pas leur reprocher. La plupart n'ont plus aucune idée de ce qu'est une quantité normale, et se qu'elles avalent leur paraît énorme.

Pour se faire une idée juste de ce qu'elles mangent au début du traitement, on peut leur demander de tenir leur journal alimentaire.

Elles peuvent y noter, dans l'ordre, les points suivants :

- Heure du repas.
- Lieu du repas.
- Quantité de nourriture (en détails).
- Vomissements ou laxatifs (s'il ya lieu).
- Pensées et sentiments qui accompagnent les repas.

Grace à ce journal, on peut recueillir de nombreux renseignements sur la façon de manger et sur toutes les pensées qui y sont liées. L'honnêteté est bien sur essentielle, ce qui est très souvent difficile au début du traitement. Si les notes consignées dans le journal sont dignes de foi, ces informations peuvent être très utiles pour planifier la suite du traitement. Dès que le poids commence à augmenter avec régularité, on préconise de ne plus tenir ce journal pour l'extinction de cette occupation.¹²⁷

9. Technique de relaxation par le contrôle respiratoire :

C'est une technique de relaxation simple qui se base sur la respiration naturelle, elle consiste à prendre une lente et profonde inspiration par le nez ou la bouche en soufflant le ventre et à expirer par le nez ou la bouche en rentrant le ventre. Elle permet une meilleure expiration et entraîne une dérivation de la tension et du stress.

¹²⁷ Johan Vanderlinden op.cit, p: 71-72.

La préparation

Le principe est d'utiliser la respiration nasale, qui permet un meilleur contrôle de sa Respiration, et travailler sur la respiration abdominale. Il faut adopter une position Couchée ou Assise, avec le dos bien droit.

Puis poser une de ses mains à plat sur l'estomac, de manière à bien sentir son ventre se Remplir D'air et se vider au cours de la respiration. Ne commencer l'exercice qu'une Fois que l'on maîtrise bien cette respiration abdominale.

Le travail de relaxation

Le travail de relaxation par le ralentissement de la respiration se déroule en trois

Phases :

- Phase 1 : inspirer profondément, en sentant son ventre se gonfler lors d'un

Décompte jusqu'à six ;

- Phase 2 : retenir sa respiration sur trois temps ;

- Phase 3 : expirer de manière à vider son ventre aussi longtemps que souhaité.

Recommencer l'exercice en respectant les trois phases sur une durée d'au moins cinq Minutes, jusqu'à l'obtention d'une relaxation totale¹²⁸.

10. Evaluation des résultats de thérapie

Un des principes de la TCC est que leurs effets soient vérifiables, ce qui nécessite l'évaluation des résultats.

¹²⁸ <http://www.france5.fr/sante/beaute/W00471/3/relaxation> par le contrôle respiratoire, site consulté le14/10/2010

Cette évaluation se fera à l'aide d'entretiens approfondis avec le patient ainsi que se famille mais aussi à l'aide de test et d'échelle d'évaluation.

Généralement, les échelles d'évaluation, ainsi que les tests sont remplies avant le traitement (pré-test), à la fin du traitement (post-test) et généralement en postcure de 6 mois a 1ans (afin d'évaluer le maintien voire l'amélioration des résultats)¹²⁹.

¹²⁹ Cottraux, Jean.: «Les thérapies comportementales et cognitive »MEDECINE ET PSYCHOTHERAPIE.4°EDITION. Masson 2004, P : 7

Chapitre V

Etudes de cas clinique et suivi thérapeutique

Chapitre V : Etudes de cas cliniques et suivi thérapeutique

Cas Clinique : 1

Prise en charge d'une Anorexie Mentale par la thérapie cognitive et comportementale chez une patiente de 16 ans.

Introduction :

Le cas clinique présenté dans ce mémoire concerne une thérapie cognitive et comportementale chez une jeune fille âgée de 16 ans que nous appellerons Hamida suivie en consultation pendant plusieurs mois.

Hamida nous a été adressée par son médecin généraliste pour évaluation et prise en charge d'une Anorexie Mentale. Nous avons proposé une prise en charge par la thérapie C.C à la patiente.

Date de début de la prise en charge : 17/01/10, Durée : 45mn

Première Séance : poids 44kg, IMC : 16.4

Motif de consultation :

Il s'agit de la patiente Hamida, âgée de 16ans, originaire et demeurant à Oran, lycéenne en 1^{ère} année secondaire, adressée à notre niveau par un médecin généraliste. Pour: refus alimentaire de plusieurs mois; amaigrissement important ; elle pèse 44 KG Pour1.64 et une altération de l'état général or la patiente ne semble pas très affecter par la situation; elle nous confie : « mes parents trouvent que j'ai trop maigrie et que ma vie est en danger » (elle ne s'engage pas).

1^{er} Entretien a été effectué à l'hôpital Psychiatrique de Sidi Chami, lieu de mon exercice, il a durée 45mn.

Hamida était accompagnée de ses parents, elle semblait très fatiguée, tient à peine debout. Nous avons tenté, à travers cette première séance d'établir une Alliance Thérapeutique, or la patiente était très réticente, elle appréhendait surtout l'hospitalisation et nous rappelait sans cesse qu'elle était en forme et que ses parents se faisaient « du souci pour rien ».

Nous avons surtout tenté de rassurer les parents, en leur proposant une prise en charge à titre ambulatoire tant que la patiente refusait l'hospitalisation, en plus l'objectif de cette séance était de repérer leur demande (ce qui pousse à consulter aujourd'hui) et d'évaluer son état somatique par le calcul de l'indice de masse corporelle.

Calcul de L'indice de masse corporelle (IMC)

Après l'avoir pesé à l'aide d'une balance électronique en sous vêtement (dans notre Bureau), et la mesurer nous calculons son IMC, ce dernier est à : 16,4 témoignant ainsi d'un état de dénutrition de grade 2.

Séance N°2 :24/01/10 : 50mn

Hamida s'est présentée accompagnée de ses parents elle semblait amaigrie davantage, sa mère nous confie que sa fille mangeait une pomme par jour, et quand ils la forçaient à manger autres chose, elle se faisait vomir.

Cette séance a porté sur l'anamnèse ou l'histoire de la patiente, les événements de la vie marquant ainsi que les principaux facteurs déclenchant les troubles de la patiente.

L'entretien débouche sur un diagnostic du DSM IV, et des propositions thérapeutiques, ainsi que la passation du test de l'image corporelle de Mouchés.

L'histoire Personnelle (Antécédents personnels)

- Présence d'une Aménorrhée (Absence de règles) depuis 2ans.
- Absence d'Antécédents Médicaux ou Chirurgicaux.
- Pas de notion de traumatisme crânien ou de comitialité.
- On ne note pas d'habitudes toxiques chez elle.
- Scolarité : 1ere année secondaire série : Sciences Naturelle et Vie. Elle est toujours Scolarisée.

Commentaire : l'analyse des antécédents personnels d'un sujet est toujours difficile à faire, elle fait en effet appel aux souvenirs lointains avec toutes les omissions, déformations que cela suppose, d'où l'intérêt d'associer la famille (parents) à ces entretiens. Si cette période de la vie, enfance, adolescence particulièrement, explique comment la patiente s'est structurée dans son répertoire cognitif, comportemental et émotionnel, il est quasi impossible d'en faire le recueil de manière un tant soit peu élaborée, ou préférera donc saisir les éléments dans l'ici et le maintenant.

Les Antécédents Familiaux :

- Père vivant âgé de 60 ans, en bon état de santé, propriétaire d'une entreprise.
- Mère vivante âgée de 48ans, femme au foyer en bon état de santé.
- Pas de notion de consanguinité ni de polygamie.
- Hamida est la 3^{ème} d'une fratrie comptant : 1 garçon et 3 filles, tous vivants et en bonne santé.
- Sa sœur aurait présenté une tuberculose pulmonaire en 2008 et ayant reçu le traitement antituberculeux d'attaque et d'entretien.
- Pas de notion d'hérédité Psychopathologique chez les ascendants ou dans la fratrie.
- Conditions socio-économiques : sont jugées bonnes car le père possède une entreprise, et vivent dans une grande maison.

Suivi psychiatrique : depuis des mois, suite à l'apparition d'un amaigrissement important, elle a été mise par un psychiatre privé sous traitement (chlorpromazine 75mg « Largactil » : un Cp le soir et le Bromazepan « lexomil » 6mg : 1/2 Cp le soir). Le traitement a été interrompu volontairement par la patiente quelques semaines plus tard.

Biographie : Hamida est née à l'hôpital d'Oran, issue d'une grossesse désirée menée à terme sans particularités, accouchement par voie basse, allaitée par sa mère pendant 1 ans et 6 mois, son développement psychomoteur est décrit comme normal.

Elle a été élevée par ses parents avec une large contribution de sa grand-mère maternelle dans un milieu aisé avec son frère et ses sœurs.

Hamida et sa petite sœur représentaient depuis toujours la fierté de leurs parents car elles sont les seules blondes aux yeux bleus.

Elle a intégré la maternelle à l'âge de 04ans, où elle participait à différents jeux et apprenait l'alphabet c'était la préférée de son éducatrice qui, selon sa mère, la surnommait « la poupée », elle rapporte qu'elle dénotée par rapport à ses petites camarades.

Elle a été scolarisée à l'âge de 06ans dans un établissement non loin de chez elle, elle nous raconte qu'elle garde un très bon souvenir de son premier jour d'école car tous le monde se montrait gentil à son égard.

Son rendement a toujours été excellent, elle était toujours classée première de sa classe, mais en dépit de ses bons résultats elle restait toujours discrète en classe et participait peu.

Elle avait peu d'amis et partageait le chemin de l'école avec sa voisine Amina. Elle a obtenu son examen de passage au CEM avec 17 de moyenne générale. Elle nous rapporte que lors de sa transition du primaire au moyen, tout était différent : les classes, les professeurs, les matières mais qu'elle est restée cependant amie avec sa voisine.

Elle nous rapporte que pendant cette période son corps commençait à se transformer, elle devient plus femme et grand nombre de jeunes garçons de son âge commençait à s'intéresser à elle. Cette situation la dérangeait et dès qu'un jeune homme essayait de s'approcher d'elle, elle en faisait part à son frère qui les remettait à leur place.

Elle a eu ses premières règles pendant cette période, vers l'âge de 13 ans, elle nous raconte qu'elle détestait avoir ses règles, cela représentait pour elle qu'elle n'est plus l'enfant, mais plutôt la femme.

Toute son adolescence fut perturbée par les disputes incessantes de ses parents. Son père battait sa mère quotidiennement et les enfants restaient tous impuissants dans une chambre, terrorisés, en pleurant.

Elle nous rapporte que cette situation l'a beaucoup perturbée et qu'elle ne pouvait rien faire car un jour son frère a essayé d'intervenir mais cela n'a fait qu'aggraver les choses et son père a fini par le battre à son tour.

Elle nous rapporte que lorsqu'elle avait 13ans, le frère de sa voisine qui était son aîné de 10ans, lui propose un jour de l'accompagner chez elle car il se faisait tard, il était 19 heures et ce dernier a essayé de la violer mais heureusement elle a pu lui échapper de justesse, elle est rentrée chez elle et n'en a soufflé mot à personne, même pas à ses sœurs de peur de la réaction de sa famille.

Elle nous rapporte également que son rêve est de devenir journaliste et qu'elle fera de son mieux pour le réaliser.

La dynamique familiale :

Elle nous dira de sa mère qu'elle préférait son frère à elle, elle lui faisait sans cesse des réflexions et lorsque les gens complimentaient la petite Hamida sur son physique, sa mère répondait « elle est jolie mais grosse ».

Elle rapporte que les comportements de sa mère la faisait souffrir c'est pour cela qu'elle se réfugiait au côté de sa grand-mère maternelle.

De son père, elle dira qu'il la préférait aux autres, il la gâtait énormément, lui apportait des chocolats et des confiseries.

Elle entretient des relations superficielles avec son frère aîné, mais dit que sa sœur Samia la détestait depuis toujours sans raison valable, cependant elle est très complice avec sa petite sœur.

Sur le plan sentimental :

Hamida a reçu une éducation très stricte, « on ne peut pas fréquenter de garçon, c'est comme ça chez nous » nous dit-elle.

Elle se décrit comme quelqu'un de « très timide », réservée et ayant besoin de l'avis de ses proches car leur opinion est très importante pour elle.

Hamida perdit sa grand-mère en 2008 alors qu'elle avait 14ans, cet évènement triste l'affecta énormément car elle entretenait des relations privilégiées avec elle, elle parlait tout le temps ensemble. Sa grand-mère la gâtait beaucoup et ne cessait de lui dire qu'elle lui ressemblait quand elle était elle-même petite fille.

L'histoire de la maladie: (Antécédents immédiats):

Le début des troubles semble remonter à fin 2008 alors que la patiente était âgée de 14ans peu de temps après le décès de sa grand-mère et la contamination de sa petite sœur Amel par le bacille de koch (BK) lui causant une TBC pulmonaire.

Hamida était triste, parlait peu avec ses proches, et ne prenait qu'un repas par jour.

Au début ces parents ont cru que cette période était transitoire, Hamida restreignait ses portions alimentaires davantage, elle avait perdu 10kg en 02 mois et avait l'impression de contrôler son poids. Quelques mois plus tard ses règles ont disparu. Devant la persistance de ces symptômes, sa famille a réagi en l'emmenant (sur la recommandation de leurs proches) chez un Taleb qui a procédé à plusieurs cures maraboutiques sans réel succès.

En parallèle Hamida excellait dans ses études, elle passait son temps à étudier dans sa chambre, elle ne dormait qu'à 2h du matin et se réveillait à 7h sans fatigabilité, par la suite, les parents l'emmènent consulter chez un psychiatre privé qui l'a mise sous Largactil 75mg : 01 Cp le soir et sous Lexomil 6mg ½ Cp le soir.

La thérapeutique n'a pas été un franc succès, car Hamida faisait semblant de suivre son traitement devant ses parents, mais allait le recracher quelques instants après.

Du coup la symptomatologie s'aggravait d'une façon inquiétante au point où Hamida se contentait d'un café au lait le matin et ne mangeait plus rien jusqu'au lendemain matin. Cet état semblait beaucoup la rassurer selon ces dires : « pour une fois, j'étais fière de moi, je perdais du poids et j'avais au moins le contrôle sur quelque chose, or il fallait encore perdre des cuisses et du ventre, je ne pouvais plus m'arrêter...».

Hamida a perdu 46kg en une année, la moitié de son poids initiale 90kg pour 1m64.

Sa mère nous a rapporté que les petites quantités d'aliments qu'elle ingérait ne restaient pas dans son estomac car elle se faisait vomir en mettant ses doigts dans sa bouche « je trouve cela dégoûtant, il faut que ça cesse ».

La semaine dernière Hamida s'est évanouie dans la salle de bain, ces parents ont dû appeler un médecin généraliste qui demanda une hospitalisation et une prise en charge à notre niveau.

L'examen du statut mental : du jour (comportements problème) :

Il retrouve une patiente de biotype longiligne, très amaigrie, vêtue correctement, propre, de teint clair, les yeux bleus et enfoncés, non maquillée, mimique triste, contact possible : superficiel au début ne répondant qu'aux sollicitations, s'améliorant au fur et à mesure de l'entretien, calme sur le plan moteur, humeur affaissée, affects appropriés aux idées.

La patiente ne rapporte pas de conduites antisociales, ni de conduites addictives.

Son discours est cohérent, émis à vitesse normale, à voix basse. On ne note pas de troubles mnésiques, ni de troubles du cours de la pensée.

Elle rapporte la persistance d'idées récurrentes, concernant le poids : « si tu mange, tu deviendras grosse et laide, personne ne t'aimera.... », elle rapporte également qu'elle reconnaît qu'elle a beaucoup maigri par rapport à son poids initial mais cependant elle nous dit : « ce n'est pas grave, je ne suis pas si maigre, je me sens bien ».

On ne note pas de troubles d'allure psychotique notamment les idées délirantes et les troubles de l'activité perceptive, pas de troubles de la série confusionnelle (conscience claire, bonne orientation temporo-spatiale, attention et concentration soutenues).

La patiente nous rapporte des insomnies d'endormissement de part son hyperactivité, pas de trouble sphinctérien elle rapporte qu'elle s'alimente correctement et ne vomir son bol alimentaire. Bien qu'elle reconnaisse l'amaigrissement, on note un déni de certains troubles.

L'examen somatique a été réalisé par le résident du service : l'examen montre un poids de 44kg après la pesée, taille : 1.64 yeux enfoncés, température normal, pouls à 70, tension artérielle 9/06, le reste de l'examen était sans particularités.

Au terme de cet examen un bilan biologique et radiologique était demandé afin d'évaluer le retentissement de la dénutrition sur l'état somatique de la patiente.

Eléments en faveur d'une Anorexie Mentale :

- Perte d'appétit.
- Restriction des portions alimentaires.
- Dénier du trouble.
- Altération de l'image corporelle.
- Aménorrhée.
- Restriction des champs des relations sociales.
- Disputes incessantes avec les proches concernant l'alimentation.
- Hyperactivité intellectuelle.
- Insomnie (difficultés d'endormissement et réveils fréquents).
- Fatigabilité sur le plan somatique.
- Une perte de poids conséquente 50% du poids initial.

Commentaire : la biographie, l'histoire de la maladie (antécédents immédiats) et l'examen mental (comportement problème) fournissent des éléments tout à fait essentiels pour comprendre comment le trouble s'est installé, quelles sont les paramètres internes (fragilité de la personnalité, manque de confiance en soi) ou externes (la pression de la famille, tentative de viol, décès de la grand-mère et maladie de la sœur) qui l'ont déterminée.

Il ne s'agit pas ici seulement de recueillir une histoire mais de comprendre à travers elle quels éléments du milieu externe ont modifié les conduites du sujet (réponses) pour aboutir à la pathologie (conséquence).

Bilan psychologique : clinique :

L'entretien psychologique de Hamida ainsi que l'observation met en évidence une Anorexie Mentale essentielle de la jeune fille selon l'axe I (trouble clinique) du DSM IV de type restrictive. (Voir le chapitre théorique de l'anorexie mentale).

Un suivi régulier en psychothérapie comportementale et cognitive (TCC) serait fortement recommandé afin d'aider en priorité, la patiente à reprendre un poids minimal normal pour sa taille et à travailler sur ses pensées dysfonctionnelles concernant son corps afin de les transformer en pensées adéquates.

En conclusion, le bilan de Hamida met en évidence une Anorexie Mentale dont les conséquences sont non négligeables, une indication de TCC serait adapté et bénéfique pour elle.

Les Résultats du test de l'image corporelle (silhouette de Mouchés)

Silhouette actuelle : Hamida était très gênée devant cette première consigne. Elle se montrait hésitante quant au choix de la silhouette actuelle, mais finit par dire qu'elle ressemble à la silhouette n°6 avec un IMC de 21,6, ce qui indique une distorsion de l'image corporelle car Hamida se perçoit comme plus grosse qu'elle ne l'est en réalité.

La silhouette idéale : pour Hamida, la silhouette idéale reste la 2^{ème} image avec un IMC de 16,9, ce qui témoigne une persistance dans de la perturbation de la perception corporelle.

La silhouette souhaitée : comme pour la silhouette idéale, l'image corporelle évolue peu pour Hamida car elle a choisi la même silhouette que lors de la dernière consigne, c'est-à-dire la n°2, ce qui nous pousse à concentrer notre travail sur l'amélioration de l'image corporelle.

3^{ème} Séance : (31/01/10) :60mn :

Analyse de L'anorexie avec la patiente, et passation de l'échelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale :

Après avoir annoncé le diagnostic à Hamida et ses parents, une analyse, qu'on appelle, dans le jargon « TCC » fonctionnelle est effectuée pour que Hamida puisse comprendre le fonctionnement présent de son trouble ainsi que sa mise en place et son maintien ; en plus cela permet d'élaborer une hypothèse commune concernant les facteurs de déclenchement et le maintien de son anorexie.

Par ailleurs, il est à noter que les facteurs aggravants de Hamida ont été les remarques incessantes de l'entourage sur son poids, sa maman lui répétait sans cesse qu'elle était grosse, même si les gens l'a complimentaient souvent pour sa beauté, ces réflexions ont confirmé ses croyances (je me déteste, je suis complexée par mon corps ; mes cuisses et mon ventre sont déformés.....) négatives sur elle-même, les facteurs déclenchant de ces problèmes sont :

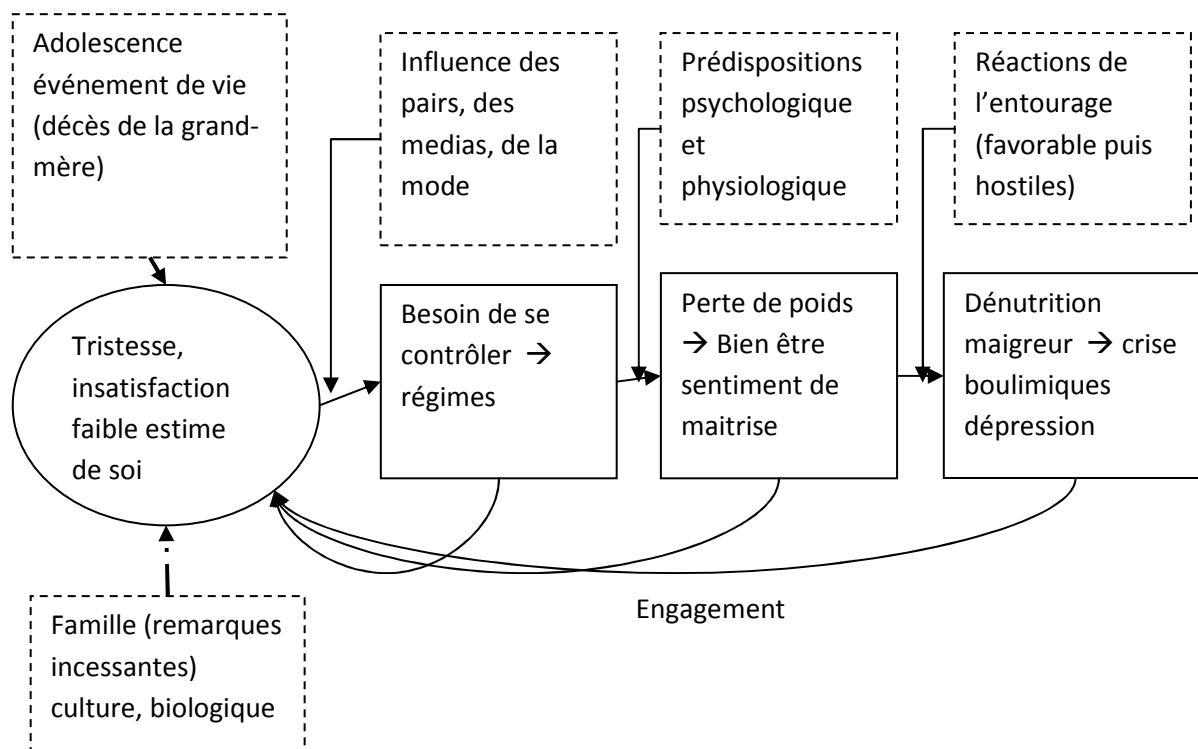
- Le décès de la grand-mère.
- La violence du père à l'égard de la mère.
- La maladie de la sœur.
- La tentative d'agression sexuelle.

L'analyse fonctionnelle a été élaborée selon le modèle biopsychosocial pour chercher à rendre explicites les facteurs multiples qui contribuent à la genèse et au maintien des troubles. Le schéma S.O.R.C s'inscrit dans ce modèle, il s'agit d'intégrer les conséquences des réactions et leurs effets sur la réponse et sur l'organisme lui-même.

Stimulus → Organisme → Réponse → Conséquences

Sur cette base, il a été possible de construire une analyse fonctionnelle de l'anorexie tenant compte des spécificités de ce trouble. Voici le modèle que nous avons utilisé : (Modèle de Fairburn, cf. annexes) :

Ce modèle a donc été appliqué à la situation de Hamida, ce qui donne le schéma suivant :



Dans cette approche, nous pouvons constater que les facteurs d'entretien (maintien) du trouble sont autant liés à l'amaigrissement et ses conséquences physiologiques qu'aux réactions de l'entourage.

Au terme de cette séance nous lui avons passé l'échelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale pour inventorier les troubles qu'elle présente. Cette passation a été faite en commun accord avec la patiente que nous avons informée qu'elle sera évaluée au début et en fin de thérapie : au début, pour évaluer l'intensité des troubles, leur répercussions sur la patiente, et en fin de thérapie une réévaluation sera faite afin d'apprécier les changements.

Echelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale :

Items	Pas du tout/ jamais	Très peu/ rarement	Un peu/ Quelque- Fois	Moyen- nement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
1. J'aime manger avec autrui.			×			
2. Je fais de la cuisine pour les autres mais je ne mange pas ce que je prépare					×	
3. J'éprouve une angoisse avant de manger.					×	
4. J'ai une terreur folle d'avoir des kilos en trop					×	
5. J'évite de manger quand j'ai faim.					×	
6. Je trouve que l'idée de la nourriture me préoccupe					×	
7. Je fais des « grandes bouffes » au cours desquelles j'ai l'impression de ne plus pouvoir m'arrêter.		×				
8. Je coupe la nourriture en petits morceaux.				×		

9. Je connais la teneur en calories des aliments					×	
10. J'évite tout particulièrement les aliments riches en glucides (pain, pomme de terre, riz, etc.)						×

T : Echelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale (p. 2)

	Pas du tout/ jamais	Très peu/ rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
11. Je me sens ballonnée après le repas					×	
12. Je pense que les autres aimeraient me voir manger plus.					×	
13. Je vomis après avoir mangé.				×		
14. Je me sens extrêmement coupable après le repas.						×
15. Je suis obsédée par l'idée d'être plus mince.					×	
16. Je me					×	

dépense énergiquement pour brûler des calories.						
17. Je me pèse plusieurs fois par jour.					×	
18. J'aime que mes vêtements soient ajustés.					×	
19. J'aime manger de la viande.	×					
20. Je me réveille tôt le matin.				×		

T : Echelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale (p. 3)

Items	Pas du tout/ jamais	Très peu/ rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
21. Je mange la même chose tous les jours.					×	
22. Je pense aux calories que je brûle quand je fais de l'exercice.					×	
23. J'ai des règles normales.		×				
24. on pense					×	

que je suis trop maigre.						
25. L'idée d'avoir de la graisse sur le corps m'obsède.						×
26. Je mange plus l'entement que les autres.				×		
27. J'aime manger au restaurant.		×				
28. Je prends des laxatifs.				×		
29. J'évite les aliments qui contiennent du sucre.					×	
30. Je mange des aliments de régime.					×	

T : Echelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale (p. 4)

Items	Pas du tout/ jamais	Très peu/ rarement	Un peu/ Quelque- Fois	Moyen- nement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
31. Je pense que la nourriture conditionne ma vie.					×	
32. Je sais me contrôler devant la nourriture.					×	
33. Je pense que l'on me force à manger.					×	
34. Je consacre trop de temps à la nourriture et y pense trop.					×	
35. Je suis constipée.					×	
36. je me sens mal à l'aise après avoir mangé des bonbons.					×	
37. Je me mets au régime.					×	
38. J'aime avoir l'estomac vide.					×	
39. J'aime essayer de nouveaux aliments riches.	×					
40. J'ai spontanément envie de vomir après le repas.					×	

Concernant les résultats de l'échelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale :

Le score obtenu par Hamida est 79. Donnant une estimation quantitative de gravité du trouble témoignant ainsi d'une perturbation de l'image corporelle et d'une restriction alimentaire sévère (à noter qu'un score supérieur ou égal à 30 est considéré comme indicatif d'un trouble grave du trouble du comportement alimentaire).

4^{ème} séance : 07/02/2010 :50mn :

La prise en charge :

Une psychothérapie cognitive et comportementale est envisagée pour Hamida. Elle inclut une quinzaine de séances, à raison d'une séance hebdomadaire d'une durée de 50mn.

Dans un premier temps, la prise en charge démarre par une explication approfondie du diagnostic de l'anorexie mentale d'une manière générale (à travers une séance de psychoéducation pour elle et ses parents, explication détaillée sur son problème) puis d'une manière plus spécifique du trouble de la patiente (son apparition, son évolution, son maintien).

Dans un deuxième temps, le modèle des TCC sera présenté et expliqué, les procédés thérapeutiques sont abordés et notamment les techniques utilisées ainsi que leur modes de fonctionnement.

La thérapie de Hamida, à proprement parler, s'appuie sur la combinaison de techniques comportementales et cognitives et aussi sur un travail sur la motivation visant la reprise de poids, telles que :

- Une structuration des repas grâce à l'élaboration d'un carnet alimentaire.
- Se fixer un poids et l'atteindre coûte que coûte.
- Récompenser les progrès (renforcement positif).
- Technique de la restructuration cognitive (liste des avantages /inconvénients) afin de réduire les erreurs cognitives relatives aux

théories de Hamida sur son corps (les interprétations biaisées ou déformées qu'elle a sur elle-même).

De plus, Hamida apprendra à faire de la relaxation par le contrôle de sa respiration pour mieux se préparer à la reprise alimentaire sans pour autant s'angoisser ou se culpabiliser.

Les recommandations thérapeutiques précisent à Hamida la pratique des exercices entre les rendez-vous (qu'on appelle en TCC, la prescription de tâches, qu'elle effectuera en dehors du cadre thérapeutique).

A la fin de la prise en charge, une réévaluation par le questionnaire de l'anorexie mentale et le test de l'image corporelle ainsi que quelques conseils seront fournis à la patiente afin de prévenir les rechutes et maintenir les bénéfices de la thérapie.

Les objectifs thérapeutiques :

Le contrat thérapeutique, établi en commun accord avec Hamida, propose une reprise de poids d'au moins 5Kg pour les 03 premiers mois puis, de 03Kg d'ici la fin de la thérapie, au final une reprise de 08Kg d'ici la fin de la thérapie.

Une meilleure acceptation de son corps (pouvoir se regarder nue dans une glace (sans détourner furtivement le regard et culpabiliser sur son poids).

- Le contrat thérapeutique (réalisé avec Hamida)

Le contrat thérapeutique

Décrivez une situation, ou plus ou moins difficile auxquelles vous voudriez vous attaquer, précisez au moins deux moyens possibles (étapes concrètes) de les atteindre.

1- Symptôme (anorexie) :

Problème 1 : il m'est presque impossible de manger à table avec les membres de ma famille.

Etape A : essayer de profiter tranquillement des moments passés à table en famille.

Etape B : prendre le temps de bien manger et de profiter du repas.

Problème 2 : le fait de me projeter dans l'avenir avec huit kilos en plus m'angoisse.

Etape A : Même si je prends du poids, je ne serai pas difformée.

Etape B : Je relis tout les jours la liste des avantages de la reprise du poids.

Etape C : Je garde toujours en tête les conséquences de la diminution sur le plan somatique.

2-Distorsion cognitive et estime de soi :

Problème 1 : dès que je m'expose au miroir je ne me supporte plus, je me sens mal dans mon corps et je ne vois plus que mes défauts, comme le volume de mon ventre et de mes cuisses.

Etape A : pouvoir me regarder dans une glace toute nue sans culpabiliser.

Etape B : quand je suis mal dans ma peau, je m'accorde une petite gâterie, enfin j'apprends à prendre soin de mon corps (un bon bain, ou acheter un vêtement, = renforcement positif).

C'est mon contrat thérapeutique, j'en ai choisi les objectifs et les étapes concrètes, j'ai conscience de la gravité de mon problème et je sais que je ne pourrai le résoudre qu'en m'engageant à 100% à atteindre les buts que je viens de décrire. Je promets d'être aussi honnête que possible avec moi-même et avec ceux qui m'entourent. En signant ce contrat, je m'engage à atteindre ces objectifs, il est important que je l'aie toujours sur moi pour pouvoir le consulter régulièrement.

J'affirme avoir rédigés ce contrat en toute liberté et être au courant des buts du traitement et des étapes à franchir pour le atteindre.

Signature et date :

5^{ème} Séance : 15/02/2010 :60mn

-Séance de psychoéducation, comprendre c'est déjà se soigner :

Hamida arrive en séance avec ses parents et paraît tout excitée. Elle dit qu'elle attendait avec impatience ce rendez-vous pour nous confier que sa mère avait pris conscience de ses troubles et a compris que sa fille ne simule pas sa maladie. Au début, cet entretien s'est passé en présence des parents puis avec la patiente seule avec un échange très productif qui a débouché sur une redéfinition de notre rôle de thérapeute tout en mettant l'accent sur le rôle actif de la patiente elle-même. Ainsi la première partie de l'entretien a été consacrée à l'explication approfondie de l'anorexie mentale, allant de la vulnérabilité génétique (ce qui exacerberait la sensibilité aux événements de la vie et ses expériences (deuil, maladie, échec sentimental, etc.). Au cours de cette séance, Hamida pose beaucoup de questions révélant une bonne implication de sa part, ce qui constitue un atout que nous allons utiliser pour dynamiser la thérapie.

La deuxième partie de l'entretien porte sur l'explication détaillée des techniques thérapeutiques qui vont être utilisées, ce qui n'est pas sans difficulté de par le trouble en lui-même.

Voici quelques extraits des échanges que nous avons eus durant cette séance :

- Hamida : pourquoi c'est si important d'arrêter mon régime ?

- Thérapeute : parce que même si vous continuez votre régime et que cela vous soulage sur le moment, il ne vous sera plus utile à long terme.

- Hamida : mais vous savez, ça me rassure quand même, je me sens plus à l'aise à vrai dire !

- Thérapeute : j'entends bien, il vous soulage sur le moment, mais cet apaisement ne dure pas longtemps. De plus ces comportements alimentent et maintiennent votre anorexie. Généralement les personnes présentant une anorexie mentale ont des pensées négatives concernant leur apparence physique à laquelle elles accordent trop d'importance.

- Hamida : je suis rassurée de savoir que je ne suis pas la seule sur cette planète à avoir ce genre de problème, cependant je considère ça comme une réalité.

- Thérapeute : en effet la plupart des personnes souffrant d'anorexie mentale considèrent que leurs croyances sont vraies, c'est pour cela qu'il faut évaluer objectivement ces croyances au lieu de présumer qu'elles sont vraies !

- Hamida : donc, je dois faire quoi à votre avis ?

- Thérapeute : vous commencez par dresser une liste des avantages et des inconvénients de l'anorexie mentale ensuite une autre liste sur les avantages et des inconvénients de la reprise de poids par exemple.

- Hamida : pourquoi !

- Thérapeute : comment vous trouvaient vos copines et proches avant l'apparition des troubles ?

- Hamida : mon enseignante me trouvait jolie

- Thérapeute : avait-elle tort ?

- Hamida : elle me le disait pour me faire plaisir, c'est tout !

- Thérapeute : faisait-elle des compliments aux autres élèves qu'elle aime bien pour leur faire plaisir ?

- Hamida : je ne sais pas... je ne pense pas... (hésitante)

- Thérapeute : et maintenant que vous avez maigri, elle vous trouve toujours jolie ?

- Hamida : heu ... elle dit qu'elle me préférait comme j'étais avant, car même si j'étais grosse, j'étais joyeuse...

- Thérapeute : grosse est un terme plutôt lourd, si vous voulez bien, nous allons le remplacer par bien portante, qu'en pensez-vous ?

- Hamida : pourquoi pas. Je préfère le terme 'bien dans sa peau !

- Thérapeute : c'est-à-dire avec quelques kilos en plus ?!

- Hamida : je ne sais pas... peut-être !

- Thérapeute : de toute façon, reprendre quelques kilos vous aidera à mieux vivre, alors laissons la chance à la thérapie et vous jugerez par vous-même. Acceptez-vous mon aide ?

- Hamida : entendu (sourire) mais j'angoisse terriblement.

Cette séance a aidé Hamida à prendre conscience des possibilités de changement et surtout à remettre en question ses certitudes et à prendre conscience que c'est véritablement une maladie dont souffrent d'autres personnes et qui nécessite une aide pour trouver un meilleur équilibre. L'engagement de Hamida et son intérêt sont les garants de la réussite du traitement. Au début de l'entretien, Hamida semble euphorique car sa mère a admis qu'elle était « malade » et ne « jouait pas la comédie », c'est peut-être un des déterminants à son engagement dans le processus de guérison.

Sixième séance poids : 23/02/2010 :55mn :

Durant cette séance, l'implication active et la motivation au changement sont primordiales. Il s'agit de renforcer la motivation de la patiente au changement, son implication ainsi que son engagement actif dans la thérapie. Un excellent moyen d'affermir sa motivation est d'analyser les avantages et les inconvénients de l'amaigrissement. Ainsi, lors de la dernière séance, nous avons incité Hamida à rédiger une liste des avantages et des inconvénients de l'amaigrissement dont voici l'essentiel :

Avantage :

- Je suis fière d'avoir un ventre plat
- Au lycée j'ai l'impression d'être mieux acceptée qu'auparavant
- Mes règles se sont arrêtées et ça me rassure
- Depuis que j'ai maigri, ma mère est inquiète pour moi et les autres membres de ma famille aussi
- Je peux porter des vêtements de la taille 36 et ça me plaît beaucoup
- Maintenant que je suis mince, les garçons me laissent tranquille et ne s'intéressent plus autant à moi.

Inconvénients :

- Si je continue à perdre du poids, je serais hospitalisée dans une institution psychiatrique

- Le combat contre la faim est parfois épuisant

- Je n'aime pas perdre mes cheveux

- Je dois souvent me reposer

- Parfois j'ai peur de ne plus pouvoir avoir des enfants parce que mes règles se sont arrêtées

- A l'école ma concentration est moins bonne et je dois étudier d'avantage pour garder les mêmes résultats

- Dans la rue, j'ai l'impression de faire peur aux gens, leur regard me met mal à l'aise

On voit à travers ces listes les inquiétudes et les résistances de la patiente et parfois les déterminants de l'anorexie.

Ces exercices permettent aux anorexiques de réfléchir en profondeur à leur situation, ce qui les aide à développer leur motivation au changement. Elles sont déconcertées qu'on puisse s'intéresser également aux avantages de la maigreur, qu'on leur demande leur propre évaluation et enfin cela les oblige à confronter leurs peurs et leur angoisse, de prendre de la distance et de les observer et de les verbaliser.

Dans un deuxième temps, une variante de l'activité précédente consiste à énumérer les avantages et les inconvénients de la reprise de poids et de se libérer de l'anorexie. Chaque avantage et chaque inconvénient seront cotés de 0 à 10.

Voici la liste rédigée par Hamida :

Ce que je gagne à reprendre du poids :

- Je retrouverais assez d'énergie pour étudier 10/10

- Ma capacité de concentration s'améliorera 9/10

- Une hospitalisation ne s'imposera plus 10/10

- Je me sentirais en forme pour faire ce que j'ai envie de faire dans la vie de tous les jours 8/10

- Je serais plus heureuse à vivre, je verrais la vie en rose 8/10

- Je pourrais refaire du sport 7/10

- Je pourrais manger de tout sans éprouver de culpabilité 7/10

Ce que je perds en reprenant du poids :

- Je prends du ventre et c'est terrible 10/10

- J'aurai de grosses cuisses pleines de graisse 10/10

- Mes vêtements ne me vont plus preuve que je prends du poids 9/10

- Je suis toujours déprimée et mal dans ma peau en reprenant du poids 10/10

- Mon poids va augmenter sans arrêt 10/10

- Si je me mets à manger, je n'arrêterai plus 9/10

Ces listes sont discutées avec Hamida pour l'aide à prendre conscience de ses angoisses et l'amener à renforcer sa motivation pour se libérer de l'anorexie.

Pour conclure la séance, une tâche thérapeutique est confiée à la patiente. Cette tâche consiste à mettre sur papier une liste d'affirmations liées à la décision de bien manger. Cette tâche, elle doit la faire chez elle et sera discutée au cours de la prochaine séance.

Septième et huitième séance : poids : 46 kg, IMC : 17.1

Hamida s'est présentée accompagnée de ses parents, elle était bien vêtue, avait meilleure mine, sa mère était très contente car Hamida a pris 2 kilos, elle dit l'avoir pesé hier.

Ce gain de poids ne semble pas gêner Hamida qui nous confie cependant qu'elle a peur de devenir « difforme ».

Durant ces séances, un récapitulatif de la séance précédente a été fait avec la patiente ensuite nous avons travaillé sur la tâche thérapeutique qu'elle devait réaliser chez elle, d'autres exercices sont programmés durant cette séance.

Voici la liste de Hafida sur les affirmations liées à la décision de bien manger :

- A partir de maintenant, la nourriture est le plus importante de mes médicaments.
- Si je retrouve mon poids normal pour ma taille :
 - ✓ J'accepterai mieux mon corps
 - ✓ Je serai plus jolie
 - ✓ Je serai moins obsédée par la nourriture
 - ✓ J'aurais moins froid
 - ✓ Mes relations avec mes amies s'amélioreront
 - ✓ Je serai moins constipée
 - ✓ Je retrouverai l'envie de vivre
 - ✓ Je serai plus à l'écoute de mon corps
 - ✓ Je retrouverai plus de force.

A travers cette liste, on sent qu'elle prend conscience qu'elle perd ses « force », sa « joie de vivre », ses « relations » avec ses amies, et même sa beauté « je serai plus jolie ». Cette prise de conscience va servir de force pour impulser ses motivations au changement. Le soutien de sa famille et de son thérapeute aidera à réduire les angoisses de la prise de poids.

Cette liste qu'elle gardera toujours à portée de main, lui servira à « relancer » sa motivation au cas où la peur de manger reprend le dessus ou lorsque ses peurs de renoncer à l'anorexie s'éveillent.

Séance n°9: application de la relaxation : 19/03010 :50mn :

Durant chaque séance est fait le point avec la patiente sur son état, sur ses difficultés, sur ses sentiments. Ensuite sont présentées les techniques.

Cette séance a été consacrée à la relaxation qui est présentée à la patiente comme une technique de gestion de différentes situations et de différents problèmes comportementaux, notamment l'anxiété générée par la reprise de poids. La relaxation

permet donc de réduire cette anxiété qui apparaît quand la patiente pense à l'alimentation ou à son corps. Il s'agit de s'entraîner tous les jours pour réussir à gérer son angoisse. L'exercice se base sur la respiration naturelle et consiste à prendre une lente et profonde inspiration par le nez en gonflant le ventre. Elle permet une meilleure oxygénation et entraîne une diminution de la tension.

Cet exercice est effectué en séance et la patiente est invitée à le pratiquer quotidiennement pendant dix minutes et autant de fois qu'elle sent une montée de l'anxiété. L'intérêt de cette technique est qu'elle peut être pratiquée n'importe où et à n'importe quel moment.

Séance n°10 :27/03/2010 : poids : 48 kg, IMC : 17.8 :

Hamida est venue seule à la séance car pour elle c'est un pas important dans son autonomie. Elle semble très confiante, elle a encore repris du poids, mais n'arrive toujours pas à manger des aliments riches comme le chocolat, sucrerie, etc.

Elle nous confie qu'elle rêve d'un gâteau au chocolat, or elle ne peut pas le déguster car dit-elle « il est trop riche en calories ».

Pour se faire une idée juste de ce qu'elle mange, nous lui avons demandé de tenir un journal où elle peut noter dans l'ordre les points suivants :

- Heure du repas
- Lieu du repas
- Quantités de nourritures (en détail)
- Vomissement ou laxatif
- Pensées (cognition) et sentiments (émotions) qui accompagnent le repas.

Voici ce que mangeait Hamida avant la prise en charge par la TCC :

Heure : 7H30

Lieu : cuisine

Petit-déjeuner : une petite tasse de café au lait et un petit biscuit après que ma mère m'ait forcé à venir à table (j'étais déconcertée).

Déjeuner : rien mangé car j'ai menti à mes parents en leur disant que j'avais mangé un sandwich en sortant du lycée.

Heure : 18H30

Lieu : dans la cuisine devant sa mère.

Goûter : la moitié d'une pomme.

Heure : 21H00

Lieu : cuisine avec sa mère et sa sœur.

Dîner : une soupe plus un yaourt nature après insistance des parents. Ensuite j'ai

Vomi car j'étais très angoissée ce jour là.

Après dix séances de TCC : changements au niveau des repas

- **Heure** : 7h15

Lieu : Dans la cuisine

Petit-déjeuner : une petite tasse de café au lait et une tartine à la confiture.

- **Heure** : 12H30

Lieu : salle à manger

Déjeuner : une soupe + une viande plus un yaourt nature et une petite tranche de pain.

- **Heure** : 18H00

Lieu : devant la télévision

Goûter : un fruit plus un yaourt.

- **Heure** : 20H30

Lieu : la salle à manger

Dîner : une petite assiette de pâtes au fromage. « Je me suis dit que j'avais besoin de manger, en plus j'avais trop faim, alors j'ai pris un œuf dur et une pomme en plus. Depuis quelque temps je mange avec moins de culpabilité et d'anxiété ».

Ainsi grâce à ce journal, on peut recueillir de nombreux renseignements sur les modifications des habitudes alimentaires de la patiente ainsi que sur les pensées qui y sont liées. L'honnêteté est bien sûr essentielle ce qui est souvent très difficile au début du traitement. Ces informations peuvent être utiles pour planifier la suite du traitement. Dès que le poids commence à augmenter avec régularité (c'est un garant de la sincérité du patient), on préconise de ne plus tenir le journal pour éteindre (extinction) cette préoccupation. Par ailleurs, la famille peut être également le garant de cette tâche, car elle va aider la patiente à déculpabiliser en mangeant, à canaliser son anxiété et à l'encourager dans sa reconquête de l'alimentation.

Séance n°11 :05/04/2010 :

Cette séance a pour objectif, la structuration des repas et leur prise à un rythme régulier, d'autant plus que chez Hamida, chaque membre de la famille mange seul au moment qui lui plaît. Nous avons travaillé avec les parents pour leur faire comprendre que pour une anorexique, ces habitudes sont dangereuses et nous les avons encouragés à prendre au moins le dernier repas du soir ensemble, cela permettra plus d'échange et empêchera Hamida de manger toute seule.

Pour que Hamida reprenne du poids de manière régulière, il fallait qu'elle prenne quatre repas par jour au moins, fractionnés en petites quantités. Pour l'élaboration du menu, nous avons sollicité l'aide d'une diététicienne qui a élaboré un plan d'alimentation adapté pour les anorexiques. Le voici ci-dessous;

Plan d'alimentation de Hamida :

Phase 1 :

petit déjeuner à 7h00 :

- Une tartine avec la margarine et de la confiture.
- Un café au lait sucré, un thé ou une boisson chaude.

Collation à 10h00 : un fruit (pomme, banane, orange).

Déjeuner :

- Une assiette de soupe
- Une grosse pomme de terre ou une petite assiette de pâtes ou de riz
- Une viande
- Un dessert (yaourt ou gâteau).

Collation à 17h00 (apprêt la sortie du lycée) :

- Un thé sucré + un gâteau.

Dîner :

- Une soupe + du fromage + une salade avec de la vinaigrette + un fruit.

Phase 2 :

Le plan est identique à celui de la phase 1 avec les modifications suivantes :

- Petit déjeuner = 2 tartines
- Déjeuner = 2 grosses pommes de terre ou équivalent en riz ou pâtes.
- Dîner = le même + une tranche de pain.

Phase 3 :

Plan identique à celui de la phase 2 avec quelques modifications :

- Petit déjeuner : 2 tartines + le reste idem + 1 yaourt ou 1 jus de fruit.
- Déjeuner : varier les plats en proposons 2 tranches de Pizza garnies aux légumes + une boisson + un fruit et un yaourt.
- Dîner : une soupe + légumes ou féculents + un gâteau au chocolat ou une glace ;

Pendant l'entretien, Hamida nous a confié qu'elle aimait cuisiner pour les autres, nous l'avons donc encouragé à élaborer des menus équilibrés et simples, cela l'aiderait mieux à l'exposition devant la table.

Nous lui conseillons de réintroduire progressivement certains aliments (habituations). La durée du repas est fixée à trente minutes. Et un des objectifs du traitement est de terminer ses rations. Hamida doit arriver à estimer elle-même sa ration alimentaire qualitativement et quantitativement.

En fin de séance, nous avons insisté sur la collaboration des membres de la famille dans cette tâche, car c'est la famille qui reste le garant quant à la fiabilité des résultats.

Séance n°12 :14/04/2010 :60mn :

Prendre soin de son corps constitue l'objectif de cette séance. Hamida a déjà commencé à changer son comportement alimentaire. Pour l'apprentissage de nouveaux comportements et l'application de la relaxation qu'elle pratique au moins dix minutes par jour et parfois plusieurs fois par jour, ce qui représente pour elle l'occasion de bien traiter son corps.

Ces séances sont consacrées à la prise en charge comportementale du corps. Hamida affirme ne pas aimer son corps, pour elle « je passe mon temps à le critiquer » dit-elle. La séance porte principalement sur l'intérêt et la manière de bien traiter son corps. Malgré ses réticences, Hamida se prête à un exercice. Cette tâche, visant à tester uniquement en matière d'agrément les différentes activités trouvées en fonction des goûts de Hamida, lui est ainsi proposée. Elle doit accorder un pourcentage de plaisir à chaque activité :

Niveau de plaisir en pourcentage pour chaque situation/activité de plaisir corporel.

- Prendre un bon bain 80%
- Hydrater son corps avec du lait corporel 60%
- Masser quelques minutes son corps en particulier la poitrine, les cuisses et le ventre avec des huiles essentielles 65%
- Effectuer cinq minutes d'exercices physiques le matin 40%
- Aller chez la coiffeuse pour un brushing 70%

Impact du cognitif sur le corps

Dans l'objectif de pousser Hamida à réaliser à quel point les pensées automatiques influencent la perception de son corps, un exercice lui a été suggéré et ce après un échange dont voici un extrait :

Thérapeute : vous me disiez la fois précédente que vous n'aimiez pas votre corps, que vous le trouvez moche ?

Hamida : oui c'est ça

Thérapeute : et comment trouvez vous votre visage ?

Hamida : on me dit que j'ai un très beau visage

Thérapeute : et vous comment le trouvez-vous ?

Hamida : plutôt pas mal !

Thérapeute : alors, comment concluez-vous que vous êtes moche ?

Hamida : mais je parlais de mon corps pas de mon visage !

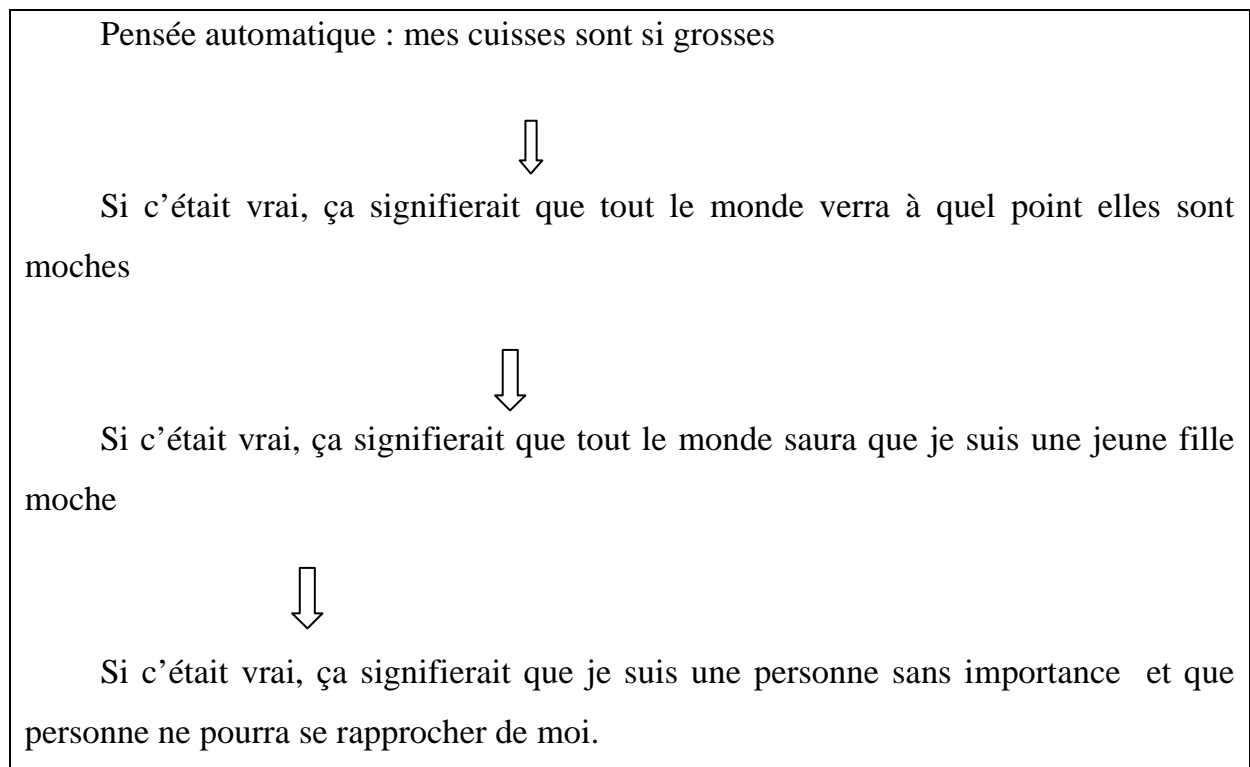
Thérapeute : votre visage ne fait-il pas partie de votre corps ?

Hamida (gênée) si, si... je vois... je ne vois que le négatif et je me dévalorise tout le temps...

Séance n°13:24/04/2010 :50mn :

Identification des croyances de Hamida : Pour aider la patiente à repérer les croyances à l'origine de ses problèmes, la technique de la flèche descendante a été employée : à partir d'une pensée automatique, on voit ci-dessous qu'il y a une croyance fondamentale :

Technique de la flèche descendante



C'est le type de croyances négatives qui provoque chez Hamida un état de détresse et la pousse à forcer le régime afin de parvenir au corps parfait. Or c'est une fausse croyance car en maigrissant d'avantage, l'insatisfaction ne fait que se renforcer négativement.

Séance n°14: 02/05/2010:60mn poids: 50kg, IMC: 18.6

Suite à la dernière séance, Hamida a pris conscience de ses croyances, son poids va en s'améliorant, elle pèse cinquante kilos (six kilos de plus) et se trouve « plutôt pas

mal », elle dit qu'elle est fière des progrès accumulés et elle nous confie qu'elle a mangé deux pains au chocolat hier.

Pendant cette séance, une croyance alternative est élaborée en commun accord avec Hamida : « je suis une personne importante que beaucoup de personnes apprécient ».

Dans le but de collecter des preuves qui confirment cette nouvelle croyance, Hamida doit effectuer une enquête (à notre demande) auprès de ses proches et de ses camarades de classe. La consigne est de demander à ses proches et copines de la décrire avec ses qualités et défauts et surtout sur son apparence physique. Afin de préserver l'anonymat, les répondants (tes) ne doivent pas mettre leur nom sur la feuille. Les résultats seront analysés la séance suivante.

Séance n°15: 10/05/2010 :50mn :

A noter que la séance a été réalisée au domicile de la patiente de part la tâche thérapeutique proposée, c'est-à-dire l'exposition devant un miroir en sous vêtement. Durant cette séance nous nous consacrerons à la :

- Reprise des résultats de l'enquête auprès de ses proches et amies.
- L'Exposition devant le miroir.

Hamida a beaucoup repris confiance en elle car ses proches et amis ont énuméré chez elle plusieurs qualités humaines (gentille, calme, au service des autres), ses qualités intellectuelles (excellente élève), ses qualités physiques (jolie, de beaux yeux). D'autre part, toutes les personnes questionnées ont été d'accord sur un point : elles préféreraient Hamida avec quelques kilos en plus, ça ne fera que l'embellir d'avantage ».

À la fin de la séance, nous avons fait une préparation, avec l'aide de la maman et la petite sœur, à l'exposition devant le miroir. L'exercice consiste à l'exposer devant le miroir en sous vêtements pendant quelques instants. L'aide des proches est primordiale car elle permet à Hamida d'être moins anxieuse et encouragée à dépasser ce cap difficile.

Voici un plan d'exposition et de prévention des réponses :

Situation : Se mettre en sous-vêtements devant le miroir de la salle de bain.

Peur, inquiétude en rapport avec l'image du corps : « Je vais voir ce corps avec tous ses défauts, même si j'ai maigri j'ai encore du ventre ».

Réponse habituelle : je regarde furtivement la glace, j'aurais mon thérapeute auprès de moi, je ne vois qu'une image floue de moi.

Alternative comportementale : monter sur un tabouret pour voir l'ensemble de son corps et regarder « les défauts » mais aussi chercher d'autres parties corporelles plaisantes telles que le visage par exemple.

Récompense : s'offrir un nouveau vêtement ou un parfum par exemple.

Pensée automatique : même si j'ai maigri, je continue à être moche, j'ai des cuisses en bloc.

Pensée alternative : j'aimerais que mes cuisses soient moins volumineuses, mais personne n'est parfait. En fin de compte, quand j'étais grosse, je me préoccupais moins de mon corps. J'ai un beau visage, de beaux yeux bleus de quoi faire envier les filles de mon âge ! »

Suite à cette exposition réussie Hamida a poursuivi l'exercice durant une semaine (au moins une fois par jour). Son poids a nettement augmenté. Aujourd'hui l'objectif de la thérapie a été atteint puisqu'elle pèse 53kgs, elle est normalement réglée et mange équilibré (car il ne s'agit pas de revenir à l'obésité ou la boulimie), comme nous l'avons signalé plus haut nous avons travaillé avec une nutritionniste pour rédiger un plan d'alimentation équilibré. L'aide de la famille a été précieuse, sans elle, ce travail aurait été presque impossible. La collaboration de tous ses membres et leur façon de « jouer le jeu », ils nous ont fourni des informations sur les comportements de Hamida en dehors des séances, ils l'ont soutenue et accompagnée dans les moments difficiles.

La TCC a prouvé son efficacité dans le trouble de Hamida en réduisant son anxiété par rapport aux aliments, en l'aidant à retrouver un poids normal par rapport à sa taille et en modifiant ses cognitions par rapport à son corps.

Pour maintenir les bénéfices de la thérapie, Hamida continue à venir à des séances mensuelles, elle en est à sa deuxième séance.

Séance n°16 :18/05/2010 :60mn, poids : 53kg, IMC : 19.7 :

Cette séance est consacrée à la passation de l'échelle d'autoévaluation pour déterminer l'évolution réalisée durant la prise en charge.

Résultat de la réévaluation par l'échelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale

Au début de la prise en charge ambulatoire par la TCC, le score de Hamida était Supérieur c'est à dire pathologique par rapport à l'écart type. Après quatre mois et Demi de Thérapie, la pathologie de Hamida a diminué au fur et à mesure de la prise en Charge, Ce qui explique une baisse considérable du score lors de cette réévaluation Puisqu'il est à 15.

Hamida Semble satisfaite de cette évolution, elle trouve plus de plaisir à partager ses Repas Avec sa famille. Paradoxalement sa prise de poids l'a beaucoup aidée à Diminuer ses Angoisses concernant l'alimentation. Ce qui montre qu'elle avait des Conceptions Fausses (prise de poids=angoisse) alors que cette prise de poids l'a aidé à Mieux S'apprécier.

Séances n°17 :26/05/2010 ; 60mn :

Passation du test de l'image corporelle de Mouchés et la réévaluation par le calcul de L'indice de masse corporelle :

Résultats de réévaluation du test de l'image corporelle

Après une prise en charge de 04 mois et demi, la perception de Hamida s'est beaucoup améliorée, puisqu'elle a choisi une silhouette actuelle plus proche de son indice corporelle actuel (N° 4 avec un IMC de 19,3) son IMC actuel est de 19.7 ce qui constitue un poids Normal pour sa taille.

En ce qui concerne la Silhouette idéale, La perception de Hamida sur son corps idéal s'est nettement Améliorée lors de cette Réévaluation Puisqu'elle a choisi une silhouette proche de son IMC actuel. Enfin pour la silhouette souhaitée, elle a choisi la même silhouette c'est-à-Dire la n°4 (IMC 19,3) s'approchant Ainsi de son IMC actuel. Finalement l'abord Cognitif et comportemental s'est avéré efficace sur la reprise de poids et sur l'image Corporelle.

Le tableau d'évolution avant et après la TCC

Situations	Avant TCC	Après TCC
Manger à table avec sa famille	Evitement	Manger tous les soirs avec la famille dans la salle à manger
Anxiété par rapport à la prise de poids	Quasi impossibilité de reprendre du poids	Poids passé de 45kgs à 54kgs
Déteste son corps, se qualifie de « moche », impossibilité de se mettre nue devant le miroir.	Evitement extrême du miroir Autodépréciation Mauvaise estime de soi	Meilleure acceptation de son corps même avec des kg en plus Moins de culpabilité désire maintenir ce poids car on la trouve « jolie »

Conclusion : La TCC a montré dans ce cas son efficacité. Mais il est important de signaler que l'amélioration des troubles objectivés au cours de la thérapie, semble avoir réellement débuté à partir du moment où nous avons expliqué à Hamida la pathologie : étiologie de l'anorexie, ses conséquences et complications ainsi que les techniques de contrôle respiratoire et les différentes tâches à accomplir. Ici il nous semble que plusieurs facteurs ont joué en faveur de cette réussite de la prise en charge :

- Le premier facteur a été la prise de conscience de Hamida qu'il s'agit bien d'une maladie, que d'autres personnes de par le monde en souffrent et qu'on peut être handicapé ou en mourir a été déterminante pour Hamida.

- Le deuxième facteur a été l'assurance de l'existence d'un « traitement » en lui proposant la thérapie.

- Le troisième facteur a été son adhésion à la prise en charge

- Le dernier facteur c'est l'adhésion des parents et leur collaboration sans faille avec la thérapeute et leur affection qui a permis à Hamida de jouir d'un soutien affectif

et social fort, sans jugement qui l'a mené vers une amélioration de son poids, mais également de la qualité de vie tant sur le plan familial, social qu'affectif.

Nous pensons que la TCC a joué un rôle important et a été renforcée par notre sensibilité de clinicienne. Les techniques TCC ont toujours été appliquées dans un climat d'écoute, d'empathie de sécurité et de respect.

Pour maintenir les bénéfices de la thérapie, Hamida continue à venir à des séances mensuelles, elle en est à sa deuxième séance¹³⁰.

¹³⁰ NB : A noter qu'une réévaluation par les tests en post thérapie c'est-à-dire 06, mois après la fin de la thérapie a été proposée à la patiente mais elle et ses parents l'ont refusé, et ils ont argumenté cela par le fait que leur « fille se sent mieux et préfère faire une pause ».

Cas Clinique N°2

Cas clinique N°2

Prise en charge d'une patiente âgée de 14 ans présentant une anorexie mentale par la thérapie cognitive et comportementale.

Introduction :

Ce deuxième cas clinique concerne la patiente Mina âgée de 14ans suivie en ambulatoire pendant 04 Mois et demi dans le cadre d'une thérapie cognitive et comportementale.

Séance N°1 : (15.03.10) =30mn, poids : 36kg, IMC : 13.2 :

Présentation

Motif de consultation (Analyse de la demande) :

Il s'agit de la patiente A. Mina, âgée de 14ans, originaire et demeurant à Oran, collégienne en 9AF, adressée à notre niveau par le biais de sa tante paternelle (médecin spécialiste) pour cachexie (36Kg pour 1,65), refus de s'alimenter depuis plus de 06 mois, avec aménorrhées de 02 mois.

La première rencontre avec la patiente et ses parents a pour objectif de repérer la demande de soin (ce qui pousse à consulter aujourd'hui) et d'évaluer son état, or la patiente était peu coopérante, elle refusait de nous parler sous prétexte qu'elle n'était « pas folle pour être chez un psychologue ». Pourtant nous tentons de lui expliquer la démarche thérapeutique tout en lui proposant notre soutien.

En fin de séance, nous proposons aux parents une prise en charge ainsi que des conseils psycho-éducatifs concernant l'anorexie mentale.

Séance n°2 : (23.03.10) = 60mn

Mina était accompagnée de ses parents, elle portait un bonnet et un gros manteau, son teint était très pâle et ses yeux étaient enfoncés dans ces orbites, son

contact était superficiel, elle se montrait très réticente à notre égard, elle disait à ses parents que ces rendez-vous étaient une perte de temps car elle s'absente de ses cours pour y assister. Eux étaient très embarrassés. Nous tentons de les rassurer en leur expliquant que l'une des particularités de cette pathologie était le déni des troubles et de la maigreur.

A travers cet entretien, nous avons retracé avec les parents l'anamnèse (ou l'histoire de la patiente), les événements marquant de sa vie ainsi que les principaux facteurs déclenchant des troubles de leur fille. L'entretien débouchera sur un diagnostic et des propositions thérapeutiques.

Les antécédents personnels

- Médicaux, chirurgicaux et traumatiques absents.
- Elle aurait présenté une Anorexie à 06 mois avec refus alimentaire nécessitant une prise en charge pédiatrique.
- Mina est enfant unique, elle a été adoptée alors qu'elle était à son 3^{ème} jour de naissance.
- Suivi psychiatrique : absent

Antécédents familiaux :

- Père adoptif âgé de 48ans, hypertendu, ingénieur et commerçant.
- Père biologique inconnu.
- Mère adoptive vivante âgée de 40ans, niveau d'instruction terminal (secondaire).
- Mère biologique décédée.

Biographie : Mina est née d'une grossesse illégitime à l'hôpital, 3 jours après, elle a été recueillie par sa famille adoptive, le père étant stérile, l'arrivée de Mina était accueillie avec beaucoup de bonheur, il l'a considérée comme un enfant précieux, elle a été allaitée artificiellement et selon la maman elle aurait présenté un épisode Anorexique vers le 6^{ème} mois nécessitant un suivi pédiatrique.

Quant au développement psychomoteur, il est décrit comme normal, puisque Mina a parlé tôt et a marché à 10 mois.

Mina faisait la joie de sa famille car elle était très éveillée, parlait couramment français vers 3 et 1/2, savait lire et écrire bien avant sa scolarité.

A cinq ans, elle a été scolarisée, elle était toujours 1^{ère} de sa classe et faisait la fierté de ses parents. Parallèlement à sa scolarité, Mina jouait du piano, cependant elle avait peu d'amis car ses parents la surprotégeaient choisissant même ces fréquentations.

De cette période Mina nous confie : «j'étais la fille la plus heureuse, mais je demandais souvent à mes parents pourquoi je n'avais pas d'autres frères ou sœurs comme tout les enfants, ils ne me répondaient jamais ». Vers l'âge de 12ans, Mina a eu ses premières règles, elle dit qu'elle en parlait souvent avec sa mère de ces sujets car sa mère est selon elle très ouverte d'esprit. Or, dit-elle « les règles signifiaient pour moi, une autre étape de ma vie je n'étais plus l'enfant insouciant... »

La dynamique familiale :

Mina nous livre qu'elle a reçue une éducation exemplaire ou l'accent était mis sur le respect, la performance et la réussite, sa mère se projette sur elle et espère que sa fille réalise «son rêve de devenir médecin ».

Mina est presque fusionnelle avec sa mère, cependant elle désire avoir « son espace personnel ».

De son père, elle nous dira qu'il est très affectueux mais depuis sa maladie une barrière s'est installée entre eux, et tensions et conflits sont au quotidien.

Sur le plan sentimental (Sexuelle) :

Mina entretient une relation sentimentale qui a duré une année avec un copain de classe, elle dit qu'il est son 1^{er} Amour. Elle parlait beaucoup de lui à sa maman, or depuis 02 mois, ils ont rompu selon elle à cause de sa Maladie « depuis quelque temps, je ne veux voir personne, même pas lui ».

L'histoire de la maladie (antécédents immédiats) :

Le début des troubles semble remonter à 06 mois (été 2009) alors que la patiente rentrait d'un voyage de France, elle décide de faire un régime afin de perdre quelque kilos superflus car elle pesait 55kg pour une taille de 1,65. Sa maman essaya en vain de la dissuader, lui expliquant que tout le monde la trouvait jolie et qu'elle n'avait pas besoin de ce régime.

Quelques semaines plus tard Mina perdit 4kg et était très fière d'elle, mais un évènement inattendu venait détruire tout ce que les parents ont fait de leur fille jusque là car un jour en faisant le ménage dans la bibliothèque, Mina tomba sur un faire-part sur lequel était inscrit : « félicitations, pour le joli poupon que vous avez adopté, je trouve le prénom de Mina très joli » de la part de Karim de France.

Sur le coup Mina ne comprenait rien, cette nuit là, elle ne ferma pas l'œil, sa mère qui essaya pourtant, de savoir ce qui se passait, ne comprenait rien non plus.

Le lendemain matin, ses parents insistèrent en voyant leur fille très distante envers eux, et le mot adoption était le seul que Mina a pu prononcer.

Durant la séance, en plein entretien Mina éclate en pleurs, et préfère sortir du bureau.

Dés lors, Mina refuse toutes formes d'explications venant de ses parents, s'enferme dans sa chambre dès sa sortie de l'école et ne mange presque rien dans la journée, pourtant Mina finira par accepter la réalité, car en se rendant à la pouponnière d'Oran, elle découvrit que sa mère biologique était décédée et que son père était anonyme, en plus en voyant les enfants abandonnés, elle reconnaît avoir la meilleure des familles adoptives.

La mère nous dit que ce sujet intéressait Mina de moins en moins, par contre des préoccupations incessantes concernant l'alimentation se sont installées, elle sautait de plus en plus ces déjeuners et se remettait au régime sous prétexte qu'elle avait repris les kilos perdus. Elle passait son temps libre à feuilleter des magazines de modes et confiait à sa mère que la beauté est synonyme de maigreur.

Un jour en rentrant dans la salle de bain de Mina, sa mère découvre du vomi dans le lavabo. Mina simule pourtant un mal au ventre mais sa maman a vite compris qu'il s'agit d'autre chose. La période qui a suivi était surtout caractérisée par des disputes incessantes entre Mina et ses parents, tout tournait autour de l'alimentation et Mina s'acharnait davantage, elle refusait de manger, son poids est vite descendu à 40kg en l'espace de 04 mois et ses règles ont disparu depuis 02 mois.

En dépit de ces symptômes, elle continua d'avoir d'excellents résultats scolaires.

Par la suite, sa tante paternelle tenta de la convaincre d'aller consulter chez un médecin qui a diagnostiqué une anorexie mentale et propose un traitement à Mina qui l'a refusé.

La semaine dernière, la tante paternelle qui est une consœur, en sachant que nous travaillons sur l'anorexie mentale, nous sollicita afin de prendre Mina en charge, d'où la présence de la famille.

L'examen mental du jour : (examen du comportement problème) :

Il retrouve une patiente longiligne, cachectique, vêtue correctement, propre, de teint clair et pâle, yeux enfoncés, pommettes saillantes, mimique anxieuse, contact superficiel. Ne répondant que sur sollicitation, elle minimise ses troubles avec une tendance à la rationalisation : « je ne suis pas maigre, je suis dans les normes, et je me sens bien comme ça ». Humeur triste, parle en langue française. Son discours est émis à vitesse normale, on ne note pas de troubles mnésiques, ni de troubles du cours de la pensée. On note des préoccupations concernant le poids et l'alimentation, elle dit qu'elle ne va trouver « son corps idéal que si elle atteignait 30kg ».

On ne note pas de trouble d'allure psychotique notamment les idées délirantes ou des troubles de l'activité perceptive. Pas de trouble de la série confusionnelle, la conscience est claire, elle a une bonne orientation temporo-spatiale, l'attention et la concentration reste soutenues. La mère nous rapporte que Mina est insomniaque depuis l'installation de la pathologie. Pas de trouble sphinctérien. Elle nie le fait qu'elle se fait vomir.

L'examen Somatique :

Il a été réalisé par le médecin psychiatre du service qui relève une cachexie ; un IMC a : 13.2 témoignant d'un état de dénutrition de grade 3; Pouls = 68. Tension artérielle = 08/05 (hypotension).

Le reste de l'examen somatique reste à confirmer après un bilan biologique et radiologique.

Diagnostic selon les critères du DSN IV :

La symptomatologie présentée par la patiente est selon les critères du DSN IV :

AXE I : Anorexie Mentale (voir le chapitre théorique sur l'anorexie mentale).

AXE II : pas de trouble de la personnalité.

AXE III : une altération de l'état somatique comme une conséquence de la dénutrition.

AXE IV : l'existence de facteurs psychologiques déclenchant et entretenant les troubles tels :

- l'adoption qui a entretenue le problème et la mauvaise image de soi qui a déclenché le trouble
- les antécédents anorexiques.
- le mode d'éducation : enfant modèle, sur qui, pèsent les exigences parentales en particulier maternelles (être médecin).

AXE V : le pronostic reste réservé.

Commentaire :

L'analyse de la demande, la biographie, l'histoire de l'installation des troubles, et l'examen du statut mental (comportement Problème) fournissent des éléments essentiels pour comprendre comment le trouble c'est installé, quelles sont les paramètres internes (l'adoption, l'hyper protection de la famille, les exigences de perfection venant de la mère et l'influence de la culture européenne) qui l'ont

déterminés, il ne s'agit pas ici seulement de recueillir des données qui constituent l'histoire de la patiente mais tenter de comprendre à travers elle, quels sont les éléments du milieu externe (stimuli) qui ont modifié les conduites du sujet (réponses), pour aboutir à la pathologie (conséquences).

Bilan psychologique : Clinique

L'entretien clinique ainsi que l'observation et l'examen du statut mental ont mis en évidence une anorexie mentale de la jeune fille diagnostiquée selon les critères du DSN IV (AXE I).

Cette forme d'anorexie présentée par Mina est restrictive avec un recours aux vomissements. Nous avons fait part à Mina du diagnostic clinique établi ; nous informons les parents que l'état de santé de leur fille nécessite une hospitalisation chose qui a été vite refusé de part la connotation péjorative liée à l'institution psychiatrique. Pourtant nous les convainquons d'une possibilité d'un suivi en thérapie cognitive et comportementale (TCC) qui serait fortement recommandée pour elle afin de l'aider à reprendre un poids normal pour sa taille avec un indice de masse corporelle normal (19,5 – 20), et à travailler sur ses pensées dysfonctionnelles concernant son corps afin de les transformer en pensées adéquates.

Un suivi avec les parents serait aussi fortement recommandé (séances de psychoéducation) afin d'inclure la famille dans le projet thérapeutique.

En conclusion, le bilan de Mina met en évidence une anorexie mentale dont les conséquences tant sur le plan somatique que psychologique et social sont non négligeables, une indication de TCC serait adaptée et bénéfique pour elle, mais pour cela nous nous sommes heurté à un problème majeur, qui concerne presque toutes les anorexiques qui est : le déni des troubles. Pour cela, la première attitude que nous avons adoptée face à notre patiente était de ne pas se laisser contaminer par son déni, de ne pas entrer dans un rapport de force et surtout ne pas se laisser fasciner par la position de toute puissance que la patiente a tenté de projeter sur nous à travers :

- L'aide à la verbalisation des souffrances psychiques et physiques sans jugement.

- L'avertir des séquelles somatiques de l'anorexie mentale.

Au début Mina semblait « intouchable » entre sa minimisation des dégâts et son indifférence, elle cherchait surtout à se cacher derrière son trouble, ne mesurant pas les risques. C'était à nous de lever le voile par la création d'une alliance thérapeutique afin de la soutenir et développer sa motivation à se soigner.

Séance n°3 :31/03/2010 :60mn :

Information sur la thérapie :

Mina semblait plus réceptive pendant l'entretien, elle préférait que nous la voyions seule. Les parents ont tout de suite accepté sa demande.

Pendant cette séance, nous expliquons à Mina les grands principes de la TCC et les conditions matérielles de son déroulement (nombres de séance, durée approximative du traitement, etc.), ainsi que les étapes de déroulement thérapeutique à savoir :

- Une analyse fonctionnelle consistant à évaluer et analyser minutieusement ses « comportements problèmes ».
- La réalisation d'un questionnaire d'auto-évaluation de l'anorexie mentale et du test de l'image corporelle, le calcul de l'indice de masse corporelle, des exercices de relaxation ainsi que des techniques issues de la tcc, qui nous servirons de support lors de la thérapie.
- La mise en place d'un contrat thérapeutique : avec les objectifs à atteindre et les méthodes proposés pour y parvenir.
- Les entretiens thérapeutiques, proprement dits.
- Une réévaluation en fin de thérapie par le même questionnaire de l'Anorexie Mentale, et le test de l'image corporelle ainsi que le calcul de l'IMC.

Séance n°4 :08/04/2010 :60mn :

Analyse fonctionnelle de l'anorexie mentale :

Après l'établissement du diagnostic, la prise en charge psychothérapeutique par TCC proprement dite a pu débuter avec l'élaboration tout d'abord de l'analyse fonctionnelle.

Ainsi, l'analyse fonctionnelle a consistée notamment à analyser avec la patiente les facteurs actuels et passés de déclenchement et de maintien de son comportement problème, des cognitions et des émotions qui l'accompagnent. Le but de cette analyse étant de définir une ligne de base du comportement problème et d'établir ainsi un diagnostic dynamique du 'problème cible' de la patiente. Nous avons donc ainsi décidé avec Mina de réaliser l'analyse fonctionnelle du problème cible = l'anorexie mentale.

Nous nous sommes aidés pour cela, des différentes méthodes, du schéma connu sous le nom de « S.O.R.C » le plus utilisé dans l'anorexie mentale.

Cet entretien a été directif et une collaboration de Mina a été nécessaire.

En ce qui concerne les facteurs déclenchant des troubles (stimulus):

- Une influence par les magazines de mode.
- Une insatisfaction de son poids.
- Une mauvaise image du corps.

Pour les facteurs aggravant le trouble on retrouve :

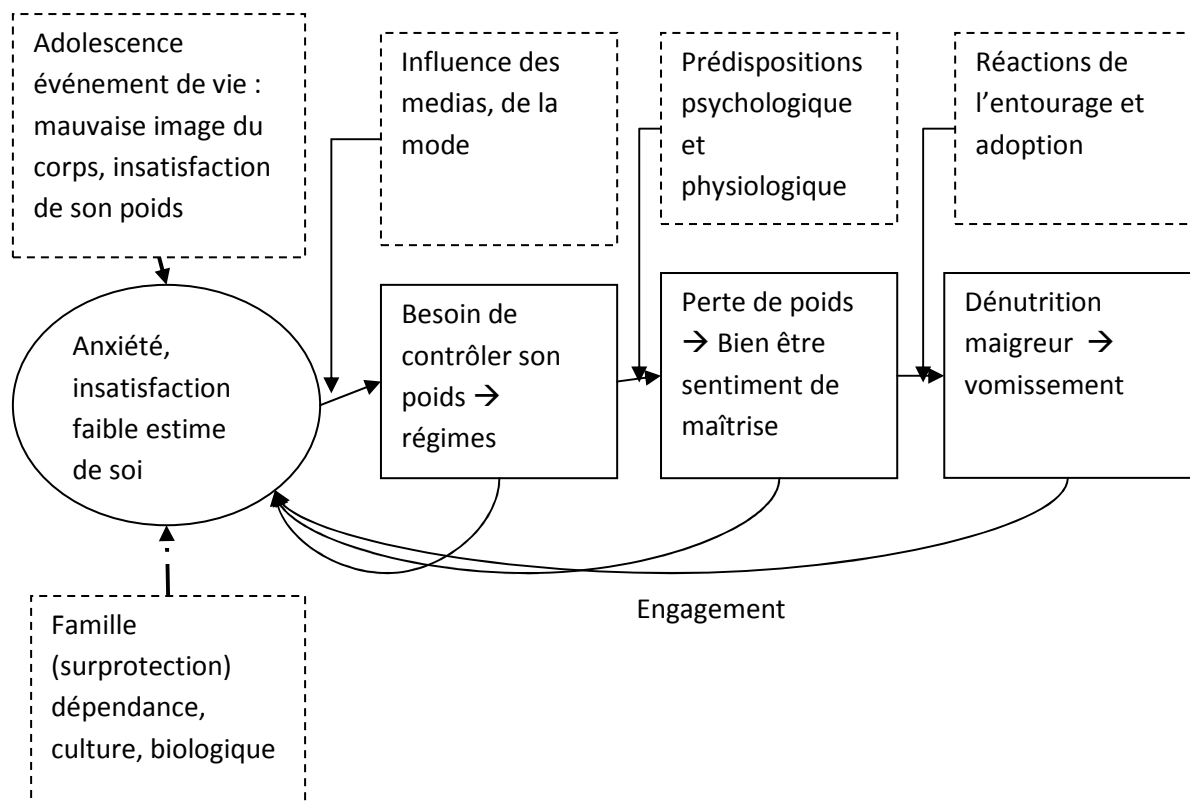
- En apprenant qu'elle était enfant adoptive.
- Fille unique.
- La surprotection des parents surtout la maman.
- Les exigences très fermes en terme de projection (la meilleure, être médecin, etc.).

- La personnalité à versant perfectionniste, dépendante envers ces parents, peu d'amis de son âge, sans pour autant affirmer un trouble de la personnalité.
- L'échec sentimental.

Ainsi, nous avons pu modéliser l'anorexie mentale de Mina sur le schéma S.O.R.C :

Stimulus → Organisme → Réponse → Conséquence

Ce modèle biopsychosocial cherche à rendre explicite les facteurs multiples qui contribuent à la genèse et au maintien des troubles, il s'agit d'intégrer les conséquences des réactions (la dénutrition) et son effet sur la réponse et sur l'organisme lui-même. Voici le schéma proposé par C.G.Fairburn :



Modélisation de l'anorexie mentale d'après C.G. Fairburn

Séance n°5 :16/04/2010 :60mn :

Cette séance a été consacrée à la passation du questionnaire d'auto-évaluation (voir annexes) de l'anorexie mentale, elle sera aussi réévaluée en fin de thérapie.

Au début pour évaluer l'intensité des troubles, leurs répercussions sur la vie de la patiente, en fin de thérapie pour évaluer la prise en charge et l'amélioration de la symptomatologie et d'apprécier les changements, puis en post cure afin d'apprécier si les bénéfices de la thérapie ont été maintenu ou pas.

Echelle d'évaluation de l'anorexie mentale.

Résultat à l'échelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale :

Le résultat de Mina montre un score de : **89**, ce qui est pathologique par rapport a l'écart type. On note des réponses extrêmes par rapport au refus d'alimentation, et au déni de la maigreur, avec aussi des réponses qui confirment la distorsion de l'image corporelle, donc ce score vient conforter le diagnostic d'anorexie mentale de la jeune fille.

Tableau 1 : Echelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale¹³¹

Items	Pas du tout/ jamais	Très peu/ rarement	Un peu/ Quelque- Fois	Moyen- nement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
1. J'aime manger avec autrui.		×				
2. Je fais de la cuisine pour les autres mais je ne mange pas ce que je prépare					×	
3. J'éprouve une angoisse avant de manger.						×
4. J'ai une terreur folle d'avoir des kilos en trop						×
5. J'évite de manger quand j'ai faim.						×
6. Je trouve que l'idée de la nourriture me préoccupe					×	
7. Je fais des « grandes bouffes » au	×					

¹³¹ Garner D. M. et Garfinkel P. E. Traduction : Carrot G. et Lang F.

cours desquelles j'ai l'impression de ne plus pouvoir m'arrêter.						
8. Je coupe la nourriture en petits morceaux.					×	
9. Je connais la teneur en calories des aliments						×
10. J'évite tout particulièrement les aliments riches en glucides (pain, pomme de terre, riz, etc.)						×
11. Je me sens ballonnée après le repas					×	
12. Je pense que les autres aimeraient me voir manger plus.					×	

	Pas du tout/ jamais	Très peu/ rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
13. Je vomis après avoir mangé.				×		
14. Je me sens extrêmement coupable après le repas.						×
15. Je suis obsédée par l'idée d'être plus mince.						×
16. Je me dépense énergiquement pour brûler des calories.					×	
17. Je me pèse plusieurs fois par jour.					×	
18. J'aime que mes vêtements soient ajustés.						×
19. J'aime manger de la viande.	×					
20. Je me réveille tôt le matin.					×	

Items	Pas du tout/ jamais	Très peu/ rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
21. Je mange la même chose tous les jours.				×		
22. Je pense aux calories que je brûle quand je fais de l'exercice.					×	
23. J'ai des règles normales.		×				
24. on pense que je suis trop maigre.	×					
25. L'idée d'avoir de la graisse sur le corps m'obsède.						×
26. Je mange plus l'entement que les autres.					×	
27. J'aime manger au restaurant.		×				
28. Je prends des laxatifs.			×			
29. J'évite les aliments qui contiennent du sucre.						×

30. Je mange des aliments de régime.						×
31. Je pense que la nourriture conditionne ma vie.						×
32. Je sais me contrôler devant la nourriture.					×	
33. Je pense que l'on me force à manger.						×
34. Je consacre trop de temps à la nourriture et y pense trop.					×	
35. Je suis constipée.					×	
36. je me sens mal à l'aise après avoir mangé des bonbons.						×
37. Je me mets au régime.					×	
38. J'aime avoir l'estomac vide.					×	
39. J'aime essayer de nouveaux aliments riches.		×				
40. J'ai spontanément envie de vomir après le repas.				×		

Séance n°6 : 24/04/2010 :50mn :

La prise en charge :

Dans un premier temps, la prise en charge démarre par une explication approfondie du diagnostic de l'anorexie mentale à travers une séance psychoéducative, elle sera faite en présence des parents, puis d'une manière plus spécifique au trouble de la patiente (son apparition, son évolution, son maintien).

Dans un deuxième temps, le modèle de TCC sera présenté et expliqué. Les procédés thérapeutiques sont abordés et notamment les techniques comportementales et cognitives utilisées, ainsi que leurs modes de fonctionnement.

La thérapie de Mina, va s'appuyer sur :

- une reprise du poids qui doit se faire selon :
- une structuration des repas grâce à l'élaboration d'un carnet alimentaire.
- Une récompense des progrès (renforcement positif).
- Un combat contre les vomissements.
- Une information à la patiente du fait que la piste de la guérison est la reprise de poids jusqu'à un poids de santé.
- La contribution des parents dans la prise en charge d'autant plus qu'il existe une culpabilité, et un sentiment de désespoir chez eux.
- L'obtention d'une attitude détendue et souple de la part de la patiente face à l'alimentation grâce aux exercices de relaxation.
- La technique de restructuration cognitive (liste des avantages/inconvénients), technique de la flèche descendante, afin de réduire l'angoisse liée aux erreurs cognitives relatives aux théories de Mina sur l'alimentation (si je mange un carré de chocolat, je ne pourrais plus me contrôler, je deviendrais grosse) et sur son corps (je n'aime pas mon ventre, il est énorme) alors que la patiente est cachectique.
- De plus, Mina apprendra tout au long de sa thérapie à contrôler sa respiration par la pratique de la relaxation, les recommandations thérapeutiques

préconisent à Mina la pratique de tâches thérapeutiques (exercice à faire chez elle) en dehors du cadre thérapeutique.

A la fin de la thérapie, une réévaluation par le questionnaire d'auto évaluation de l'anorexie mentale, du test de l'image corporelle et le calcul de l'IMC ainsi que quelques recommandations seront fournis à la patiente et sa famille afin de prévenir les rechutes et maintenir les bénéfices de la thérapie.

Mina continuera à nous voir après la fin de sa thérapie pendant une année à raison d'une visite mensuelle.

Le contrat thérapeutique : (objectifs thérapeutiques), le contrat thérapeutique établi avec Mina stipule :

- Un arrêt de perte de poids en travaillant sur la motivation.
- Un gain de poids moyen de 0,5kg par semaine, cela exige environ 3500 à 7000 calories supplémentaires par semaine pour atteindre au final 52kg.

Cela se fera en fractionnant les repas 4 et 5 petits repas par jour concernant la structuration des repas qui seront constitués de la manière suivante (un plan d'alimentation établi avec l'aide d'une diététicienne) :

- Une entrée avec une vinaigrette.
- Un plat principal contenant un apport de protéine (viande) avec un accompagnement.
- Un produit laitier et un fruit.
- Le repas doit être accompagné de pain.
- Tenir un journal des habitudes alimentaires.

Le contrat thérapeutique :

Choisissez les buts et les étapes concrètes de votre traitement.

Décrivez une situation des plus difficiles auxquelles vous voudriez vous attaquer. Précisez aux moins deux moyens possibles (étapes concrètes) de les atteindre.

I. Symptôme : (Anorexie)

Problème 1 : le fait de reprendre du poids m'angoisse, pour moi 40kg c'est déjà le maximum.

Etapes A : plus je retrouve une alimentation normale, moins je serais anxieuse, en plus en pratiquant les exercices de relaxation je me sentirais plus détendue face à l'aliment.

Etapes B : j'évite de me peser après avoir mangé, une fois par semaine serait préférable.

Etapes C : je suis mon plan d'alimentation à la lettre si je veux décrocher.

Problème 2 : j'ai envie de vomir après les repas.

Etapes A : après les repas, je m'oblige à rester une demi heure au moins dans la cuisine.

Etapes B : si c'est très difficile, je parle avec ma mère ou je téléphone à une amie ou une cousine.

Etapes C : je relis tout les jours la liste de tous les dommages que cause le vomissement, comme les palpitations, les caries dentaires, l'irritation de l'œsophage, etc.

Distorsion cognitive et estime de soi :

Problème 1 : je suis constamment en train de ruminer sur les proportions de mon ventre, et de mes cuisses.

Etapes A : je dois être rassurée par mon thérapeute par des pensées alternatives.

Etapes B : je prends soin de mon corps en apprenant à le dorloter.

Etapes C : je rédige une liste de toutes mes qualités (corps).

Etapes D : je fais une enquête auprès de mes proches et amis, je leur demande leur avis sur moi.

C'est mon contrat thérapeutique, j'en ai choisi les objectifs et les étapes concrètes, j'ai conscience de la gravité de mon problème et je sais que je ne pourrais le résoudre qu'en m'engageant à 100% à atteindre les buts que je viens de décrire, je promets d'être aussi honnête que possible avec moi-même et avec ceux qui m'entourent. En signant ce contrat, je m'engage à atteindre ces objectifs. Il est important que je l'aie toujours, sur moi pour pouvoir le consulter régulièrement.

J'affirme avoir rédigé le contrat en toute liberté et être au courant des buts du traitement et des étapes à franchir pour les atteindre.

Signature et date :

Nous lui faisons des recommandations suivantes :

- Eviter les pesées quotidiennes comme le fait Mina après chaque repas, cela entrainerait une pression supplémentaire par rapport au gain de poids, une pesée par semaine pendant la séance sera suffisante.

- Arrêter les vomissements par une liste sur les complications des vomissements.

- Apprendre à accepter son corps et corriger les pensées automatiques dysfonctionnements.

Séance n°7 :02/05/2010 :60mn :

Passation du test de l'image corporelle de mouchés :

Résultats du test de l'image corporelle (silhouette de Mouchés) :

Mina a choisi la silhouette actuelle n° 7 avec un IMC de 22,8 ce qui dénote un trouble De l'image corporelle. Et une tendance à le percevoir plus difforme qu'il ne l'est en Réalité.

Silhouette idéale : pour elle la silhouette idéale serait encore plus mince que la Première avec un IMC de 15,6. Correspondant a un état de sous poids et a une Distorsion de la perception corporelle réelle.

Silhouette souhaitée : Mina a choisie la silhouette n 1 avec un IMC de 15.6, un choix qui reste pathologique, témoignant ainsi d'un sous poids d'où l'intérêt de faire un travail sur l'image du corps et corriger les distorsions qui y sont liées.

Séance n°8 : 10/05/2010 :60mn :

Séance de psycho éducation :

Mina s'est présentée à la consultation accompagnée de ses parents, sa mère nous dit avec beaucoup de soulagement que sa fille n'a pas perdu du poids cette semaine, et qu'elle n'avait vomi que 02 fois. Cependant Mina semblait ambivalente dans ces propos, d'un coté elle était très anxieuse à l'idée de reprendre à manger, et d'un autre elle était dans l'attente magique d'une guérison immédiate.

A travers cette séance nous avons repris l'explication à Mina et ses parents l'origine de l'anorexie mentale, les facteurs qui ont favorisé son apparition comme le besoin de contrôle de son poids, l'influence de la culture européenne, ainsi que les facteurs l'aggravant (l'adoption, surprotection des parents, un épisode similaire d'anorexie durant l'enfance). Nous avons aussi tenté de déculpabiliser les parents qui se sentaient désespérés et isolés, de par la particularité du trouble de leur fille et sa rareté dans notre société, à la fin de la séance nous avons profité de la présence de Hamida et ses parents (l'autre patiente). Pour les présentés à Mina et à ses parents, cette rencontre a été très bénéfique pour les deux familles car elle a favorisé un partage de l'expérience et du soutien, l'échange d'informations sur la nature du trouble de part et d'autre, reconstruire un réseau familial, réduire l'inquiétude, et surtout améliorer les compétences de leurs filles.

En plus en rencontrant cette « copine de fortune », Mina était motivée pour la suite de la thérapie.

Séance n°9 : 18/05/2010 :60mn :

Motivation au changement et implication active :

En effet, la séance précédente semble porter ces fruits car Mina a pris 500g cette semaine et n'a pas du tout vomi, sa mère nous dit qu'elle était très affectée par les propos de Hamida.

L'objectif de cette séance est de raffermir la motivation de la patiente au changement et à la reprise alimentaire.

Tache à accomplir : Faites la liste des avantages et inconvénients de l'anorexie. Faire la liste des avantages et des inconvénients d'un gain de poids (et donc de la guérison). Faites-en un outil de réflexion à travailler en séance avec votre thérapeute.

Ainsi, nous avons invité Mina à rédiger une liste d'avantages et d'inconvénients de l'amaigrissement, dont voici sa liste qu'elle nous a présentée :

Avantages :

- En continuant à perdre du poids, je me sentirais plus heureuse.
- Je peux me permettre des vêtements de petite taille.
- Je me sens dopée quand je peux dominer ma faim.
- L'anorexie me donne une sensation de puissance, à la maison je suis le centre d'intérêt. Depuis ma maladie j'ai l'impression que tout est réglé sur moi, mes parents font tout ce que je veux.
- J'ai de l'attention et ça me rassure.
- Plus on mincit, plus on est bien dans son corps.

Inconvénients :

- Si je continue à maigrir, mes parents me priveraient de vacances.
- Je suis constamment fatiguée.
- J'ai du mal à me concentrer, je dois redoubler d'effort pour avoir les meilleurs résultats scolaires.
- Mon teint est pâle, et mes cheveux tombent par poignée.

- Mes parents me menacent souvent d'hospitalisation, cela me fiche la trouille.
- Je suis souvent sujet à moquerie, dehors les garçons se moquent de moi (« planche à laver », « cadavre », « va manger »).

Ce genre d'exercice est un excellent moyen de parler de son ambivalence et par là, d'affermir sa motivation, et à réfléchir en profondeur à sa situation.

Une variante de la tâche précédente consiste à énumérer les avantages et les inconvénients qu'il y a à reprendre du poids et voici la liste rédigée par Mina :

Ce que je gagne à reprendre du poids :

- Je n'éprouverais plus de sensation de fatigue 8/10.
- Je pourrais retrouver ma concentration pour étudier 10/10.
- J'aurais un teint plus éclatant et mes cheveux ne tomberaient plus 9/10.
- Je n'aurais plus à m'angoisser pour une éventuelle hospitalisation 9/10.
- Je pourrais partir en voyage 10/10.
- Peut-être que je serais moins triste 9/10.
- Je n'aurais pas à ruminer constamment sur ce que j'ai mangé, les quantités, les pesées, etc. 7/10.
- J'aurais moins froid 8/10.

Ce que je perds en reprenant du poids :

- Si je me remets à manger, je ne pourrais plus me contrôler, je serais grosse 7/10.
- Je serais plus angoissée que jamais 8/10.
- Je serais plus obsédée par la nourriture 9/10.
- Je ne pourrais plus ressembler à mes stars préférées «Pâris Hilton, Kate Moss » 8/10.

En discutant cette liste avec Mina, elle prend conscience des motifs de son angoisse et peut ainsi renforcer sa motivation, elle pourra évaluer leur importance à certains moments de la vie.

A mesure que l'alliance thérapeutique entre nous s'établit, nous pouvons toutes deux discuter des idées fausses et des conceptions erronées qu'elle se fait sur la reprise de poids, et le cas échéant, s'en débarrasser.

Pour conclure la séance, on confie à Mina une tâche thérapeutique qu'elle fera à domicile, elle consiste à mettre sur papier une petite liste d'affirmations liées à la décision de bien manger, elle sera revue et discutée au cours de la prochaine séance :

Séance n°10 : 27/05/2010 :50mn : poids : 39kg, IMC : 14.3

Mina était accompagnée de ces parents, sa maman nous confie que la séance précédente a beaucoup aidée sa fille à prendre conscience de ses troubles, cependant, elle éprouve toujours une anxiété au moment des repas, mais fait l'effort de goûter un peu de viande et de légumes sans pout autant les vomir.

Comme à chaque séance nous procédons à la pesée de Mina (en sous-vêtements) son poids a augmenté de 03kg depuis le début de la thérapie, elle pèse = 39kg.

Par la suite, nous discutons la tâche thérapeutique qu'elle a réalisée chez elle.

Voici la liste rédigée par Mina :

A partir de maintenant, la nourriture sera mon amie, et non mon ennemie, en recommençant à manger :

- Je serais plus à l'écoute de mon corps.
- Je serais moins superficielle, je me sentrais moins vide.
- Je serais à nouveau dans le coup.
- J'aurais moins de tension avec mes parents.
- Je ne serais plus obsédée par mon poids et ma taille.
- Je serais plus belle.
- Je pourrais reconquérir mon amoureux.

Cette liste qu'elle gardera toujours sur elle, lui permettra une remise en question de ses idées et peut l'encourager à renoncer à l'anorexie.

Enfin un dernier exercice de concentration qui aidera Mina à prendre conscience de son problème et à renforcer le désir de s'en sortir :

On demande à Mina d'inspirer profondément et lors de l'expiration, de fermer les yeux. On lui demande ensuite de se représenter un pendule qui oscille de gauche à droite, d'un côté se trouve l'anorexie mentale, de l'autre la santé, on suggère que le pendule s'arrête ou fait une pause sur l'une des deux situations, à ce moment on pose les questions suivantes :

- Que dit ton intelligence ? écoute attentivement ta pensée logique, ce que ta raison te dit.
- Que dit ton cœur, que disent tes sentiments ? prends le temps de les écouter attentivement.
- Que dit ton corps ? écoute tranquillement le langage de ton corps.
- Que dit ton intuition ? peut-être ton intuition te dit-elle toute autre chose que ton intelligence, ton cœur et ton corps ? écoute attentivement et retiens ce qu'elle te dit, ça te semble utile ?

Lors de cet exercice de concentration, le pendule s'est d'abord arrêté sur l'anorexie, voici ce qu'elle note :

Qu'en dit mon intelligence ?

- Je sais que si je réfléchis logiquement cette maladie peut être mortelle, je sais que « l'idéal de beauté » est impossible, les filles de mon âge pensent plus aux garçons qu'à la nourriture.

Qu'en dit mon cœur ?

- Depuis que j'ai cette maladie, je sens mon cœur fragile, il risque de s'arrêter d'une minute à l'autre, c'est ce qu'a dit mon médecin généraliste, je me sens angoissée, tendue, agitée, parce que je ne pense qu'à mon corps.

Je veux être sereine, équilibrée, ne plus avoir peur de prendre du poids, aidez moi !

Que dit mon corps ?

- Mon corps est fatigué, il n'arrête pas de m'envoyer des signaux d'alarme.

Qu'en dit mon intuition ?

- Je sais que ce que je fais n'est pas bon pour ma santé, je meurs à petit feu.

Puis le pendule balance vers la santé.

Qu'en dit mon intelligence ?

- C'est pas malsain de reprendre du poids, toute les filles de mon âge ont un poids normal pour leur taille, y'en a même qui sont obèses et pourtant elles n'éprouvent aucune gêne ou culpabilité ; je pense qu'à 50kg je ne serais plus en danger.

Qu'en dit mon cœur ?

- Je me sens mieux dans cet état, je suis gaie, je ris tout le temps, je retrouve ma joie d'enfant, je n'aurais plus de problème de santé.

Que dit mon corps de ma santé retrouvée ?

- Mon corps se sent mieux, j'ai plus d'énergie pour étudier, aller à la piscine, sortir avec mes parents, faire de nouvelles connaissances.

Tout cela c'est l'avenir auquel j'aspirais, mais pour le moment, ce qui me préoccupe c'est la peur de grossir, la peur du changement, mais je dois m'accrocher si je veux m'en sortir.

Séance n°11 :05/06/2010 :50mn : Poids=39,5kg, IMC : 14.5

Application de la relaxation (méthode de la régulation respiratoire) :

Ou cours de cette séance, nous présentons à Mina la relaxation, comme technique de gestion de l'angoisse générée par la peur de s'alimenter, et de reprendre du poids. Cet exercice de relaxation se base sur la respiration naturelle. Elle consiste à prendre une lente et profonde inspiration par le nez en gonflant le ventre et à expirer par la bouche ou le nez en rentrant le ventre. Elle permet une meilleure oxygénation et entraîne une diminution de la tension. En plus la facilité de l'exercice permettra à Mina de la reproduire chez elle sans difficulté et sans notre supervision, il sera pratiqué pendant 10mn quotidiennement.

En fin de séance, Mina nous semble rassurée et moins tendue, elle a trouvée l'exercice facile et efficace, et promet de le pratiquer le plus souvent chez elle.

Séance n°12 :13/06/2010 : poids : 40kg : IMC : 14.7 :

Reprise du poids par la correction des comportements problème :

Mina a bien effectué avec sérieux les taches prescrites (selon les propos de sa mère). Elle nous a dit se sentir plus détendue depuis qu'elle effectue l'exercice de relaxation qui lui a été proposé, ce qui semble renforcer sa motivation pour s'en sortir.

Par la suite, nous décidons d'analyser les comportements alimentaires de Mina pour ce faire une idée précise de ce qu'elle mange pendant la journée ; pour ce faire, on lui demande de tenir un journal (carnet alimentaire) où elle va noter dans l'ordre les points suivants :

- Heure de repas.
- Lieu de repas.
- Quantité de nourriture (en détails).
- Vomissement (cognition), sentiment (émotion) et comportement qui accompagnent les repas.

Commentaire :

Grace à ce journal, on peut recueillir de nombreux renseignements sur la façon de manger et sur toutes les pensées, émotions et comportements qui y sont liées. L'honnêteté est bien essentielle, d'où l'intérêt de faire participer les parents dès le début de la prise en charge. Dès que le poids commence à augmenter avec régularité, on préconise de ne plus tenir ce journal pour éteindre cette préoccupation.

Voici ce que mangeait Mina avant le début de la TCC :

- Petit déjeuner = rien.
- Repas de midi = haricots vert vapeur + une pomme sous la menace de son père.
- Gouter = une demi pomme.
- Dîner = une soupe.

Voici après les séances de TCC ce que mange Mina pendant la journée :

- Petit déjeuner = une tasse de thé + un petit biscuit.
- Déjeuner = 1 pomme de terre vapeur + une escalope de dinde grillée + un petit morceau de pain + un yaourt nature.
- Gouter = un palmier (feuilletée) + thé sans sucre.
- Dîner = une soupe + une salade + un fruit.

Les repas sont pris à table à des heures fixes (7h30 – 12h30 – 17h30 – 20h00) et toujours ensemble ce qui motive Mina d'avantage, l'encourage dans sa démarche et diminue ses angoisses.

Comme convenu dans le contrat thérapeutique, Mina devant se fixer un objectif de poids de 50 à 52 kg, un poids auquel elle avait encore ses règles. Pour guérir nous lui expliquons qu'il faut absolument l'atteindre et le conserver pendant un certain temps, nous lui expliquons aussi que ses craintes ne cèdent que si elle y fait face, pour cela nous lui conseillons de reprendre la liste des avantages de la reprise de poids, pour l'encourager avant les repas, et d'oublier pour un moment le poids visé, mieux vaut fractionner le gain de poids en petites étapes et se concentrer sur ces petits progrès.

Aussi pour reprendre du poids, on prévoit aux menus quatre repas par jour, on prévoit aussi le moment et l'endroit de chaque repas, on insiste, sur le fait de ne jamais sauter de repas. Quand aux portions alimentaires, Mina qui ne mangeait presque rien de la journée au début de sa pathologie, nous lui recommandant de fractionner les repas en petites quantités étalées sur toute la journée. Pour gagner au moins 500g par semaine. Mina doit prendre l'équivalent de 2500 calories par jour environ, nous lui conseillons de boire suffisamment d'eau, au moins deux litres par jour et ne faire qu'une pesée pendant la séance, afin d'éviter l'anxiété générée par la prise de poids.

Enfin des séances, nous proposons à Mina un plan d'alimentation en trois phases afin d'augmenter progressivement le volume des repas car le corps (en particulier l'estomac) peut ainsi s'habituer petit à petit à ingérer de plus grandes quantités de nourriture.

Nb : le plan d'alimentation de Mina a été réalisé avec la collaboration d'une diététicienne de l'EHU de l'U.S.T.O.

Plan d'alimentation de Mina :

Phase 1 :

petit déjeuner à 7h00 :

- Une tartine avec la margarine et de la confiture.
- Un café au lait sucré, un thé ou une boisson chaude.

Collation à 10h00 : un fruit (pomme, banane, orange).

Déjeuner :

- Une assiette de soupe
- Une grosse pomme de terre ou une petite assiette de pâtes ou de riz
- Une viande
- Un dessert (yaourt ou gâteau).

Collation à 17h00 (apprêt la sortie du collège) :

- Un thé sucré + un gâteau.

Diner :

- Une soupe + du fromage + une salade avec de la vinaigrette + un fruit.

Phase 2 :

Le plan est identique à celui de la phase 1 avec les modifications suivantes :

- Petit déjeuner = 2 tartines
- Déjeuner = 2 grosses pommes de terre ou équivalent en riz ou pâtes.
- Diner = le même + une tranche de pain.

Phase 3 :

Plan identique à celui de la phase 2 avec quelques modifications :

- Petit déjeuner : 2 tartines + le reste idem + 1 yaourt ou 1 jus de fruit.
- Déjeuner : varier les plats en proposons 2 tranches de Pizza garnies aux légumes + une boisson + un fruit et un yaourt.
- Diner : une soupe + légumes ou féculents + un gâteau au chocolat
- ou une glace (le péché mignon de Mina avant le début de ces troubles).

Séance n°13 : 21/06/2010 :50mn : poids = 42kg IMC : 15.4

Mina nous confis qu'elle était épouvantée à la lecture du plan d'alimentation : « j'ai cru m'évanouir, en pensant avaler toute cette nourriture, heureusement mes parents ont été présents ainsi que mes cousines qui se sont déplacées d'Alger pour passer du temps avec moi et m'encourager dans ma démarche ». L'une d'elles était anorexique il y'a 3 ans, et actuellement elle s'en est sortie grâce à l'aide de son thérapeute et la mobilisation de sa familles et ses amis. Je sais que j'ai repris du poids ces derniers temps, j'ai souvent faim surtout pendant les cours, j'ai peur de devenir boulimique. Je vous avoue que j'ai vomi 1 fois cette semaine, le jour ou mes parents m'ont forcée à terminer mon déjeuner j'étais très contrariée alors j'ai décidé de me faire vomir dans les sanitaires du collègue.

Nous encourageons Mina pour son honnêteté, et nous lui proposons un exercice qui pouvait faire cesser ses vomissements, il consiste à rester dans la cuisine pendant une heure après les repas pour s'interdire l'accès aux toilettes, si c'est difficile au début, elle pourra téléphoner à une amie, enfin pour la dissuader on lui propose une liste des dommages causés par les vomissements qu'elle pourra relire tous les jours.

Voici cette liste : si je continue à me faire vomir :

- J'aurais des caries dentaires.
- J'irriterais mon œsophage.
- Je perdrais toute composante importante pour l'organisme à savoir : le potassium, le magnésium, le calcium, Ets.....
- Mon cœur lâchera d'un moment à l'autre.
- J'aurais une mauvaise halène.

Séance n°14 :03/07/2010 : poids = 44kg IMC : 16.2 :

Prendre soins de soi :

Mina semble aller beaucoup mieux, sa mère nous rapporte qu'elle se sent moins anxieuse à table, qu'elle suit son plan d'alimentation malgré ses réticences. Elle nous rapporte aussi qu'elle n'a pas eu recours aux vomissements toute cette semaine. Pour renforcer positivement son comportement nous proposons à ses parents de la récompenser par l'achat d'un cadeau (parfum ou vêtement) nous avons laissé le choix à Mina.

Cette séance sera consacrée à la prise en charge comportemental du corps : car Mina passe son temps à le critiquer, et le qualifie de « difforme ». Focalise sur ses seins, son ventre et ces cuisses, elle dit qu'elle s'angoisse terriblement à l'idée de le voir grossir de jour en jour, nous lui proposons le même exercice proposé à Hamida, il consiste à tester uniquement en terme d'agrément les différentes activités trouvées en fonction des goûts de Mina.

Situation activités de plaisir corporel

Niveau de plaisir en pourcentage (0-100%)

•S'étendre dans la baignoire remplie de bain moussant.	75%
•S'offrir un soin du visage chez l'esthéticienne.	80%
•S'offrir un massage.	80%
•Se faire couper les cheveux.	45%
•Faire un sport comme la danse par exemple.	60%

A la fin de cette tache, Mina réalise qu'elle peut éprouver du plaisir en prenant soin de son corps. Cette tache (s'étendre dans la baignoire et se faire un massage) peut être réalisée 2 fois par semaines chez elle afin d'être plus à l'écoute de son corps.

Séance n°15:11/7/2010 : poids = 45,5kg.IMC :16.7

Impact du cognitive sur le corps et identification des pensées dysfonctionnelles :

Mina dit qu'elle a exécuté la tache prescrite la dernière séance, et qu'elle s'est sentie très détendue.

Afin d'aider Mina à identifier les croyances et les pensées négatives à l'origine de son problème nous lui proposons de les analyser ensemble et par là tenter de leurs trouver des pensées alternatives.

a) Pensée négative : si je recommence à manger, j'ai peur de prendre deux kilos toutes les semaines et de voir mon poids s'envoler.

b) Pensée alternatives : je ne prendrais pas deux kilos par semaine, mon corps se stabilisera au poids qui lui convient et dont j'ai besoin pour faire tout ce que j'aime. Mon corps s'habitue à ce que je mange et se stabilisera au poids juste.

A. Pensée négative : j'ai un gros ventre.

B. Pensée alternative : mon ventre n'est pas trop gros. C'est impossible quand on a un poids aussi bas, en plus mes jambes flottent dans mes pantalons. En réalité, mon ventre est plat et mon poids bien trop bas pour qu'il ait la moindre chance d'être gros.

A). Pensée négative : j'ai de grosses cuisses.

B). Pensées alternatives : c'est tout à fait impossible tout le monde dit que mes jambes sont comme des allumettes et que je suis maigre comme un clou.

Dans l'objectif de collecter des preuves qui confirment ces croyances alternatives Mina doit effectuer à notre demande 02 taches thérapeutiques : la première consiste à rédiger une liste des qualités du corps de Mina, voila la liste :

- Mes doigts sont longs et minces et j'aime beaucoup ça.
- J'ai de longs cheveux noirs et raides et je suis souvent complimentée pour ça.
- Je suis blanche de peau et j'adore ça.
- Je suis contente d'être grande.
- J'ai de beaux yeux avec de longs cils.

En discutant cette liste Mina prends vite conscience qu'elle a beaucoup de qualités physiques, qu'elle s'est jusque là refusé d'apprécier.

La deuxième tache consiste à faire une enquête auprès de ses proches et de ses camarades de classes ; la consigne est de leur demander de la décrire (avec ces qualités, défauts et surtout sur son apparence physique), afin de préserver l'anonymat, il ne fallait pas mettre leurs noms sur la feuille, les résultats seront analysés, la prochaine séance.

Séance n°16 :29/07/2010 :50mn : poids = 46kg.IMC :16.9

Mina a effectué la tâche avec succès, elle semble plus confiante, et plus relaxée, ses rapports avec ses parents se sont beaucoup améliorés, son père nous livre qu'il revit depuis que l'état de sa fille s'améliore, il reste très confiant quand à son avenir.

Mina a été complimentée par ses camarades de classe pour ces résultats scolaires, sa politesse, sa joie de vivre avant l'apparition des troubles, ses talents musicaux (piano), cependant ils notent ce changement de caractère et son isolement depuis l'apparition de sa maladie, et remarquent tous les efforts faits depuis sa prise en charge et l'encouragent à persévérer.

Grace à cette tâche, Mina a pris beaucoup confiance en elle et se rapproche d'avantage de ses copines de classe. Elle envisage même de contacter son ex-copain.

Séance n°17 : 08/08/2010 :60mn : poids : 47.5, IMC : 17.4

Réévaluation par l'échelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale :

Résultat a l'échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale : (réévaluation) :

Après un suivi en thérapie cognitive et comportementale de 05 mois, Mina s'est beaucoup amélioré, elle mange d'avantage néanmoins, elle éprouve par moment quelques réticences par rapport a ce gain de poids, ses résultats par rapport a cette réévaluation, montre un score de 21.

Avec un IMC 17.4, elle reste maigre or si elle maintient les bénéfices de la thérapie elle se rapprochera d'avantage de la normalité.

Séance n°18 : 18/08/2010 :50mn : réévaluation par le test de l'image corporelle :

Poids : 48kg, IMC : 17.6

Résultats de réévaluation du test de l'image corporelle :

Après 18 séances de thérapie cognitivo-comportementale incluant un travail tant sur :

Les comportements alimentaires inadéquats que sur les pensées négatives concernant Le Corps, la réévaluation par ce test s'est avérée primordiale afin de constater s'il y'a eu Changement ou pas.

Concernant la silhouette actuelle Mina a choisi la n : 4 avec un IMC DE 19.3 ce Résultat dépasse son IMC actuel qui est de 17.4 cependant mina continue a se Percevoir plus grosse qu'elle ne l'est en réalité.

Pour la silhouette idéale et souhaitée mina a opté pour la même silhouette choisie précédemment c'est-à-dire la n : 4 avec un IMC de : 19.3 cela diffère largement du résultat obtenu lors de la première évaluation, ce choix reste cohérent car il reste dans la limite de la normalité et encourage mina d'avantage à l'atteindre par les stratégies thérapeutiques acquises préalablement.

En final, Mina a repris 12kg, depuis le début de sa prise en charge en thérapie cognitive et comportementale, elle mange équilibré et varié, malgré la persistance de quelques réticences vis-à-vis de quelques aliments riches tels :(chocolat, pâtisserie, etc.), elle nous rapporte qu'elle se sent plus joyeuse : « cette lutte contre la nourriture, m'a beaucoup épuisée, en contrôlant mon poids, je croyais être heureuse, finalement en me réconciliant avec la nourriture, et moi-même je me sens mieux ».

A noter que l'objectif de poids fixé dans le contrat thérapeutique n'est pas encore atteint, néanmoins Mina a eu des saignements d'une journée, ce qui constitue un bon signe pour la réapparition des règles.

De plus, Mina a réussi à arrêter les vomissements suite à l'application des conseils et exercices appris en thérapie. Elle ne se pèse qu'une fois par semaine pendant la séance.

Quand aux pensées dysfonctionnements qu'elle avait sur son poids, son alimentation et son corps, elle semble décroître, paradoxalement en reprenant du poids,

Mina a appris à lâcher prise. Aujourd'hui, elle gère mieux son corps, se fait de plus en plus plaisir.

A noter que l'aide des parents dans la prise en charge de Mina a été précieuse, car leur patience, leur générosité. Leur collaboration tout au long de la thérapie a été sans faille.

Mina nous rapporte qu'elle ne regrette en rien le fait qu'elle soit adoptée, elle espérait néanmoins connaître ses parents biologiques.

Le tableau d'évolution avant et après la TCC

Situations	Avant TCC	Après TCC
Le fait de reprendre du poids génère une anxiété massive	« 40 KG c'est déjà le maximum » Restriction volontaire	Une reprise de 12KG, moins d'anxiété par rapport aux aliments et ce grâce à l'exercice de relaxation, au suivi minutieux du plan d'alimentation
L'envie de vomir après « les repas ».	Vomissement à raison de 5 fois par semaine.	Extinction des vomissements par le renforcement négatif « liste de tout les dommages causés par les vomissements »...
Rumination constante concernant les formes corporelles « ventre, cuisses ».	Insatisfaction de l'image corporelle, influence de la culture occidentale et les dictats de la mode	Grâce aux exercices visant l'estime de soi, à prendre soin de son corps, l'image de ce dernier est mieux acceptée avec moins de rumination et de culpabilité.

24/02/2011 :

Réévaluation en poste cure par le test de l'image corporelle de mouchés et

L'échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale :

Résultats de réévaluation au test de l'image corporelle de mouches:

Cette réévaluation a été faite en postcure c'est-à-dire 06 mois Après la fin de la Prise en charge par la Thérapie cognitive et comportementale incluant un travail tant Sur Les comportements Alimentaires inadéquats que sur les pensées négatives Concernant Le Corps et les aliments, la Réévaluation par ce test s'est avérée Primordial Afin de Constater s'il y'a eu Maintien des bénéfices de la thérapie ou pas. A noter que mina Continue à prendre Du poids, elle pèse 52.5kg (4kg 500g depuis la Fin de la prise en charge) son IMC actuel est a 19, il reste Correct pour sa taille et prouve que mina a maintenu les bénéfices de la Thérapie, ceci A été conforté par Le Choix des mêmes silhouettes à savoir la n : 4 pour: l'actuelle, L'idéale et la Souhaitée Avec un IMC de 19.4 ce résultat concorde parfaitement avec son IMC Actuel.

Résultats de réévaluation à L'échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale :

Les résultats lors de cette réévaluation sont très satisfaisants, on note un score de 14, Une abrasion des préoccupations concernant le poids et l'alimentation, une Amélioration significative de l'image corporelle démontrée aussi par les résultats Encourageant à l'épreuve précédente. (Silhouette de mouchés).

On pense que l'amélioration de l'état somatique et psychique de mina revient aussi au Fait qu'elle continue, elle et ses parents, de bénéficier mensuellement de séances de Consolidation des bénéfices de la thérapie.

Chapitre VI :

Analyse des résultats et discussion des hypothèses de recherche :

Nous avons décrit au chapitre IV que 02 patientes ont participé à notre étude, elles ont été diagnostiquées selon les critères du DSM IV de l'anorexie mentale. Toutes les deux ont été prises en charge par la TCC et évaluées en 03 temps : au début, en fin et à 06 mois après la fin de la thérapie sur la base de : l'indice de masse corporelle, de l'échelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale (EAT 40), le test de l'image corporelle (silhouette de mouchés) et les entretiens motivationnels.

Ainsi, notre premier objectif était d'évaluer la motivation de ses patientes, cela fait généralement défaut dans ce type de pathologie de par le déni et l'ambivalence face au changement. Pour cela nous avons élaboré « des entretiens de motivation » qui se sont inspiré du 'modèle du processus du changement' de «Prochascka, Diclemente et Norcross » il s'agit d'aider les patientes à passer les stades suivants :

- A) de non considération du changement : « je n'ai pas de problème avec la nourriture ou le poids »
- B) de considération : « j'ai un problème, il faudrait que je fasse quelque chose »
- C) de préparation et d'action : « je veux changer mes habitudes, je consulte pour me faire aider, je corrige mon comportement alimentaire »
- D) de maintien : « j'ai conscience des risques de rechute, j'anticipe les difficultés pour tenter de les prévenir »
- E) de rechute : « je sais qu'une rechute peut survenir et fait partie du processus global, que je peux en tirer des enseignements et m'en sortir ».

Aussi, nous avons procédé à une liste du « pour et contre » l'anorexie mentale, du « pour et contre » la reprise du poids. Une liste d'affirmations qui a encouragé, nos

patientes et renforcé leur motivation. Des exercices de concentration qui ont pu aider MINA à prendre conscience de son problème et à renforcer son désir de s'en sortir.

En plus, pour les impliquer davantage dans le processus du changement, nous les avons informés à travers des séances de psychoéducation sur la pathologie, son étiologie, ses risques et conséquences. Cette information a renforcé la prise de conscience de la gravité des troubles et une meilleure adhésion à la thérapie et a permis de confirmer notre hypothèse de recherche à savoir : comment travailler la motivation de ces patientes.

Notre deuxième hypothèse était que la thérapie cognitivo-comportementale pouvait aider les patientes à reprendre du poids et les amener à reprendre à manger, ceci a été confirmé grâce à : l'établissement d'un contrat thérapeutique incluant des objectifs claires et réalisables, entre autres : une reprise de poids par paliers, la pesée à raison d'une fois par semaine pendant la consultation, l'établissement d'un carnet alimentaire par une diététicienne spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire ; la prise de repas à un rythme régulier pour Hamida accompagnée par tout les membres de sa famille, l'entraînement à l'élaboration de menus équilibrés et à la préparation de repas simples ; la prévention des vomissements par des exercices de relaxation ; la fixation de la durée des repas à 30 minutes. Tout cela a pu être vérifié par l'amélioration de l'IMC, car lors de la première évaluation, les deux patientes avaient un état indicatif d'une dénutrition sévère de grade 3 pour mina et un score pathologique de 89 enregistré à l'échelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale. Et de grade 2 pour Hamida avec un score de 79 enregistré à la même échelle. à la fin de la thérapie on le retrouve à 19 chez MINA et de 19.7 chez Hamida. L'IMC a augmenté au fur et à mesure de la prise en charge, l'effet partiel du temps était significatif entre la première et la 3^{ème} évaluation (06 mois plus tard) surtout chez mina.

Ainsi, au fur et à mesure de la prise en charge les scores se sont normalisés passant au début de la prise en charge de 13.2 pour Mina et de 16.4 pour Hamida.

Néanmoins, les résultats obtenus par Mina lors de la 2^{ème} évaluation par l'échelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale montrent un score de : 21. Ce résultat reste non pathologique .néanmoins on note une réactivation de quelques réticences concernant le poids et l'image corporelle. Un aspect qui a déjà été constaté par différents auteurs chez les anorexiques qui malgré les améliorations, elles gardaient des difficultés dans la perception de leur corps réel, elles avaient tendance à le sous estimer fortement.

Notre objectif était d'évaluer l'effet d'une thérapie C.C et de là, amener ces patientes à une meilleure perception de leur corps. A la fin de la prise en charge les deux patientes montrent de meilleurs perceptions, ceci a été conforté par les résultats de la dernière évaluation en poste cure (06 mois) après la fin de la thérapie au test de Mouchés qui montre que Mina a choisi une silhouette actuelle, souhaitée et idéale avec un IMC à 19.3.cependant Hamida n'a pas été réévaluer en poste cure pour le motif déjà cité. Donc lors de la deuxième évaluation (en fin de prise en charge), elle a choisi une silhouette actuelle, souhaité et idéale avec un IMC de 19.3 ce résultat calque avec la réalité et est égale a celui obtenu par mina.

Les différentes techniques utilisées telles que la relaxation par la pratique du contrôle respiratoire chez les deux patientes, un travail sur l'image corporelle devant le miroir pour Hamida, les exercices visant à prendre soin de son corps pour les deux patientes, l'évaluation de l'estime de soi par un exercice visant à envoyer une lettre à son entourage afin de recueillir leurs appréciations, des techniques de la restructuration cognitives en forme de pensées alternatives pour Mina et la technique de la flèche descendante pour Hamida, les ont aidées à faire appel à leurs pensées logiques et à mettre de coté les appréhensions concernant leur corps. Par conséquent, nous pouvons confirmer notre 3^{ème} hypothèse de recherche néanmoins, un suivi à long terme reste nécessaire pour le maintien des progrès et son renforcement.

En ce qui concerne l'image corporelle de l'anorexique, il est important de rester vigilant car d'autres auteurs (Fichter, 2006) sont arrivés à la conclusion que « l'insatisfaction corporelle est l'une des principales causes de rechutes ». Ils sont

même arrivés à la conclusion que des anorexiques, douze ans après la guérison, montrent encore certaines attitudes pathologiques par rapport à leur image corporelle et à la maigreur idéale en comparaison avec les sujets témoins¹³².

Un autre questionnement auquel nous avons tenté de répondre était : comment la famille peut-elle contribuer et collaborer à la guérison ? Pour ce faire, nous avons tenté avant tout de déculpabiliser les parents de nos deux patientes, car ils se sentaient profondément coupables et avaient le sentiment d'avoir complètement échoué, le fait de les : 1- déculpabiliser, 2- inviter à « jouer » un rôle d'auxiliaires et de co-thérapeutes a renforcé leur engagement ce qui a accéléré le processus de prise en charge et garanti des résultats satisfaisants.

3- De plus, les faire participer à des séances de psychoéducation autrement dit, les informer sur la pathologie, son étiologie, ses conséquences, leurs a permis de prendre le problème au sérieux (surtout chez la mère de Hamida), arriver à se mettre dans la peau de leur fille pour mieux la comprendre, ce dont elles avaient le plus besoin ces deux jeunes filles.

Enfin quelques recommandations ont été proposées aux deux familles :

- les disputes, reproches, cris et vocifération devaient absolument être proscrits surtout chez les parents de Hamida.
- Que les parents avaient une importante coresponsabilité dans le processus de guérison : d'où l'intérêt de se remettre en question et s'ils traversent eux-mêmes de graves difficultés (ex : difficultés conjugales comme chez les parents de Hamida, dépression chez les parents de Mina suite à la découverte de son adoption) ils devaient se faire aider.
- La rencontre entre les deux parents afin d'échanger des informations sur la pathologie, partager sa souffrance et se faire écouter ont été d'un grand réconfort pour les deux familles.

¹³² Fichter, M.M, Quadflieg N.: "Twelve year course and outcome of anorexia nervosa" international journal of eating disorders, 2006, P87-100.

- Rien de pire que les exceptions à table : les parents devaient choisir ce qui sera servi, suivent notre plan d'alimentation et les quantités qu'elles mangeront, ils devaient mettre fin à la guerre de la table et de la balance.
- Qu'il ne fallait pas oublier les autres enfants (comme les parents de Hamida) dont toute l'attention allait vers elle, et qu'il ne fallait pas sous-estimer l'impact de la maladie sur les autres enfants.
- Que les parents devaient veiller particulièrement sur la qualité de leurs relations conjugales. Dans le cas de Mina les parents ont oubliés qu'ils étaient aussi époux. Toute leur vie était suspendue au sort de leur fille.

Par conséquent, nous pouvons confirmer notre hypothèse de travail principale à savoir que la TCC que nous avons proposé à nos deux patientes s'est avérée efficace.

Nous avons pu ainsi observer sur le plan clinique et au vu des résultats aux différents tests, une amélioration significative de la symptomatologie anorexique, tant sur le plan comportemental, que cognitive.

Conclusion :

Ce travail de thèse se veut être une contribution pour répondre, en partie, aux nombreuses questions auxquelles le clinicien est confronté régulièrement face à ces patientes dont la complexité de la pathologie reste encore de nos jours, en grande partie, une énigme, la compréhension de cette maladie et ses mécanismes complexes, nous poussent à beaucoup d'interrogations qui restent encore sans réponse.

Nous avons pu ainsi constater que la prise en charge par la thérapie cognitive et comportementale que nous avons proposée à nos 02 patientes pendant quelques mois s'est avérée efficace, ceci a été démontré à l'aide de test de l'image corporelle de Mouchés, de l'augmentation de l'indice de masse corporelle, et l'échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale, mais aussi avec un travail sur les comportements problématiques, par l'utilisation de techniques thérapeutiques diverses telles l'exposition avec prévention de la réponse, la réduction de l'anxiété face à l'aliment par la technique du contrôle respiratoire et un travail sur les cognitions qui restent très importantes et souvent évoquées comme ayant un rôle prépondérant dans la genèse et le maintien de la pathologie par la technique de la restructuration cognitive, la technique de la flèche descendante et enfin la technique des pensées alternatives.

Nous avons vu que quelques mois après la prise en charge les deux jeunes Filles continuent leurs progrès et n'ont pas rechuté. Quant au maintien des résultats positifs à long terme, il est difficile de se prononcer sachant que les rechutes sont fréquentes malgré une thérapie bien conduite et efficace.

Nous espérons que les deux patientes continueront à mettre en pratique les techniques cognitives et comportementales que nous leur avons apprises lors de la thérapie, afin de minimiser les risques de rechutes.

Par ce travail, nous espérons avoir apporté une pierre à la compréhension clinique et à la prise en charge de l'anorexie mentale de la jeune fille. Tout en restant bien consciente que, beaucoup de questions continuent à rester sans réponse. Nous

espérons que notre étude puisse servir à la réflexion clinique sur l'anorexie mentale afin de mieux comprendre et traiter cette pathologie.

Il nous semble important, à l'avenir, de concentrer plus nos efforts à ce qui reste le cœur de cette pathologie : le vécu et la perception corporelle, aspects qui, même avec une prise en charge importante et multifactorielle, reste fragile.

Les efforts des cliniciens doivent, à notre avis, nécessairement consacrer une partie de leur travail et de leur prise en charge. Reste à savoir comment et avec quels outils ? Même si certains chercheurs étrangers dans le Domaine ont déjà commencé à mettre en place différents protocoles d'approches Corporelles.

Bibliographie

1. AIMEZ P : « Intérêt de l'approche institutionnelle psycho éducative dans le traitement de la boulimie ». *Actuel Psychiatrie Paris* 1987.
2. Ajuriaguerra, J.: « Manuel de psychiatrie de l'enfant », Édition Masson, Paris 1980.
3. Bandura A. : « L'apprentissage social ». Bruxelles : Pierre Mardaga, 1980.
4. Blackburn IM, Cottraux J. : « Thérapie cognitive de la dépression ». Paris : Masson, 1988.
5. Blanshay, Carol Anne : « le processus de sexualisation féminin »une étude de cas de l'anorexie et ses implications en sexologie clinique. Rapport d'activités, Département de sexologie. UQAM,Canada-1994.
6. Bourque, D. : « A dix kilos du bonheur ». Editions de l'Homme, Montréal, 1991.
7. Bouvard, M. & Cottraux, J. : « Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie ». 4^{ème} Edition Masson,Paris 2005.
8. Bronnec, M. Guillon, Landréat, M. Venisse J.C : « aspects sémiologiques de l'anorexie mentale ». *Nutrition clinique et Métabolismes*, 2007 :21(4) .
9. Buvat, J. Buvat-Herbaut, M: « dysperception de l'image corporelle et dysmorphophobie dans l'anorexie mentale, à propos de 115 cas des deux sexes. altération des mécanismes de perception dans l'anorexie mentale ». *Annales médicales psychologiques* ; 1978,136(4).
10. Canceil, O.Cottraux, J.Falissard, B.Flament, M. : « Psychothérapies : trois approches évaluées ».Editeur : INSERM, Broché.2004.
11. Canoui, P. Messerschmitt, P. Ramos, O. : « Révision accélérée en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ».Edition Maloine, 1994.
12. Catherine Doyen, Solange Cook-Darzens : «Anorexie, boulimie : Vous pouvez aider votre enfant », Inter Éditions, Coll. Vivre sa vie Dunod, 2004.
13. CIM 10/ICD-10 : « Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement ».Critères diagnostique pour la recherche. Masson, Paris, 1994.
14. Cottraux J. : « les thérapies comportementales et cognitives ». Ed Masson, Paris, 2001.
15. Cottraux, Jean.: «Les thérapies comportementales et cognitive »médecine et psychothérapie.4[°]Edition. Masson 2004.
16. Curgi C. : « L'alliance thérapeutique ». DVD. Paris 2006.
17. Divac, S.Foulon, C.Criquillon-Doublet, S.Samuel-Lajeunesse, B. : « Le traitement comportemental des patients anorexiques individualisé ».Rôle des caractéristiques d'échantillon dans le choix de l'approche thérapeutique .Symposium international. Les troubles des conduites alimentaires. Paris, 1991.

18. Doucet, P. : « L'anorexie et la boulimie cachent souvent une dépression majeure ». La presse universitaire de France, 1994.
19. DSM III, « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », trad. FR. sous la direction de P. Pichot et J. D. Guelfi, Paris : Masson, 1983.
20. DSM IV : « American psychiatrique association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ». Masson, paris, 1996.
21. Eiber, R. Mirabel-Sarron, C. et Urdapilleta, I. : « Les cognitions et leur évaluations dans les troubles des conduites alimentaires ». L'encéphale, 2005.
22. Elkaim M : « Formations et pratiques en thérapie familiale » Ed ESF, Paris 1985.
23. Ellis A. : « Comprendre la névrose et aider les névrosés ». Québec : Les Editions de l'Homme, 1983.
24. Encyclopédie Médicaux Chirurgical : « Cours anorexie mentale ». Paris ,1986 P : 37350 A 15.
25. Encyclopédie Médicaux Chirurgical : « Cours sur les techniques de la thérapie comportementale ». Paris :37-820-A-40.
26. Favrod J, Barrelet L. : « Efficacité de l'entraînement des habiletés sociales avec les personnes atteintes de schizophrénie ». J Thérapie Comportementale et Cognitive 1993.
27. Ferrari Pierre, Catherine Epelbaum : « Psychiatrie De L'enfant et de L'adolescent ». Médecine-Science, Flammarion-Paris, 1993.
28. Follack Christian, « structure de la thérapie cognitive ». Cours sur la TCC. CEP USPP.
29. Fontaine, O. Rognant, J : « Les thérapies comportementales, Approches théorique » Encyclopédie Médicaux chirurgicale, Paris, 1986.
30. Garner, D. & Garfinkel, M. : « Echelle d'auto évaluation de l'anorexie mentale EAT40 » traduction Carrot G. et Long F, 1975.
31. Gicquel, L. : « la prise en charge des troubles des conduites alimentaires de l'adulte ». Revue Prat, 58/2, 2008.
32. Gormly, A. V. & Brodzinsky, D. M. : « Le cycle de la vie ». Editions Etudes Vivantes, Laval, 1994.
33. Grall, Bronnec, M. Guillou- Landréat, M. Venisse J.C : « aspects sémiologiques de l'anorexie mentale ». Nutrition clinique et Métabolismes, 2007 :21(4).
34. Guelfi, Julien Daniel: « Psychiatrie ». Presses Universitaires De France, décembre 1997.
35. Guilbert P, Lelievre F : « Thérapie comportementale des conduites boulimiques ». Actualité Psychiatrique, Paris 1987.
36. Harrison, T. R. : « Médecine interne », Tome I, 13^{ème} édition, Montréal, 1994.
37. Index de masse corporelle de Quételet : Poids (KGS)
38. Jacobson E. : « Savoir relaxer ». Québec : Les Editions de l'Homme, 1980.

39. Jeammet P, Brechon G, Payan C, Gorge A, Fermanian J. « Le devenir de l'anorexie mentale : Une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission » *Psychiatrie Enfant* 1991.
40. Jeammet Ph & George A : « une forme de thérapie familiale, le groupe de parents ». *Psychiatrie de l'enfant*, Paris, 1980.
41. Jeammet Ph. « Le groupe de parents, sa place dans le traitement de l'anorexie mentale ». *Neuropsychiatrie de l'enfant*, 1984.
42. Jeammet, P., « L'anorexie mentale ». Doins éditeurs, Paris, 1985.
43. Karila, L. Boss, V. Layet, L. : « Psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescence ». Ellipses édition marketing, 2002.
44. Ladouceur, R. Fontaine, O. Cottraux, J : « Thérapie comportementale et Cognitive ». Paris : Masson, 1993.
45. Lasègue, C. « De l'anorexie hystérique ». *Archives Générales de Médecine*. XXI, 1873.
46. Lavoisy; G: « Evaluations des préoccupations corporelles dans les troubles des conduites alimentaires par le body Shape questionnaire » ; université de Rouen, 2006.
47. Ledoux, S. & Choquet, M., « Les troubles des conduites alimentaires : analyse et perspectives des 11-20ans et leur santé ». INSERM, 1991.
48. Legeron; P; Van Rillaer J.: « approche théorique des thérapies comportementales et cognitives chez l'adulte ». *Encyclopédie Médicochirurgicale* 37-820-A-40.
49. Lehoux, P. : « Les troubles de l'alimentation et la sexualité : considérations cliniques ». Journée de perfectionnement de l'association des sexologues du Québec, 2000.
50. Leichner, P. : « Anorexie et boulimie, s'affamer à satiété ». *Le clinicien*, vol.2, n°1, 1987.
51. Maranda, F. : « L'adolescente anorexique ». *Santé Mentale*, Vol 2.1990.
52. Merleau-Ponty : « Phénoménologie de la perception » ; Paris : Gallimard, 1945.
53. Miller, R. W. & Rollnick : « L'entretien motivationnel ». Inter Editions, Paris, 2006.
54. Mirabel-Sarron C, Vera L. « L'entretien en thérapie comportementale et cognitive ». Paris : Dunod, 1995.
55. Mouchés, A.: « Erreurs perceptives de l'image corporelle. Troubles émotionnels et comportement alimentaire ». *Thérapie comportementale et cognitive*, 2 (3), 1992.
56. Nicolas I. « Évolution et complications à long terme des troubles des conduites alimentaires » *Revu Prat* 2008.

57. Papalia, D. E. & Olds, S. W., « Le développement de la personne ». 3^{ème} Edition, Etudes Vivantes, Laval, 1989.
58. Phan o, M. & Lascaux : « communication sur l'entretien motivationnel, chez l'adolescent présentant des conduites additives ». Annales médicaux psychologiques, 2009,167.
59. Poudat, FS : « Approche corporelle dans la thérapie cognitivo-comportementale des conduites additives ». Symposium international : Les troubles des conduites alimentaires. Paris, 1991.
60. Préjent, J., « La peau et les os ». Film Canada distribué par Asta Film Distribution, 1988.
61. Richard, B : « Un groupe d'anorexiques mentales hospitalisées ». Neuropsychiat Enf 1989.
62. Schilder, p : « L'image du corps » (texte de 1935), Gallimard, 1968, Paris, 1968.
63. Simard, Hugues., « L'anorexique et le médecin : au delà du cap 'maigrir' ». Les presses de l'Université, Laval, 1980.
64. Vandereycken W, Perloot R : « Anorexie mentale, rétablissement du poids par la thérapie du comportement ». Feuillet psychiatrique de Liège 1977 ; 10 : 47-58
65. Vanderlindin, J. : « vaincre l'anorexie mentale », préface de Philippe Jeammet, De Boeck & Larcier S.A., 2006.
66. Viricel J, Bossu C, Galusca B, Kadem M, Germain N, Nicolau A, et al. « Diminution de la Mortalité et stabilité du taux de guérison dans le suivi de l'anorexie mentale ». Presse Méd. 2005;34(20 Pt 1):1505-10.
67. Wilkins, J. & all. : « Médecine de l'adolescence, une médecine spécifique ». Hôpital et justice. Université de Montréal, 1985.
68. Wolpe J. : « Pratique de la thérapie comportementale ». Paris : Masson, 1975.
69. Wulliemer F, Rossel F, Sinclair K : « La thérapie comportementale de l'anorexie nerveuse ». J Psychosom Res 1975.

Listes des livres en Anglais:

1. Becker, A.E.: « Current concepts: Eating disorders », The New England Journal of Medicine, vol. 340, no 14 (April 8); 1999, p. 1092-1098.
2. Bruch, H: «perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa». Psychosomatic medicine, 1962, 24, 187-194.

3. Cautela JR.: "Behavior therapy and self-control: technique and implications". In: Franks CM Ed, Behavior therapy: appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969.
4. Durkin.S, J. Paxton.S, J.: "Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media image in adolescent girls". Journal of psychosomatic research, 53(5).2002.p:995-1005.
5. Fichter, M.M, Quadflieg N.: "Twelve year course and outcome predictors of anorexia nervosa" international journal of eating disorders, 2006, P87-100.
6. Fisher, S.: "the evolution of psychological concepts about the body". In cash, T. F, pruzinsky, T. (EDS), body image: development, deviance and change.1990, (pp: 3-20), New York: Guilford press.
7. Garner,D.M ,Garfinkel,P.E et Bonato,D.P : « body image measurement in eating disorders» advances in psychosomatic medicines,1987;17,p:119-133.
8. Goldston R.: "Mind over Matter, observation on 50 patients hospitalized with anorexia nervosa". J. AM. Accad Child, psychiatry 1974-13 n°2: P: 246.
9. Hill, A.J ET Franklin, And J.A:"Mothers, daughters and dieting: Investigating the transmission of weights control». The British journal of clinical psychology, 1998.p:3-13.
- 10.Kaplan, H. I, ET B, J Sadock:"Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry"7 edition, Baltimore: William& Wilkins 1994, p: 1257.
- 11.Kolb; C: « disturbances of the body image ».in arieti, S ;(Ed) American handbook of psychiatry (vol. 1, pp: 749-769). New York: basic books.
- 12.Krueger, D.W.: "body self and psychological self". New York: Brunner/mazel, 1989.
- 13.Powers, P. S.: "Anorexia Nervosa, evaluation and treatment". Comprehensive therapies. Vol 16, n°12, pp. 24-34.
- 14.Prochaska, J. O., Di Clémente, C. C., ET Norcross, J. C.:"In search of how people Change. Applications to addictive behaviors". The American Psychologist, 1992, 47(9), 1102-1114.
- 15.Russell G.F.M:" the present status of anorexia nervosa". Psychology Med. 1977. 363
- 16.Schonfeld, W. A:"body-image disturbances in adolescents"; influence of family attitudes and psychopathology. Archives of general psychiatry 15(1); p: 16-21.
- 17.Shontz, F, C:"perceptual and cognitive aspects of body experience» New York: Mac Milan, 1969.

18. Thorndike EL:” The fundamentals of learning. New York “: Teachers College, 193226
19. Yager, J.:”Family issues in the pathogenesis of anorexia nervosa» psychosomatic medicine, 1982, vol 44. No, 1.p:43-60.

Dictionnaire :

1. « Encyclopédie de la santé de A a Z ».Edition Fabbri, paris.vol10, 1994.
2. Dictionnaire « la Psychologie moderne de A à Z. ». Paris .1971.
3. Le Robert quotidien : « Dictionnaire pratique de la langue française ». Dico Robert Inc. ; 1996.
4. Le Robert, « Dictionnaire pratique de la langue française ». Paris. 1991.

Les Adresses E-mail des associations :

1. AFFORTHEC : afforthec@aol.com ou www.afforthec.com
2. AFTCC : <http://www.aftcc.org>
3. Site internet : « Www. Relation d'aide.com »: psychiatrie « l'anorexie » Alain Charpiloz et Claire Doerig (suisse).consulté le 20-12-2010.

Les sites internet

1. Site internet : Www.Fractal.Aссо.FrFrance réseaux des addictologues comportementalistes et tabacologues, troubles du comportement alimentaires, consulté le 31-10-2010.
2. Site Internet : Argu_Anorexie_Mentale.PDF : « Anorexie mentale : prise en charge ».Haute autorité de santé, Juin 2010, P : 87.
3. <http://www.france5.fr/sante/beaute/W00471/3/relaxation> par le contrôle respiratoire, site consulté le14/10/2010
4. Site internet : www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-343-therapie-comportementale-et-cognitive.htm
5. Site Internet: www.Anorexia - Nervosa.fr – French – Final – PDF. Adobe Reader.

Les mémoires et thèses sur l'anorexie

1. Richard B. : « Place des techniques comportementales dans le traitement de l'anorexie mentale ». Mémoire pour le CES de psychiatrie. 1978.
2. Latifa boujallabia : « l'étude du rôle de l'anorexie chez une femme Ayant un problème d'anorgasmie », université du Québec à Montréal, avril 2003.

3. Loretta Sala « étude des variables cliniques, psychologiques et discursives chez des patientes souffrante de trouble du comportement alimentaire » thèse pour l'obtention d'un doctorat en psychologie clinique 2008 France, P : 113.

قائمة المراجع باللغة العربية:

1- فيصل محمد خير الزواد: «الأمراض العصابية، الذهانية و الاضطرابات السلوكية» دار القلم ط.1 بيروت 1984 ص.:142

2- د.عبد الرحمان العيسوي: « الطب السيكوسوماتي: دراسة في اضطراب السمنة و تناول الطعام»، الدار الجامعية.الإسكندرية 2006 ص:134

3- د.كريستين نصار"اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي"شركة المطبوعات للتوزيع و النشر.لبنان 1998. ص.81

4- عطوف محمد ياسين، علم النفس العيادي، الطبعة الثانية. دار الملايين 1996 ص 330-335

5- صمويل اوزيباو،بروس والش:«استراتيجيات الإرشاد النفسي لتعديل السلوك الإنساني».ترجمة د/عباس محمود عوض و د/عزت عبد العظيم الطويل . دار المطبوعات الجديدة، الإسكندرية، 1976، ص:47.

6- د/قحطان أحمد الظاهر: «تعديل السلوك» الطبعة الثانية، وائل النشر و التوزيع، عمان، الأردن 2003، ص 242،-243

ANNEXES

Complications somatiques et psychologiques Cardiovasculaires

Hypotension, bradycardie (une tachycardie peut annoncer une décompensation)

Altérations de l'électrocardiogramme (allongement de l'intervalle Q-T à risque d'une arythmie ventriculaire), atrophie ventriculaire, prolapsus mitral

Digestives :

- Ralentissement de la vidange gastrique, du transit œsophagien
- Constipation
- Hépatite (élévation des transaminases)
- Hypercholestérolémie

Hématologiques :

- Récitations, thrombopénie (hypoplasie médullaire)
- Anémie par carence martiale et/ou vitaminique
- Très rares complications infectieuses

Psychologiques :

- Labilité émotionnelle
- Irritabilité
- Humeur dépressive
- Troubles anxieux
- Conduites de stockage (*hoarding*)

- Idées fixes alimentaires

Cutanées :

- Lanugo coloration orangée des plis
- *Électrolytiques*
- Hypophosphorémie
- Hypocalcémie

Endocriniennes et métaboliques :

- Hypothermie
- Œdèmes de renutrition
- Hypoglycémie (rares comas)

- Aménorrhée secondaire à une malnutrition (également observée dans 20 à 50 % des Cas de boulimie)

- Déficit en œstrogènes

Troubles de la fertilité (et complications obstétricales en cas de grossesse :

- Avortements, hypotrophie fœtale accouchement prématuré, plus forte morbidité néonatale, dépression du post-partum...)
- Élévation du taux basal de *growth hormone*, de cortisolémie, altération de suppression par dexaméthasone
- Syndrome de T, basse
- Ostéopénie, ostéoporose

Systeme nerveux central et musculaire :

- Dilatation ventriculaire et atrophies corticales
- Diminutions des performances aux épreuves d'attention, perception visuospatiale, et Mémoire.
- Altérations non spécifiques à l'électroencéphalogramme
- Très rares crises épileptiques (secondaires à une insuffisance rénale)
- Faiblesse et atrophie musculaires
- Altération de la fonction respiratoire par déficience du diaphragme

Complications de troubles du comportement alimentaire avec vomissements et abus de laxatifs et/ou diurétiques :

- Parotidomégalie et hyperamylasémie
- Érosion de l'émail dentaire
- Œsophagite, saignements dans les vomissements (rarement ulcérations,
- Exceptionnelles perforations de l'œsophage ou de l'estomac)
- Hypokaliémie
- Hyponatrémie
- Alcalose métabolique
- Arythmie secondaire à une hypokaliémie
- Cardiomyopathie iatrogène, à l'ipéca
- Insuffisance rénale (secondaire a l'abus de diurétiques)

- Paralysie du côlon, mélanose (secondaire à l'abus de laxatifs)
- Callosités sur dos de la main

Signes cliniques et para cliniques de gravité au cours de l'anorexie mentale, imposant l'hospitalisation :

- Indice de Quételet (indice de masse grasse = IMC) < 14 kg/m²
- Amaigrissement important et rapide (brutal) ; arrêt total de prise alimentaire,

Aphagie Et vomissements

- Épuisement physique souligné par la patiente
- Troubles de la conscience et de la vigilance, céphalées, malaises orthostatiques
- Tension artérielle systolique <80 mm Hg; diastolique <50 mm Hg
- Bradycardie <50 ou fréquence cardiaque > 90/min
- Température <35,5 °C
- Leucocytes < 1 500/mm³, neutrophiles <1 000/mm³, plaquettes < 50 000/mm³
- Hypokaliémie <3 mmol/L malgré l'apport de potassium per os
- Natrémie < 125 mmol/L ou > 150 mmol/L
- Créatininémie < 100 µmol/L; urée > 15 mmol/L
- Hypophosphorémie
- Augmentation des transaminases, taux de prothrombine < 50 %
- Électrocardiogramme : anomalies électriques
- Péricardite, prolapsus mitral avec insuffisance mitrale

Critères diagnostiques pour l'anorexie mentale

DSM-IV 2 : [307.1] Anorexie mentale

- A.** Refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au dessus d'un poids Minimum normal pour l'âge et pour la taille (par exemple, perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou Incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un Poids inférieur à 85 % du poids attendu) ;
- B.** Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros alors que le poids est Inférieur à la normale ;
- 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 de Dénier de la gravité de la maigreur actuelle ;
- D.** Chez les femmes post pubères, aménorrhées c'est-à-dire absence d'au moins trois Cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones).
- Spécifier le type :

Type restrictif (« *Restricting type* ») : pendant l'épisode actuel d'anorexie

Mentale, le sujet n'a pas de manière régulière, présenter des crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (« *Bingeeating/Purging type* ») :

Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de Manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements Provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

American Psychiatric Association (1996)

CIM-10 3 : [F 50.0] Anorexie mentale

- A.** Perte de poids ou, chez les enfants, incapacité à prendre, du poids conduisant à
- B.** La perte de poids est provoquée par le sujet qui évite les « aliments qui font Grossir » ; un Poids inférieur à au moins 15 % du poids normal ou escompté, compte tenu de L'âge et de la taille ;

- C.** Perception de soi comme étant trop gros (se), avec peur intense du grossir, Amenant le sujet à s'imposer un poids limite faible à ne pas dépasser ;
- D.** Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo- Avec aménorrhée chez la femme et perte d'intérêt sexuel et de Puissance érectile chez l'homme (des saignements vaginaux peuvent toutefois Persister chez les femmes anorexiques sous thérapie hormonale, de substitution, le Plus souvent prise dans un but contraceptif) ;
- E.** Ne répond pas aux critères A ou B de la boulimie (F 50.2).

Organisation mondiale de la santé (1993)

Echelle d'évaluation des avantages et inconvénients du trouble

Indiquez ci-dessus la force de vos raisons de vous attaquer à l'anorexie. Vous pouvez répondre simplement en indiquant un chiffre entre 0 et 10 sur l'échelle ci-dessus, plus est élevée la note, plus forte est votre motivation. Il n'y a pas de mauvaises réponses.

0 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10

Absente

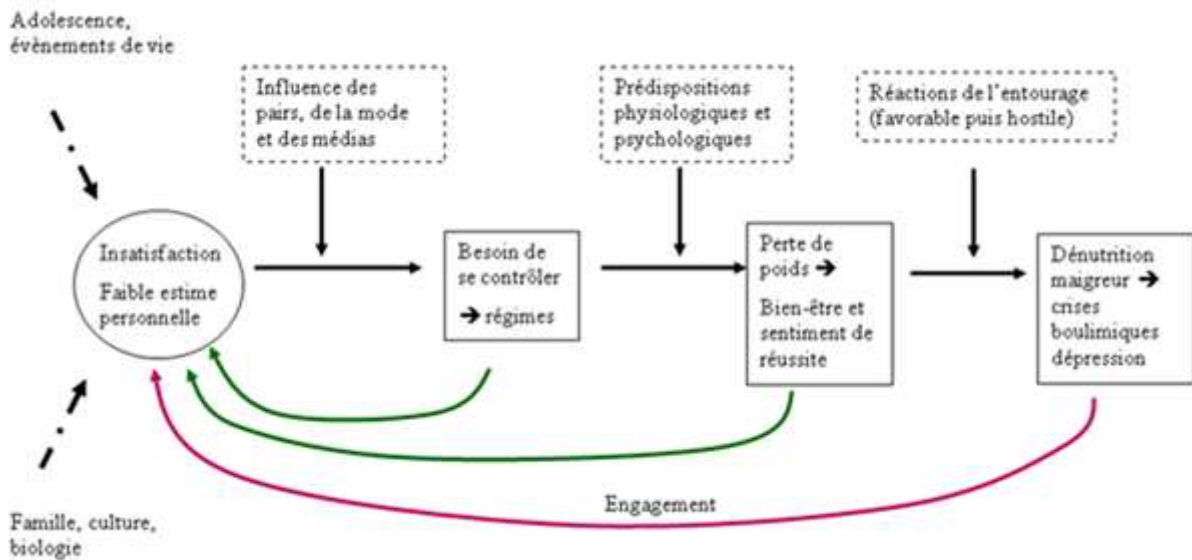
Moyenne

Très forte

Faites la liste des avantages et des inconvénients de l'anorexie tels qu'on les a décrit précédemment. Enumérez ensuite les avantages et les inconvénients d'un gain de poids (et donc de la guérison). Faites en un outil de réflexion avec votre thérapeute.

Liste des avantages (et la note d'évaluation devant chaque item)

Liste des inconvénients (et la note d'évaluation devant chaque item)



Modélisation de l'anorexie mentale selon le Schéma de Fairburn¹³³

¹³³ Site internet : www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-343-therapie-comportementale-et-cognitive.htm



Le contrat thérapeutique

Décrivez une situation, ou plus ou moins difficile auxquelles vous voudriez vous attaquer, précisez au moins deux moyens possibles (étapes concrètes) de les atteindre.

1- Symptôme (anorexie) :

Problème 1 :

Etape A

Etape B :

Problème 2 :

Etape A :

Etape B :

Etape C :

2-Distorsion cognitive et estime de soi :

Problème 1 :

Etape A :

Etape B :

C'est mon contrat thérapeutique, j'en ai choisi les objectifs et les étapes concrètes, j'ai conscience de la gravité de mon problème et je sais que je ne pourrai le résoudre qu'en m'engageant à 100% à atteindre les buts que je viens de décrire. Je promets d'être aussi honnête que possible avec moi-même et avec ceux qui m'entourent. En signant ce contrat, je m'engage à atteindre ces objectifs, il est important que je l'aie toujours sur moi pour pouvoir le consulter régulièrement.

J'affirme avoir rédigés ce contrat en toute liberté et être au courant des buts du traitement et des étapes à franchir pour le atteindre.

Signature et date :

Echelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale

Items	Pas du tout/ jamais	Très peu/ rarement	Un peu/ Quelque- Fois	Moyen- nement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
1. J'aime manger avec autrui.						
2. Je fais de la cuisine pour les autres mais je ne mange pas ce que je prépare						
3. J'éprouve une angoisse avant de manger.						
4. J'ai une terreur folle d'avoir des kilos en trop						
5. J'évite de manger quand j'ai faim.						
6. Je trouve que l'idée de la nourriture me préoccupe						
7. Je fais des « grandes bouffes » au cours desquelles j'ai l'impression de ne plus pouvoir m'arrêter.						
8. Je coupe la nourriture en petits morceaux.						
9. Je connais la teneur en calories des aliments						
10. J'évite tout particulièrement les						

aliments riches en glucides (pain, pomme de terre, riz, etc.)						
---	--	--	--	--	--	--

T : Echelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale (p. 2)

	Pas du tout/ jamais	Très peu/ rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
11. Je me sens ballonnée après le repas						
12. Je pense que les autres aimeraient me voir manger plus.						
13. Je vomis après avoir mangé.						
14. Je me sens extrêmement coupable après le repas.						
15. Je suis obsédée par l'idée d'être plus mince.						
16. Je me dépense énergiquement pour brûler des calories.						
17. Je me pèse plusieurs fois						

par jour.						
18. J'aime que mes vêtements soient ajustés.						
19. J'aime manger de la viande.						
20. Je me réveille tôt le matin.						

T : Echelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale (p. 3)

Items	Pas du tout/ jamais	Très peu/ rarement	Un peu/ Quelquefois	Moyennement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
21. Je mange la même chose tous les jours.						
22. Je pense aux calories que je brûle quand je fais de l'exercice.						
23. J'ai des règles normales.						
24. on pense que je suis trop maigre.						
25. L'idée d'avoir de la graisse sur le corps m'obsède.						
26. Je mange plus l'entement que les						

autres.						
27. J'aime manger au restaurant.						
28. Je prends des laxatifs.						
29. J'évite les aliments qui contiennent du sucre.						
30. Je mange des aliments de régime.						

T : Echelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale (p. 4)

Items	Pas du tout/ jamais	Très peu/ rarement	Un peu/ Quelque- Fois	Moyen- nement/ Souvent	Beaucoup/ Très souvent	Extrêmement/ Toujours
31. Je pense que la nourriture conditionne ma vie.						
32. Je sais me contrôler devant la nourriture.						
33. Je pense que l'on me force à manger.						
34. Je consacre trop de temps à la nourriture et y pense trop.						
35. Je suis constipée.						

36. je me sens mal à l'aise après avoir mangé des bonbons.						
37. Je me mets au régime.						
38. J'aime avoir l'estomac vide.						
39. J'aime essayer de nouveaux aliments riches.						
40. J'ai spontanément envie de vomir après le repas.						

Principes des psychothérapies

Sept principes apparaissent dans toutes les psychothérapies efficaces, sous des appellations diverses :

- 1- Les aspects psycho-éducatifs
- 2- Le rôle des expériences précoces dans le façonnement des problèmes actuels, reconnus et étudiés avec le patient.
- 3- Le rôle de la mémoire (autobiographique) dans la mise à jour des schémas cognitifs inconscients.
- 4- Les systèmes de croyances et les interprétations erronées sont modifiés progressivement.
- 5- L'affrontement progressif des émotions.
- 6- Des prescriptions de comportements sont proposées et mises en œuvre en dehors des séances.
- 7- Activation des ressources.

Les modalités d'ouverture de l'entretien en TTC

Voici quelques éléments qui peuvent être inclus dans l'entretien préliminaire avant la thérapie :

- Le temps dont dispose le thérapeute.
- Une explication de son rôle et de ses objectifs.
- Une description claire du rôle du patient.
- Utiliser des questions ouvertes de style « socratique » pour aider le patient à verbaliser.

Structure classique d'une séance en thérapie comportementale et cognitive

- Orientée sur la mesure de son efficacité
- Utilisation de structures et de répétitions pour améliorer l'apprentissage
- La durée : entre cinq et vingt séances pour un trouble simple (AXE 1.) En général une séance par semaine au début.
- Durée 45 à 50 minutes parfois moins si avec ordinateur ou biblio thérapie.

Conceptualisation du cas

- Quand la Conceptualisation est adéquate, elle peut influencer chaque question, exercice, réaction non verbale et intervention du thérapeute.
- Prendre une vision longitudinale et transversale des problèmes.

Phase 1 : évaluation et indication

L'objectif de cette phase est le développement d'une relation thérapeutique favorable :

- Fixer le cadre : durée de la séance, horaires, durée de la thérapie, confidentialité, autres informations, tâches à domicile, etc.
- Faire l'analyse fonctionnelle
- Evaluer la motivation du patient.
- Recueil et évaluation des données

- Elaborer des hypothèses et conceptualiser le cas selon le schéma SORC, grille SECCA ou autre...

Définition des buts et contrat thérapeutique

- Explication précise des méthodes d'intervention envisageables.
- Fixation de l'agenda des séances.
- Révision des tâches à domicile.
- Travail sur l'objectif clé de la séance.
- Assignation des tâches (à domicile).
- Synthèse de la séance et commentaire¹³⁴

Phase 2 : traitement

L'objectif de cette phase est de maintenir la relation thérapeutique favorable:

- Mise au point commune du plan de la thérapie
- Application des stratégies thérapeutiques cognitives et comportementale, renforcement et répétition !
- Tache à domicile
- Evaluation continue de la thérapie
- Ré évaluation des progrès et des nouveaux objectifs

Phase 3 : Fin de traitement

Son objectif c'est le maintien de la relation thérapeutique favorable et vise à :

- Evaluation finale de la thérapie
- Travail sur la prévention des rechutes
- Travail sur l'autonomisation du patient (le patient devient son propre thérapeute)
- Résumés de l'ensemble des facteurs considérés comme « efficaces » pour le patient et permettant le feed-back pour le thérapeute.
- Fin de la relation thérapeutique

¹³⁴ Follack Christian, « structure de la thérapie cognitive ». Cours sur la TCC. CEP USPP.

Phase 4 : postcure :

Cette phase dépend beaucoup du patient et de son entourage, son objectif est de faire des entretiens avec le patient tous les six mois (cette durée peut varier en fonction des patients, parfois des patients refusent de revenir et n'ont pas envie qu'on leur rappelle leur maladie, on peut avoir des nouvelles par un membre de la famille) en moyenne pour :

- évaluer le maintien des progrès réalisés,
- prévenir les rechutes,
- consolider les acquis.

Résumé des principales étapes d'une TCC¹³⁵

Accueil	Fixer le cadre
Alliance	Analyse fonctionnelle
Motiver	évaluation
Psychoéducation	Contrat thérapeutique
	Conceptualisation de cas
Renforcement et activation des ressources	Méthodes thérapeutiques
Suivi	Evaluation

¹³⁵ Curgis C., L'alliance thérapeutique. Avec DVD. Paris 2006.

الكلمات المفتاحية للبحث:

فقدان الشهية العصبي - العلاج المعرفي السلوكي - المراهقة - صورة الجسم - المقابلات التحفيزية - مؤشر كتلة الجسم - إعادة الهيكلة المعرفية.

ملخص البحث

يتعلق موضوع المذكرة بدراسة حالتين تعانين من مرض فقدان الشهية العقلية حيث أننا طبقنا عليهما العلاج المعرفي السلوكي.

وكان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم تأثير هذا العلاج على المريضتين ومدى فعاليته.

للقيام بذلك، قسّمنا عملنا إلى جزأين: جزء نظري و جزء تطبيقي.

- يتطرق الفصل الأول من الجزء النظري إلى المقدمة، الإشكالية، الفرضيات و منهجية البحث. أما الفصل الثاني فهو يتعلق بمرض فقدان الشهية العصبي، تعريفاته، أنواعه، جذوره، عواقبه وعلاجه بما في ذلك صورة الجسد، مفاهيمها و أهم النظريات التي تطرقت إليها. وفي الفصل الثالث نتطرق إلى العلاجات المعرفية والسلوكية (TCC) مع اتجاهاتها المختلفة، التطبيقات واستراتيجيات العمل و كذا إلى دراساتنا في مجال فقدان الشهية العقلية .

- وخصص الفصل الرابع من الجزء التطبيقي لدراسة منهجية البحث بما في ذلك المنهج المتبع، الأدوات المستعملة و كيفية تطبيقها أما الفصل الخامس فقد خصص لدراسة حالتين مراهقتين عمرهما 14 و 16 سنة تمّ تشخيصهم وفقا لمعايير DSM IV، عن طريق العلاج المعرفي السلوكي تابعا لهم لمدة 04 أشهر ونصف بنسبة مقابلة واحدة في الأسبوع، حيث أننا استعنا في تقييمهما بسلم التقييم الذاتي لمرض فقدان الشهية العصبي الذي تم تطبيقه في ثلاث مراحل: في بداية العلاج ، في نهايته وفي علاج لاحق 06 شهرا بعد

نهاية العلاج. كما تم أيضا تقييمهما باختبار صورة الجسم " لـ "موشيس" ومؤشر كتلة الجسم (IMC). قام العلاج أساسا على تطبيق المبادئ العلاجية المستمدة من العلاج السلوكي مثل التعرض للمرأة مع منع الاستجابة، والعلاج المعرفي مثل إعادة الهيكلة المعرفية بتقنية من الأفكار البديلة والمقابلات التحفيزية التي تستند على قائمة من الايجابيات والسلبيات لترجيح ميزان القرار نحو عملية التغيير.

في الفصل السادس قمنا بتحليل نتائج البحث ومناقشة الفرضيات و خاتمة عملنا كانت عبارة عن بعض التوصيات حول الموضوع.

تبقى نتيجة العلاج مشجعة إذا نظرنا إلى النتائج التي سجلت في نهاية العلاج مقارنة مع الاختبارات، ومؤشر كتلة الجسم.

ومن المهم الإشارة إليه هو أن الأسر كانت سندا كبيرا لنا، كما أن تعاونهم معنا أسرع في عملية العلاج و أمن نتائج جدّ مرضية، بما أن كلتا المريضتين استعادتا وزنا مناسباً لقامتهما وأنهما أدركتا مشاكلهما وشاركتا مشاركة كاملة في العلاج.

الفصل الأول

مقدمة:

تعتبر المراهقة نقطة تحول تتميز بالزيادة من عوامل الخطر على وجه الخصوص تلك المتعلقة بالجسم. بالفعل فإن سن البلوغ، من خلال التغيرات الجسدية والنفسية التي يشملها، هو نقطة انطلاق لاهتمام بالجسم، و قد يصبح هذا الاهتمام مصدر قلق كبير، حتى هاجسا للجسم، و أيضا للوزن والغذاء وتسهيل كبير في ظهور اضطرابات الأكل مثل فقدان الشهية العصبي الذي خصصنا له هذا الموضوع. "الجلد على العظام"¹ تلك هي الحالة التي تصل إليها المصابات بعناد. هذا الاضطراب النفسي يترجم برفض قاطع لتناول الطعام ودافع مرضي لفقدان الوزن.

نتعرف على هؤلاء المرضى من خلال هزالهم الشديد وعدم الوعي باضطرابهم. سن ظهور هذا المرض هو ما بين 12 و 19 عاما في 95% من الحالات و معظمها يحدث للفتيات (9فتيات لـ 1 صبي).

من بين الاضطرابات النفسية تعتبر اضطرابات الأكل الأكثر تسببا في الوفيات: دراسة أمريكية (تدعى "Follow-up") تخبرنا أن حوالي 15% من المصابين بفقدان الشهية العقلية يموتون في نهاية المطاف جراء مرضهم، والعديد منهم لا يشفى؛ لذلك فإن هذه المشكلة في غاية الخطورة و تتطلب علاجات مكثفة لتحقيق الشفاء. يمر هذا الأخير بمكافحة طويلة وعلى الرغم من أن مساعدة العاملين في مجال الصحة أمر لا يغنى عنه فإنه غالبا ما يكون الصبر والمثابرة مفاتيح التغلب على المرض.

يهدد فقدان الشهية العصبي استقرار الأسرة خاصة إذا استمر طويلا، في عاقبته قد يسبب التوتر والصراع والقلق والشعور بالذنب. غالبا ما تأثر الاضطرابات المسببة على العلاقات وتنظيم الأسرة إلى درجة أن معظم التبادلات التي تدور بين المريض وعائلته

¹ Prégent, J., « La peau et les os ». Film Canada distribué par Asta Film Distribution, 1988.

تتمحور خاصة حول الغذاء، و طريقة الأكل والوزن. ومن هنا جاء الاهتمام بمساعدة هذه الأسر عن طريق إشراكها في مختلف مراحل العلاج الذي سيركز على مقارنة معرفة و سلوكية، تبدو هذه الأخيرة أنها تمثل جيدا، سواء استخدمت وحدها أو بالاشتراك مع علاجات أخرى، الأداة المفضلة لمواجهة فقدان الشهية العصبي للفتاة. ولكن على الرغم من الأعمال التي أثبتت فعاليتها ، لا تزال هذه العلاجات غير معروفة و غير معترف بها من طرف الممارسين لذلك نريد الإفادة بمساهماتها في هذا المجال.

أسباب اختيار الموضوع:

- قلة الاهتمام بهذا الاضطراب فالحديث عنه نادرا فهو لا يعدوا أن يكون مهماشا بالرغم من انه يشكل خطورة على حياة المراهقات.

- فضولنا العلمي دفعنا للتعرف على هذه الفئة من المرضى و فهم معاناتهم

- الرغبة في اختيار هذا النمط من التكفل النفسي و المتمثل في العلاج السلوكي المعرفي نظرا لاعتماده على تحديد الهدف والسلوك المراد دراسته مع المحافظة على السلوك المكتسب.

أهداف اختيار الموضوع:

- العمل على توضيح هذا الاضطراب الخاص بالسلوك الغذائي الذي لا يزال مجهولا في مجتمعنا.

- العمل على استعادة الوزن و أيضا العمل من أجل تحفيز المرضى لإعدادهم للعلاج والتغيير.

- وأخيرا، العمل على تغيير المعتقدات الجامدة وغير العقلانية التي تظهر على المرضى فيما يخص الطعام وصورة الجسد.

لتقييم إمكانيات ودور هذه المقاربة المعرفية السلوكية، يقترح هذا العمل محاولة للإجابة على مختلف الأسئلة التي أثارها هذا العلاج.

الإشكالية:

- كيف يمكن للعلاج السلوكي المعرفي أن يساعد المرضى المصابين بفقدان الشهية العصبي؟

- كيف يمكن تحفيز هؤلاء المرضى للعلاج؟

- كيف نغير التصورات الخاطئة حول صورة الجسم؟

- كيفية يمكن دفعهم لتناول الطعام من جديد و استعادة وزنهم؟

- وأخيراً، كيف يمكن للأسرة المساهمة في الشفاء؟

ستجرى هذه الأفكار على أساس فرضيات العمل التالية:

الفرضيات:

- يقوم العلاج السلوكي المعرفي بتصحيح السلوك الغذائي الخاطئ من خلال تطبيق المبادئ العلاجية ولكن أيضا بتحويل الأفكار المختلة إلى أفكار أكثر ملائمة.

- اللقاءات و التمارين التحفيزية تغيّر و تقوّي تحفيز المصابين بفقدان الشهية العصبي.

- مساعدة المرضى على استئناف الطعام وزيادة الوزن يكون من خلال وضع

دفتر أو سجل العادات الغذائية و تمارين الاسترخاء عن طريق التحكم التنفسي، إضافة

إلى سلّم التقييم الذاتي لمرض فقدان الشهية العصبي. تجعل هذه التقنيات المريضة

تحس بالمسؤولية و بالتالي استعادة وزنها.

- يعدّ إدماج عائلة المرضى في التكفل النفسي بالمريضة دعماً كبيراً في نجاح المشروع العلاجي.

المقاربة المنهجية:

لمعالجة موضوعنا هذا و الإجابة على تساؤلاتنا تجدر الإشارة إلى أن دراستنا تشمل على جزأين رئيسيين: جزء نظري يوضح المفاهيم الأساسية و جزء تطبيقي يحتوي على المنهجية المفصلة و على دراسة الحالات و الاستنتاجات و كذا مناقشة فرضيات البحث و الخاتمة.

الخلفية النظرية تشمل إذن فصلين: فصل يعالج تاريخ ظهور مرض فقدان الشهية العصبي، تعريفاته، مسبباته، أشكاله، عواقبه، والطرق المختلفة لعلاج، صورة الجسم، تعريفها، النظريات التي تطرقت إليها... بما في ذلك العلاج السلوكي المعرفي.

وفي فصل آخر سوف نتطرق للعلاج المعرفي السلوكي بتعارفه وتاريخه واتجاهاته المختلفة، و مبادئه العلاجية و تطبيقاته في مرض فقدان الشهية العصبي، كما سنرى الدراسات المختلفة التي تطرقت إلى هذا المنهج في فقدان الشهية العصبي.

الجزء التطبيقي يضم الفصل الرابع الذي سنناقش فيه منهجية البحث وأدواته بما في ذلك المقابلات التحفيزية ثم سنقدم في الفصل الخامس حالتين عياديتين مشخصتين وفقاً لمعايير IV DSM بمرض فقدان الشهية العصبي حيث أننا سنتابعهم بالعلاج المعرفي السلوكي. سنلجأ لعدة تقنيات علاجية بما في ذلك: المقابلات العيادية، الملاحظة، التقابلات التحفيزية، و تجاوز سلم التقييم الذاتي لمرض فقدان الشهية العقلية و اختبار صورة الجسم لموشيس، ممارسة تمارين الاسترخاء والمبادئ العلاجية المستمدة من العلاج المعرفي السلوكي.

وأخيراً، سنعرض في الفصل الأخير مناقشة النتائج التي تم الحصول عليها من خلال ممارسة العلاج المعرفي السلوكي ومدى انسجامها مع فرضيات البحث، ثم الخاتمة و بعض التوصيات في الموضوع.

ملخص الفصل الثاني

فقدان الشهية العصبي عند المراهقة

تعريف فقدان الشهية العصبي:

فقدان الشهية العصبي هو اضطراب في الغذاء يؤثر خاصة على المراهقات يعرف المصابون بهذا الاضطراب خوفا شديدا من زيادة وزنهم و فقدانهم للسيطرة على شكل جسمهم.²

في القواميس المستعملة عادة (Le Robert quotidien، Larousse illustré)³ "يعرف هذا الاضطراب على أنه رفض قاطع للتغذية متعلق بصراع نفسي أو حالة عقلية معينة." كثيرا ما يقدم تعريف فقدان الشهية العصبي في شكل معايير التشخيص من قبل باحثين مختلفين. يستخدم الأطباء وغيرهم من المتخصصين في التكفل النفسي عادة المعايير الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية لتشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي. ومع ذلك فإن بعض الباحثين قد اقترحوا بدائل لهذه المعايير التشخيصية، سنعرض البعض منها في الأسطر التالية.

-تعريف Feighner (1972):

المعايير التشخيصية لمرض فقدان الشهية العصبي وفقا لـ Feighner (1972)⁴ هي :

(أ) سن الظهور قبل 25 سنة.

موقع انترنت www.Anorexia – Nervosa.fr – French – Final – PDF. Adobe Reader مرجع إليه في 2010/09/15

³ Le Robert quotidien : « Dictionnaire pratique de la langue française ». Dico Robert Inc. ; 1996. P : 2181

⁴ Feighner (1972) dans Wilkins et Al : « Médecine de l'adolescence: Une médecine spécifique », Hôpital Ste Justine, Centre hospitalier affilié à L'Université de Montréal, Montréal (1985), p : 284

ب) فقدان الوزن بنسبة 25 ٪ من الوزن الأصلي.

ت) اضطراب السلوك فيما يخص الغذاء ويتجلى ذلك في:

- ✓ نفي حالة الهزال.
 - ✓ الحماس الواضح لفقدان الوزن، والسرور المفرط إزاء رفض اتخاذ الغذاء.
 - ✓ الرغبة في تحقيق النحافة الشديدة والاستمرار على هذه الحالة.
 - ✓ التحكم المفرط في مكونات الطعام (حسابات السرعات الحرارية، مع الإنقاص الحاد في الكميات المستهلكة، الخ).
 - ✓ عدم وجود مرض جسدي أو عقلي يمكن أن يفسر فقدان الوزن.
- ظهور على الأقل اثنان من الأحداث التالية:

- انقطاع الحيض
- ظهور الزغب (شعر خفيف يغطي مناطق من الجسم)
- بطء خفقان القلب.
- فرط النشاط.
- حلقات من الشره الغذائي.
- القيء المتعمد أو الإفراط في استعمال المسهلات.

تعريف ايكرت (1985)⁵:

- نفي المرض؛
- نظرة مشوهة عن صورة الجسم؛
- النشاط المفرط في الرياضة أو الدراسة؛
- الخوف من البدانة: يزيد الخوف تدريجيا مع فقدان الوزن؛
- القيام بسلوكات لتجنب الأكل: غالبا ما تتعلق بالضغوطات الاجتماعية (إخفاء الأكل لرميه في المزبلة لاحقا).

هناك نوعان من الشخصيات الفاقدة عصبيا للشهية:

- (أ) التي تفرض على نفسها حدود في الأكل (تطبيق حمية)
(ب) و التي تفقد الوزن بسبب القيء المتعمد أو أخذ المسهلات.

تعريف 'الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية' (DSMIV) :

معايير التشخيص لمرض فقدان الشهية العصبي في DSM4⁶ هي:

- (أ) رفض الحفاظ على وزن الجسم عند أو فوق الوزن الطبيعي بالنسبة للعمر والقامة (مثلا فقدان الوزن مما يؤدي إلى المحافظة على وزن الجسم أقل من 85 ٪ من الوزن المتوقع، أو عدم استطاعة اتخاذ الوزن خلال مرحلة النمو مما يؤدي إلى خفض الوزن إلى 85 ٪ من المتوقع).

⁵ Latifa boujallabia : « L'étude du rôle de l'anorexie chez une femme Ayant un problème d'anorgasmie », université du québec à MONTRÉAL, AVRIL 2003.P :06.

⁶ American psychiatric association – 1996- Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, traduction française par J.D. Guelfi . Paris, Masson. P. 1056.

ب) الخوف الشديد من زيادة الوزن أو أن تصبح المريضة بدينة، في حين أن الوزن مخفض بالنسبة للوزن الطبيعي.

ت) تصور مشوه وخاطئ لوزن الجسم أو شكله، تأثير مفرط لشكل أو وزن الجسم على احترام و تقييم الذات ، أو نفي خطورة الهزال الحالي.

معايير التشخيص لمرض فقدان الشهية العصبي وفقا لـ 10 F50.0

:CIM10

يستند التشخيص على وجود كل من العوامل التالية :

أ) وزن الجسم أقل من 15 ٪ من الوزن العادي (فقدان الوزن يساوي 17.5) عند المرضى قبل سن البلوغ وزيادة الوزن قليلة مقارنة مع الوزن الذي يكسب عادة في مرحلة النمو.

ب) يكون فقدان الوزن مسبباً من طرف المريضة عن طريق تجنب "الأغذية التي تسمن" المرتبطة في كثير من الأحيان مع ما يلي : القيء المتعمد، استخدام المسهلات، الممارسة المفرطة للتمارين البدنية، استخدام "قاطعات الشهية" أو مدرات البول.

ج) مرض نفسي محدد متمثل في اضطراب لصورة الجسم و مرتبط بفكرة مبالغ فيها: "الخوف من أخذ الوزن" فيحدد المريض وزناً أدنى من العادي لكي لا يتجاوزها.

د) وجود اضطراب منتشر منذ محور الغدة النخامية و الغدد الصماء مسبباً انقطاع الطمث لدى النساء وفقدان الاهتمام الجنسي والعنة عند الرجال. قد يصاحب الاضطراب مستويات عالية من هرمون النمو أو هرمون الكورتيزول ، والتغيرات في عملية الأيض الطرفية من هرمون الغدة الدرقية و إفراز غير طبيعي للأنسولين.

ه) عندما يبدأ الاضطراب قبل سن البلوغ، يتم تأخير أو توقف هذا الأخير (وقف نمو الفتيات وافتقار نمو الثدي وانقطاع الطمث الابتدائي. وعند الذكور افتقار النمو في

الأعضاء التناسلية). بعد الشفاء، غالباً ما يحدث البلوغ بصفة عادية. ومع ذلك، لا يظهر الحيض إلا في وقت لاحق (CIM10).

(و عند المرأة البالغة، انقطاع الطمث أي غياب ثلاث دورات حيض متتالية على الأقل (تعتبر المرأة منقطعة الطمث إذا لم يحدث الحيض إلا بعد إعطائها هرمونات مثل الأستروجين⁷).

أنواع مرض فقدان الشهية العقلية:

هناك نوعان يهيمنان ولكن قد يتبدلان:

-نوع التقيدي: خلال هذه المرحلة من فقدان الشهية العصبي لا يقدم المريض بصفة منتظمة نوبات الشره المرضي ولا يلجأ للقيء المتعمد أو تناول المسهلات (وهذا يعني المسهلات ومدرات البول والحقن الشرجية)

-النوع ذات نوبات الشره المرضي/القيء أو تناول المسهلات : تتسم هذه المرحلة من فقدان الشهية العصبي بالشره عند تناول الطعام و / أو اللجوء إلى القيء المتعمد أو اتخاذ المسهلات (المسهلات ومدرات البول ، والحقن الشرجية)⁸.

يبدو أن هناك توافق عام في الآراء حول تعريف مرض فقدان الشهية، لأن معظم الناس تستخدم التعريف الوارد في DSM 4، لكن بعض الباحثين جاءوا ببعض الاختلافات فيما

⁷- CIM 10/ICD-10 : « Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement ». Critères diagnostique pour la recherche. Masson, 1994.p :158-159.

8-د.عبد الرحمان العيسوي: « الطب النفسيوسوماتي :دراسة في اضطراب السمنة و تناول الطعام »، الدار الجامعية.الإسكندرية 2006 ص:134

يتعلق بمعايير تشخيص معينة. في هذا العمل ، سنعتمد على تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي قدمناه للتو.

الدراسة الإكلينيكية لمرض فقدان الشهية العقلية:

باختصار، يمكننا القول أن العرض الكلاسيكي هو أن فتاة في سن المراهقة بين 12 و 20 والتي تقدم الأعراض الثلاثة التالية: فقدان الوزن، فقدان الشهية، انقطاع الطمث.

-فقدان الوزن:

غالباً ما يكون مهم وسريع، فقدان 10 ٪ من الوزن السابق مطلوب للتشخيص. هناك معيار أكثر صرامة يستخدمه DSM III⁹ (ما لا يقل عن 25 ٪ من الوزن الأصلي) في الحالات الأكثر تطرفاً : قد يفوق فقدان الوزن 50٪ من الوزن الطبيعي بالنسبة للعمر و لا يكون فقدان الوزن أولي لكن دائماً ثانوي و تابع لاضطرابات الأكل. وغالباً ما يكون مخبأً من خلال ارتداء ملابس فضفاضة، والواقع أن الفتاة لا تتردد في عرض جسدها الهزيل، حيث أن اللباس يظهر بشكل كاريكاتوري أشكال رفيعة تعرضها للإحساس بالانتصار. وكثيراً ما تتجنب قياس الوزن على الأقل في حضور شخص آخر. المظهر العام يتسم بذوبان الدهون انعدام الثديين والأرداف و الوركين، الخدان أجوفان، العينان داخلتان في محجرهما، قد تعاني الأسنان من التسويس نتيجة الاضطرابات الغذائية ، يكون الشعر باهتا و جاف و الأظافر هشة ومخططة، قد ينخفض ضغط الدم ويبطأ نبض القلب و قد تظهر وذمات نقص.

⁹ DSM III : « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », trad. FR. sous la direction de P. Pichot et J. D. Guelfi, Paris : Masson, 1983.P :72-73.

-فقدان الشهية:

انعدام الشهية هو أحيانا حجة يتم ادعاؤها من قبل المراهقة لتبرير الحد من تناول طعامها. لكنه في الواقع بالمقام الأول الامتناع المتعمد عن الطعام، تسيطر الفاقدة للشهية عصبيا على شهيتها و تكافح ضد الجوع. وكثيرا ما يكون هناك هاجس حقيقي للطعام، مع إعجاب أمام معارض الطعام، ميل لجمع وصفات الطبخ، مع الرغبة الواضحة للتكفل بإطعام الآخرين. تقوم المراهقة بتطبيق العديد من الطقوس الغذائية لرصد جاذبية الأكل: تفرز الأطعمة على أساس معايير الشخصية، تحرص على وزن وحساب قيمة السعرات الحرارية للأطعمة.

فمن النادر أن تكون هذه التقنيات فعالة تماما وأن لا تقع المراهقة فريسة للشهره المرضي ؛ يتمثل ذلك في رغبة شديدة للأكل تكون في الكثير من الأحيان مفاجئة بين الوجبات أو في الليل يتم إشباعها في الخفاء و سرًا مع شعور بالذنب الشديد والإذلال وللاستسلام لحاجة تعتبرها حقيرة، واللجوء المتكرر إلى القيء المتعمد أو اتخاذ المسهلات أو مدرات البول. تكون اضطرابات الأكل عموما هي السبب في الكذب والتلاعب بالآخرين¹⁰.

-انقطاع الطمث:

يكون ملازما مع بدء فقدان الشهية العصبي وأحيانا يبدو ثانوي، ونادرا ما يسبق سلوك القهم العصبي. يسمى انقطاع الطمث "ابتدائي" إذا لم تكن تحيض الفتاة بعد، "ثانوي" في الحالات الأخرى، يستند تشخيصه على انقطاع الحيض لمدة لا تقل عن 03 أشهر إذا كانت الدورات سابقا منتظمة، وستة أشهر إذا لم تكن؛ لا يبدو انقطاع الحيض عموما

¹⁰ Karila, L.Boss, V.Layet, L. : « Psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescence ».ELLIPSES édition marketing, 2002, P : 167-168.

مشكلة بالنسبة لهؤلاء الفتيات اللواتي قد حتى، في بعض الحالات، ترى نفسها محررة من وصمة عار للأنوثة تعتبرها عبء¹¹.

-المواقف النفسية :

يوجد عند كل مصابة بفقدان الشهية العقلية اضطراب في رؤية صورة الجسد : ينظر دائما إلى هذا الأخير على أنه أضخم مما هو عليه في الواقع مع جهل تام للهزال عندما يستقر والخوف الدائم من أخذ الوزن، ويكون هذا الخوف مقترن و معزز برغبة يائسة للنحافة التي يمكن أن تحتل مكانا بارزا في النشاط العقلي للمريضة وتلقي نظرة مشوهة و يؤدي غالبا غياب القلق عن فقدان الوزن إلى التفريط في النشاط وعدم معرفة التعب، و يتصاحب الإفراط في الاستثمار الفكري على حساب الإبداع. و على العكس فالنشاط الجنسي ضئيل أو منعدم أما مواقف الإغراء فتهدف إلى إغواء و التحكم في الشيء والطمأنينة النرجسية أكثر مما تسعى لتبادل عاطفي حقيقي.

الأسباب والعوامل المساهمة في مرض فقدان الشهية العصبي:

من الواضح أنه لا يوجد سبب واحد لفقدان الشهية، وأنه نابع من خليط من العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية. وتركز الأبحاث الحالية عادة على شرح العوامل الموجودة، والكشف عن أسباب جديدة. ومع ذلك، هناك جدلا كبيرا حول مدى مساهمة كل واحد من الأسباب المعروفة في تطور فقدان الشهية. بوجه خاص، مساهمة وسائل الإعلام في الضغوط على النساء لأن تكون أكثر نحافة كانت أكثر إثارة للجدل.

العوامل البيولوجية:

تساعد المهدئات الطبيعية التي يفرزها الجسم على تقليل شعور الاحساس بالجوع عند المرضى المصابين بفقدان الشهية العصبي فقد أظهرت بعض الدراسات اختلال في

¹¹فصيل محمد خير الزواد:«الأمراض العصابية،الذهانية و الاضطرابات السلوكية» دار القلم ط.1بيروت 1984 ص:142.

وظائف النواقل العصبية وبالذات السيروتونين وكذلك الأدرينالين والدوبامين والتي تشكل أهمية بالغة في تنظيم الشهية للطعام من خلال الهيپوثلاموس وكذلك اختلال وظائف الغدة الدرقية و الهرمونات بشكل عام. كما أظهرت الكثير من الدراسات الإشعاعية بالأشعة المقطعية وجود توسع في الفراغات التي تحوي السائل الدماغي والتي قد تعود لطبيعتها بمجرد زيادة الوزن.

العوامل الاجتماعية:

يجد المصابون بفقدان الشهية العصبي ما يشجع سلوكهم اجتماعياً حيث تكون الجمال مقاييس فتتخذ النحافة والتمارين الرياضية كنمط ممتاز للحياة كتقليدهم لأحد المشاهير من الناحية الجسمانية خصوصا عندما يتميزون بالنحافة وكذلك بعض المهن التي تتطلب نحافة مثل عارضات وعارضين الأزياء راقصي الباليه وبعض الألعاب الرياضية التي لا تتحمل زيادة في الوزن. كما أن البحوث دلت أيضا إلى أن الجو الأسري لهؤلاء المرضى يتميز بأجواء غير محبة وعدوانية فيعاني المريض من درجة كبيرة من الانعزالية وقلة الشعور بالتعاطف بين أفرادها.

العوامل النفسية:

يجمع الكثير من المعالجين النفسيين لهذه الحالات على أن المرضى يعانون من عدم القدرة على الاستقلال عن الأم بالذات ويميل البعض الآخر إلى تفسير سلوكهم على أنه عبارة عن محاولة غير واعية لتدمير أجسادهم المسكونة بآثار الأم المتسلطة.

صورة الجسد في الاضطرابات المرضية للأكل:

تتطلب معايير DSM-IV لتشخيص مرض فقدان الشهية العصبي والشره المرضي العصبي اضطراب في صورة الجسم وإجراء تحقيق شامل في صورة الجسم لإجراء التشخيص التفريقي بين اضطرابات السلوك الغذائي واضطرابات الأكل مثل فقدان الشهية في الاكتئاب. أما معايير التشخيص لـ CIM-10 فتتطلب أيضا وجود تشويه صورة الجسد " كمرض نفسي مميز حيث يستمر الخوف من أخذ الوزن بصفة تدخلية.

أصل مفهوم "صورة الجسد" و تطوره:

يتطلب فهم "صورة الجسد" في منظور عصري تنمية طويلة حول البناء التاريخي لهذا المفهوم ويمكن اعتبار شيلدر (1935)¹² أول من استحدث مفهوم صورة الجسم في العلوم الاجتماعية فهو الذي طور مفهوم النموذج العصبي لمخطط الجسم عن طريق إدخاله في إطار نفسي واجتماعي. في هذا السياق تشمل صورة الجسم المواقف المتصلة باللياقة البدنية وتجارب نفسية داخلية مثل الصراع والمعتقدات والدفاعات والعواطف المتصلة بالجسم (Lavoisy، 2006)¹³.

يعتبر شيلدر (1935) المخطط الجسدي نموذجا متكاملا من جميع التجارب العضوية والنفسية الفورية و بالنسبة لمارلو-بونتي (1945)¹⁴ فان مفهوم صورة الجسم يتجاوز

¹² Schilder, p : " L'image du corps" (texte de 1935), Gallimard, 1968, Paris, 1968.P :60.

¹³ Lavoisy; G: « Evaluations des préoccupations corporelles dans les troubles des conduites alimentaires par le body Shape questionnaire » ; université de Rouen, 2006.

¹⁴ Merleau-Ponty : « Phénoménologie de la perception » ; Paris : Gallimard, 1945.

مفاهيم استقبال الحس السطحي والعميق والأحاسيس عن طريق اللمس والحس المشترك العاطفي.

وقد تم تطوير هذا المفهوم المتعدد الأبعاد من طرف كولب (1959)¹⁵ في مراجعة شاملة في اضطرابات صورة الجسم ولكن من الأكيد أن بروش (1962)¹⁶ هي أول من اعترف بأهمية صورة الجسم في فقدان الشهية العصبي والبدانة ولكن حتى الآن مختلف أشكال التعبير وآليات العمل وعلاقة هذا الأخير بالعلاج ليست واضحة بعد.

ولاحظ Schonfeld (1966)¹⁷ أن مصطلح الأنا في الجسم و احترام الذات ومفهوم الذات وصورة الذات والتجربة الذاتية و مخطط الجسم وصورة الجسد قد استعملت في الأدب بالتبادل مع المعاني المختلفة. وبالمثل ، تم تعريف إجرائي لصورة الجسم باستخدام مجموعة متنوعة من أساليب مختلفة بما في ذلك : تقنيات اسقاطية، رسومات أشكال الجسم والاستبيانات والاختبارات للإدراك الحسي ، المقابلات والاختبارات الإكلينيكية لتقدير الحجم باستخدام الإشارات عن طريق اللمس.

وكان Shontz (1969)¹⁸ أول من أجرى بحثا عن صورة الجسم بعيدا عن هيمنة الأفكار الديناميكية النفسية. واقترح المرور من مفهوم عصبي إلى مفهوم ديناميكي نفسي باستبدال كلمة "جسد" بـ "صورة الجسد" متحدثا فيها بدلا من ذلك عن دراسة التجارب المتعددة العوامل حول تجارب الجسم. وأكد على استخدام الأساليب العلمية بتشجيع التكامل

¹⁵ Kolb; C: « disturbances of the body image ».in arieti, S ;(Ed) American handbook of psychiatry (vol. 1, pp: 749-769). New York: basic books.

¹⁶ Bruch, H: "perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa». Psychosomatic medicine, 1962, 24, 187-194.

¹⁷ Schonfeld, W. A: "body-image disturbances in adolescents"; influence of family attitudes and psychopathology. Archives of general psychiatry 15(1); p: 16-21.

¹⁸ Shontz, F, C: "perceptual and cognitive aspects of body experience" New York: Mac Milan, 1969.

بين النظريات المختلفة: نفسية، الجشطات و النظرية المعرفية وحاول الرجوع إلى صورة الجسد بدمج الأبعاد المعرفية و ارتقابات التجارب الجسدية.

وقد وصف مختلف الباحثين العجز أو التشوهات عند المصابات بفقدان الشهية والشره المرضي بالنسبة للتجربة الجسدية. وباستخدام استبيان عن صفات الشبع وجد Garfinkel أن المريضات بفقدان الشهية العصبي لديهنّ مشاعر خاطئة بالشبع مقارنة مع وجبة عادية. فالكثير من المريضات اللواتي تعانين من اضطرابات الأكل يظهر عليهنّ ارتباك متصل بالمشاعر العاطفية والداخلية.

بالنسبة لـ Buvat و Buvat - Herbaut (1978)¹⁹ تبدو الفاقات للشهية العقلية غير قادرات على الاندماج في جسمهن الحقيقي. يبدو ذلك في الفشل في إدماج صورة متماسكة عن بعض التفاصيل التي يمكن رؤيتها بوضوح على حدة. غير قادرة على دمج صورة جسدها الحقيقي، تبدو المصابة بالقهم العصبي أنها تنظر في المرآة إلى جسدها الوهمي. غالبا ما يكون الميزان المعياري الأكثر استخداما و يكون قياس الوزن من أهم اللحظات في اليوم و يصبح في بعض الحالات طقسي. تبدو أهمية سوء رؤية صورة الجسم معيار قابلية تطور لمرض فقدان الشهية العصبي بالنسبة لمعظم الباحثين لأنه عادة ما يكون متناسبا مع فقدان الوزن وأهمية اضطرابات الأكل.

تبدو لـ Buvat و Buvat - Herbaut أهمية سوء رؤية صورة الجسم معيار قابلية تطور لمرض فقدان الشهية العصبي بالنسبة لمعظم الباحثين لأنه عادة ما يكون متناسبا مع فقدان

¹⁹ Buvat, J. Buvat-Herbaut, M: « dysperception de l'image corporelle et dysmorphophobie dans l'anorexie mentale, à propos de 115 cas des deux sexes. Altération des mécanismes de perception dans l'anorexie mentale ». Annales médicales psychologiques ; 1978,136 (4) ,547-561.

الوزن وأهمية اضطرابات الأكل قد يدلّ تاريخ ظهوره إلى بداية حقيقية للإصابة من خلال حمية، في البداية يبدو تافه لكنه العرض الرئيسي للمرض.

وقد أكد باحثون آخرون الدور المركزي لحالة عدم الرضا عن الجسم في تكوين مرض فقدان الشهية العصبي والشهه العصبي و يميل عدم الرضا عن الجسم إلى أن يكون أقوى عند المصابين بالشهه المرضي من المصابين بفقدان الشهية العصبي حيث أن للمجموعتين مستويات مماثلة من عدم الرضا التي تميزها عن عينات غير إكلينيكية. إن المظاهر الإكلينيكية تميّز حسياً و ذهنياً وعاطفياً مما يؤدي إلى فقدان الوزن والعلاج في المستشفيات، ومع ذلك ، لم يتم تأكيد ذلك من طرف جميع المختصين (غارنر وآخرون ، 1987)²⁰ حيث أن كون الأساليب المختلفة لتقدير اضطرابات صورة الجسد ليست "مرتبطة إلى حد كبير" قد يشير إلى أن كل مقياس يقيّم مختلف المكونات ببنية معقدة جداً.

وقال كروجر (1989)²¹ أن الفكر الحديث النفسي والحيوي قد شرح الجوانب المختلفة لعمل صورة الجسم ، بما في ذلك التأثيرات الإسناد والعمليات الأخرى من تشكيل صورة الجسم.

وكانت التسعينيات فترة مهمة في تطور مفهوم صورة الجسد، تميزت بالمرور من المنظور النفسي الديناميكي لصورة الجسم إلى المنظور المعرفي السلوكي. وكانت التسعينيات فترة مثمرة في التطوير المفهومي والنفسي والعلاجي.

²⁰Garner,D.M ,Garfinkel,P.E et Bonato,D.P : « body image measurement in eating disorders»
advances in psychosomatic medicines,1987;17,p:119-133.

²¹ Krueger, D.W.: "body self and psychological self". New York: Brunner/mazel, 1989.

كان هناك خلال هذه الفترة إتباع نهج متعدد الأبعاد فيما يتعلق بصورة الجسم فهي بالفعل ظاهرة متعددة الأبعاد.

بالنسبة لفيشتر (1990)²² كانت دراسة صورة الجسم حكرا خاصة بأطباء الأمراض العصبية فتدور نظريته في صورة الجسم حول مفهوم الحاجز و الاختراق الذي يهدف إلى تقييم مقاومة أو نفاذية حدود صورة الجسم و يستخدم في تحقيقاته الأساليب الاسقاطية. ويذكر أيضا أن في معظم حالات فقدان الشهية العصبي يوجد اضطراب في الآليات التي تدمج وعي المريض بصورة جسمه و تكون هذه المفارقات غالبية فيعلى مستوى جهل المريضة لهزالها. ويقترح أن هناك عبارات أخرى لتحديد المكونات المختلفة للتحدث عن صورة الجسم. وقدموا قائمة تشمل عدة تعريفات أهمها: عدم الرضا عن الوزن؛ التصور الدقيق للقامة؛ الارتياح الجسدي؛ الرضا عن المظهر الجسدي؛ تقييم المظهر الجسدي؛ احترام الجسد؛ تصور الجسد؛ تشويه الجسد؛ توجيه المظهر؛ القلق بشأن الجسم؛ ؛ شذوذ البنية الجسدية، مخطط الجسم واضطراب صورة الجسم كل هذه مرادفات للتجربة الجسدية.

وفي الأخير فإن الطريقة العصبية أكثر ميلا إلى تحديد ذلك من حيث شكل الجسم أما الجانب النفسي فهو أكثر ميلا لتحديد ذلك من حيث العواطف والمواقف الخاصة به.

المضاعفات:

من مضاعفات هذا المرض أيضا تقلص حجم العضلات، انخفاض نشاط الغدة الدرقية، اضطراب في وظائف المعدة كتأخر إفراغها من الطعام، الإمساك و الألم المتكرر في البطن، تورم والتهاب الغدة اللعابية و البنكرياس ومن المضاعفات أيضا انقطاع الدورة الشهرية واختلال نسبة الهرمونات في الدم ، انخفاض المغنيزيوم وقد يصاب المريض بتشنجات صرعية أيضا وانخفاض في قدراته الذهنية.

²² المرجع السابق

العلاج:

هناك العديد من الأساليب الفعالة في علاج مرض فقدان الشهية العصبي أهمها:

1- العلاج الدوائي:

وقد يكون أساسياً أو ثانوياً في هذا الاضطراب حيث يتم إجراء الفحوص ويتم حجز المريض بالمستشفى في الحالات الشديدة والمتوسطة ويبدأ العلاج الدوائي لاستعادة الوزن وعلاج مضاعفات الهزال والجفاف خوفاً من الوفاة وقد تعطي الفيتامينات والمهدئات والمطمئنات ومضادات الاكتئاب .

2- العلاج النفسي :

يعد العلاج النفسي ضرورياً في جميع حالات اضطرابات الأكل وخاصة في فقدان الشهية العصبي ، وفي حالات الأطفال يوجه العلاج النفسي إلى الآباء بدلاً من الأطفال وفي جلسات العلاج النفسي يشجع المريض على التنفيس عن رغباته وشعوره وخبراته لكي يتم التوصل إلى العوامل الدفينة التي تقف خلف هذا الاضطراب.

3- العلاج السلوكي المعرفي :

علاج مهم وفعال من أجل تشجيع الوصول إلى الوزن في حالة فقدان الشهية العصبي و العمل على تغيير المعتقدات غير العقلانية وغير التكيفيه عن شكل ووزن الجسم. وتشتمل

برامج العلاج السلوكي عادة على فنيات تهدف إلى تنظيم وجبات الأكل ومشاهدة التلفزيون والاستماع للراديو والمشي والمراسلة واستقبال الزوار المشجعين للأكل.

4- العلاج الأسري :

من العلاجات المهمة جداً. و رغم أنه لم يدرس بما فيه الكفاية إلا أن هناك إشارات تؤيد فاعليته وتؤكد أهميته حيث عولجت حالات كثيرة وشفيت عندما تم علاجهن مع أسرهن. ومن هنا فإن دور العلاج الأسري هو التبصير بالصراعات وتحديد مشكلة المريض على أنها مشكلة الأسرة بكاملها. و كذلك تعليم الأسرة طرق التعامل السوي مع أبنائها، خاصة الأطفال فيما يتعلق بالطعام. ولاشك أن العلاج الأسري سوف يأتي بأفضل النتائج إذا كان أحد الأساليب في خطة علاجية متكاملة تراعي جميع جوانب المشكلة.

ملخص الفصل الثالث

العلاج السلوكي المعرفي

تاريخ ظهوره:

إن البدايات الأولى لظهور العلاجات المعرفية السلوكية كانت في الدول الانجلوساكسونية و شمال أوروبا و كان ذلك في بداية سنوات 1960 و كان ظهورها استمرارا لأعمال سكينر 1968 و وولب 1975 بندورا 1977 وبيك 1979 .وقد نشأت تدريجيا في فرنسا ضمن سنوات 1970 لتصبح في باقي الدول تيارا علاجيا كبيرا.و يمكن استخدام هذه العلاجات

1. إما كتقنية علاجية وحيدة

2. إما كمنهجية تستخدم مع علم النفس الصيدلاني

إما يتم استخدامها كتقنية علاجية في مشاريع علاجية أخرى بصفة اجمالية.

عوامل ظهوره:

لم يكن هذا النوع من العلاج وليد الصدفة و إنما كان نتيجة مجموعة من العوامل أهمها:

1-جاء كرد فعل على الانتقادات التي وجهت إلى المدرسة السلوكية فيما يتعلق بعدم قبولها لضرورة إحداث تغيرات مباشرة في الناحية المعرفية العميل و الاهتمام فقط بتغيير السلوك, كما انتقدها البعض من زاوية أن التخلص التدريجي و المنظم من الحساسية ليس أسلوبا سلوكيا بحثا و لكنه يتطلب فحص المريض لأفكاره و مشاعره و تحكمه في أفكاره و صورته العقلية.

2-تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية و علاقتها بالجوانب و الوظائف النفسية حيث فتحت بعض النظريات مثل نظرية دورارد و ميلر، و نظرية بندورا الباب في هذا الاتجاه ، و أصبح تفسير التعلم من خلال تدعيم العلاقة بين المثير و الاستجابة غير كافيا في معرفة الميكانيزمات المستترة في الحفظ و

معالجة المعلومات كما أن بعض عمليات التعلم قد تحدث بدون تعزيز و قد تفشل رغم وجوده.

3- لعبت جهود علماء و مفكرين مثل بياجيه و غيره دورا أساسيا في دراسة نمو التركيبات المعرفية عند الطفل و خاصة ربطه بين النمو الخلقى و النمو العقلي و شرح ذلك من خلال مفهومين أساسيين هما الامتصاص و الموائمة. كما كانت لجهود كيلى دورا بارزا في توضيح دور البيئة في تعديل البنية العقلية و التركيبات الشخصية و من ثم تغيير السلوك.

4- لعبت الثورة العلمية الحديثة التي أصبح الكمبيوتر فيها بمثابة السبب و النتيجة معا دورا أيضا ،حيث يشبه البعض المعالجات التي تتم في الحاسوب الآلي على شكل مدخلات،عمليات،مخرجات... الخ .

يتضح من خلال ذلك أن من أهم العوامل التي ساهمت في ظهور العلاج المعرفي السلوكي هي تلك الانتقادات التي تم توجيهها إلى المدرسة السلوكية و ذلك لكونها تركز على تعديل و تغيير السلوك دون التأثير في الجانب المعرفي للفرد،و أن هناك من تقنياتها ما هو معرفي أكثر منها ما هو سلوكي و هي أسلوب إزالة الحساسية و التي تتطلب فحص الأفكار و الدوافع و المشاعر لتغيير السلوك و من العوامل كذلك ما يتعلق بتفسير التعلم باعتباره يتطلب عمليات معرفية مثل الفهم ، الانتباه، الإدراك،التفسير، و المدرسة السلوكية مبنية على نظرية التعلم،و التعلم مبني على الجانب المعرفي.

إضافة إلى تلك الدراسات التي قام بها بعض العلماء مثل بياجيه و التي بينت أن للتركيبات المعرفية دورا كبيرا في تكوين السلوك و كذلك "كيلى" التي أوضحت أن تعديل في البنية العقلية و التركيبية الشخصية من شأنه أن يعدل السلوك و يكون ذلك عن طريق ما يتعلمه الفرد من بيئته التي ينتمي إليها،و

هناك من العلماء من يرى أن المخ مثل الكمبيوتر بحيث يكتسب معلومات و معارف لإصدار سلوك.

تعريف العلاج السلوكي المعرفي:

قبل التطرق لهذا التعريف يمكن التعرف على العلاج السلوكي و العلاج المعرفي

العلاج السلوكي:

"يرى أنصار هذا العلاج أن السلوكيات المرضية تكتسب بنفس الطريقة التي تكتسب بها السلوكيات السوية أي بفضل سياق التعلم الذي يعتمد على مبادئ الاشراف والتعلم معا. و هم يرون أن بالإمكان فهم السلوكيات الغير سوية كافة و من تم تحويلها و تعديل السلوك يحدد كمحاولة لإجراء التعلم او لتطبيق مبادئ سيكولوجية تجريبية اخرى بهدف معالجة المشاكل السلوكية و هي مبادئ التعلم لرفع أو زيادة تواتر السلوك الغير مرغوب فيه".²³ يتبين من خلال هذه الرؤية إن الاضطرابات السلوكية إما تنتج عن التعلم مثلها يتم تماما تعلم السلوكيات السوية و إن تعديل المرضية منها يتم عن طريق محاولة إعادة تعليم الفرد وهذا لخفضها أو تغييرها و إزالتها.

العلاج المعرفي:

"يهدف هذا العلاج إلى تغيير الإحساسات و السلوكيات عبر تغيير طريقة التفكير عند الفرد بخصوص تجاربه الحية و الافتراض الأساسي الذي ينطلق منه في رؤية أنصار هذا العلاج للسلوكيات الغير سوية و للمشاعر المخزنة بأنها تبدأ مع بدا مشكلة التفكير (أي محتوى التفكير)²⁴.

يرى العلاج المعرفي أن الأفكار و الاعتقادات السالبة هي مصدر السلوكيات المضطربة و لذلك فهدفه هو تغيير هذه السلوكيات و يكون ذلك عن طريق تغيير طريقة التفكير.

²³ د.كريستين نصار "اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي" شركة المطبوعات للتوزيع و النشر. لبنان 1998 . ص.81

²⁴ نفس المرجع ص.87

تعريف العلاج السلوكي المعرفي:

ظهر مصطلح العلاج المعرفي السلوكي في بداية الثلث الأخير من هذا القرن، ويهتم هذا النوع من العلاج النفسي بالجانب الوجداني للمريض، وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية وبيئية؛ لإحداث التغيير المرغوب فيه .

فكلمة معرفي Cognitive مشتقة من مصطلح Cognition ولقد استُخدمت بعض المصطلحات العربية كترجمة لهذا المصطلح، منها على سبيل المثال لا الحصر (استغراق ، تعرّف ، ذهن). إلا أن كلمة معرفي تُستخدم بكثرة في التراث النفسي والكلمات الثلاث الأولى (استغراق أو تعرّف أو ذهن) هي الترجمات المناسبة لـ (Cognition).

ويُعرّفه "ستيفن وبيك (Steven & Beck, A. 1995) " بأنه؛ تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية²⁵.

الحدود الزمنية للعلاج المعرفي السلوكي:

"على العموم العلاجات المختصرة تنحصر حصصها في حدود 20 حصة ما يعادل ثلاثة 03 الى ستة 06 أشهر²⁶ و تنحصر المدة العلاجية في العلاج من عشرة 10 الى عشرين 20 حصة و ترتبط هذه المدة بنوع الاضطراب المقدم و التأمين العلاجي في هذا النوع يتمثل في تلك المساعدات الفعالة القائمة بين المعالج و الحالة و التي تكون في شكل

<http://www.brooonzyah.net/vb/t176539.html>²⁵

²⁶ Jean louis Sénon, Daniel Sechter, Denis Pichand: « thérapeutique psychiatrique ».Hermann. Paris, 1995, P : 574.

حوار مستمر" كما انه يمكن استخدام هذا العلاج بشكل فردي او مع مجموعة من الافراد و تكون الجلسات كل اسبوع او اسبوعين و مدة الجلسات فيه من 30 الى 60 دقيقة.

عرض و تقديم للعلاج المعرفي السلوكي:

تشمل العلاجات عادة عدة مراحل:

1. التشخيص الإكلينيكي وفقا لمعايير (DSM IV).
 2. التحليل الوظيفي. و يتضمن تحديد السلوك المضطرب و ذلك بربطه بالأفكار و السلوك
 3. الجلسات التقييمية (باستعمال جداول واستبيانات أو تجارب).
 4. التحليل التحفيزي: ماذا يريد المريض أن يغيّر؟ تحديد التغيرات التي ترغب الحالة في الوصول إليها.
 5. إعلام المريض عن التشخيص، بناء و إنشاء عقد علاجي.
 6. شرح و استخدام الطرق (التدخلات العلاجية) التي تؤدي إلى تغيير السلوكات و الانفعالات و الأفكار مما يسمح بـ:
 - تنمية قدرات الشفاء الذاتي و الإيحاء الذاتي.
 - يتم في الأخير تقييم النتائج العلاجية و ذلك بمقارنتها بما تم تسجيله في بداية العلاج
 - ثم تأتي آخر خطوة و هي المتابعة لمدة سنة بعد نهاية المرحلة الفعالة في العلاج²⁷.
- أسلوب المعالج:

يختلف المعالجون حسب شخصيتهم، ومعارفهم والمشكلة التي يتعاملون معها. إلا أن

²⁷ Cottraux J. : « les thérapies comportementales et cognitives ». Ed Masson 2001.p :12-13

أغلبيتهم العظمى تتمسك منذ بداية الممارسات المعرفية السلوكية، بالمبادئ التالية:

• مناخ التعامل:

يتصرف المعالج بمثابة المعلم المحترم "للمتعلم" فيحرص على جعله يصل بسرعة إلى مزيد من الحكم الذاتي و يتجنب إقامة علاقة تتسم بالطاعة والسلطة والمودة أو المحبة و يسعى لخلق بيئة عمل هادئة و صديقة لتعزيز تحالف علاجي.

• الشفافية:

يعرب المعالج بشكل واضح جدا عن المبادئ والأهداف والأساليب والعقود ومعايير التقييم والنتائج. بإمكانه تقديم قراءات قد تسمح للمريض فهم ما يمثل الاضطراب له كما يجب ان يمتنع من استعمال لغة طبية غير مفهومة.

• الحوافز للعمل:

لا يكتفي المريض الذي يريد التحرر من ردود الفعل الراسخة بمجرد الكلام وتلقي تفسيرات لمدة ساعة أو ساعتين في الأسبوع فعليه أن يقوم "بأشغال علاجية" في حياته اليومية أي تمارين شخصية تهدف إلى:

- ملاحظة ردود فعله و ما سببها؛
- تحليل مجموعة ملاحظاته و فهم التسلسلات؛
- صياغة أهداف واقعية وعملية؛
- تجريب طرق جديدة للتصور والتفسير والتصرف؛
- تقييم الطريقة المنوعة للتغييرات الإيجابية والفسل؛
- تكرير وتعزيز المكاسب.
- إذا لزم الأمر، توسيع هذه المكاسب لمجالات أخرى من مجالات الحياة.

للطبيب المعالج دور حيوي يتمثل في مساعدة المريض على تحقيق مثل هذا التعلم و من أجل هذه الغاية فإنه يعتمد على أسلوب بسيط نسبياً: غالباً ما يطرح أسئلة ويجيب بشكل واضح على أسئلة المريض، يعيد الصياغة ويلخص كلام المريض ويطلب من هذا الأخير فعل نفس الشيء و يعلمه بعمليات نفسية، ويقدم له التخطيط ويوفر له أسرطة للاستماع أو كتيبات للقراءة و المناقشة، ويشجعه على "تجريب" سلوكيات جديدة و يبين له كيفية القيام بدفتر تقييم السلوك ويصر لإجراء تقييمات دقيقة. يرافق في بعض الأحيان المريض في حالات القلق لتسهيل المواجهة وتعليم تنظيم عاطفي أفضل.²⁸

مهام العلاج السلوكي المعرفي :

يمكن إجمالها و إدراكها في :

1-تعليم المرضى أن يحددوا و يقيموا أفكارهم و تخيلاتهم و خاصة تلك التي ترتبط بالأحداث و السلوكيات المضطربة أو المؤلمة.

2-تعليم المرضى تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة و التشويهاات الفكرية.

3-تدريب المرضى على استراتيجيات و فنيات سلوكية و معرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة ضغوط طارئة.و من رواد هذا الاتجاه "أليس" الذي تعرف طريقته بالعلاج العقلاني الانفعالي، و"بيك" و لازاروس و غيرهم.²⁹

أهداف العلاج السلوكي المعرفي :

يرى رواد الاتجاه المعرفي السلوكي أن الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة للأفكار و المعارف المرتبطة بها،بمعنى أن الأفكار و المعارف تعتبر عوامل تؤثر على السلوك،و أن تغيير السلوك يتطلب تغيير الأفكار و المعتقدات اللاتكيفية للمريض مما ينتج عنه تغيير في السلوك المضطرب.

²⁸ Légeron, P. Van Rillaer, J.: « approche théorique des thérapies comportementales et cognitives chez l'adulte ». Encyclopédie Médico-chirurgicale 37-820-A-40.

²⁹ -د.محمد محروس الشناوي، د.محمد السيد عبد الرحمن:مرجع سبق ذكره،ص213.

-يهدف كذلك إلى مساعدة الفرد على التطابق بين أفكاره ومشاعره و سلوكياته.
-مساعدة الفرد على الشعور بالثقة اتجاه نفسه و أنه في صورة أحسن وذلك في مراحل متقدمة من العلاقة العلاجية.

-مساعدة الفرد على تغيير سلوكياته و التي قد يحصل من خلالها على نتائج سلبية.
-مساعدة الفرد على الاستفادة من جميع القدرات و الأدوات المتاحة له من حوله في بيئته.

الخصائص العامة للعلاج السلوكي المعرفي :

للعلاج المعرفي السلوكي مجموعة من الخصائص يمكن إدراكها في :

1-تعتبر الحالة عنصرا نشطا فهو يأخذ جانبا فعالا في العملية العلاجية مع المعالج الخبير الذي يطرح الأسئلة و يقدم معلومات و توجيهات.³⁰

2-أن جميع إجراءات تعديل السلوك المعرفي تزود الفرد بتعليمات مباشرة لإستراتيجية معينة. إذ يعلم الفرد الخطوات الضرورية لإستراتيجية انجاز المهمة الخاصة أو لتعديل سلوك معين.

3-تتضمن إجراءات تعديل السلوك المعرفي التلطف الذاتي للإستراتيجية المعرفية.

4-يمكن أن تكون هذه الاستراتيجيات مدخلا هاما في رؤية الفرد لنفسه من خلال الالتزام الذاتي لتحسين السلوك، و ما يفرزه ذلك على المحيط الذي يتعامل معه الآن الإنسان كائن اجتماعي في حركة دعوية من التفاعل الإنساني، فأى تحسن سيعكس نظرة ايجابية على الآخرين³¹.

إن العلاج المعرفي السلوكي مثل غيره من الأساليب لديه خصائص و مميزات و هي التي تجعله يختلف عن غيره من الطرق، و هذه الخصائص تتمثل في أن الحالة تلعب دورا أساسيا و فعالا في العملية العلاجية و ذلك لكونه لا يقوم فقط بامتصاص التوجيهات العلاجية وإنما

³⁰ Michel Gelder, Richard Mayou, Philippe Cowen : « Traité de psychiatrie » Médecine –science flammarion, Edition Flammarion, Paris, 2005.P :688.

³¹د/قحطان أحمد الظاهر :«تعديل السلوك»الطبعة الثانية ، وائل النشر و التوزيع،عمان، الأردن2003، ص 242،-243

له دور في وضعها، و هو من يقوم بتنفيذ و انجاز المهام المطلوبة منه لتعديل سلوكه والتي تشمل على التلطف الذاتي و التعلم و الإيحاء الذاتي.

استخدامات العلاج السلوكي المعرفي:

تم استخدام العلاج المعرفي السلوكي في العديد من الاضطرابات منها: الاكتئاب النفسي، الوسواس القهري، اضطراب توهم المرض، اضطراب كرب ما بعد الصدمة، الإدمان، فقدان الشهية العصبي الذي هو موضوع بحثنا، الشراهة و البدانة إضافة إلى الصراع الزوجي، الاختلال الجنسي، اضطراب الشخصية البيئية، القلق العام، المخاوف المرضية، الاضطرابات العقلية مثل الفصام... الخ.

السير المعرفي في اضطرابات السلوك الغذائي (فقدان الشهية العصبي):

fonctionnement cognitif dans les troubles alimentaires :

منذ 40 سنة، كتبت "بروش" (Bruch) ان التشوهات المعرفية في اضطرابات الأكل. تخلّ الاضطرابات الإدراكية بالتالي معالجة المعلومات المتعلقة سواء بالجسم (الوزن والشكل والدهون في الجسم) أو بالأغذية (السرعات الحرارية ، "الضرر") والقيم التي تشكلها (النجاح، قوة الشخصية، الاعتراف الاجتماعي، القيمة الشخصية) و قد ينتج عن ذلك الميل إلى الربط الضيق لاحترام الذات بصورة الجسم والسلوك الغذائي. التحيزات المعرفية أو التشوهات، وخاصة حول وزن الجسم أو الشكل، تكون سببا للقلق عند المراهقة المعنية بوزنها، وتشمل التشوهات تحيزات في الذاكرة والانتباه وتفسير المحفزات المتصلة بالغذاء والوزن، وقد تبين أن هذه التحيزات المعرفية قد تساهم في تطوير وصيانة المرض الغذائي جزئيا بسبب تعزيز المخاوف بشأن الغذاء والوزن. تركز هذه النظريات على العوامل معرفية لشرح المسببات واستمرار فقدان الشهية العصبي.

ووفقا لهؤلاء الباحثين فان العوامل المعرفية في اضطرابات الأكل هي ثلاثة أنواع: الأخطاء المنطقية ، الانزلاق المعرفي والتعقيد المفاهيمي.

تتمثل الأخطاء المنطقية في المبالغة في التعميم والتجريد الانتقائي، الفكرة الكارثية و الفكرة المتعلقة بالنفس. و بالانزلاق المعرفي نعني الإطلاق المفاهيمي والاختبار النظري الفقير للواقع ويتعلق التعقيد المفاهيمي بالقدرة الفكرية. في مرض فقدان الشهية العصبي تعني الإدراكات المرضية على وجه الخصوص التغذية، صورة الجسم والثقة بالنفس ويبين الجدول أدناه أنواع أخطاء التفكير التي وجدت عند هؤلاء المرضى. (إيبير و آخرون، 2005Eiber)³²

المصطلح	التعريف
التفكير بين شيئين	تفكير حاد عن الكل أو لا شيء، لا ينطبق فقط على ميدان التغذية بل على كل ميادين الحياة الأخرى.
التخصيص	الميل إلى تسمية الأحداث إلى الخصائص الشخصية بدلا من متغيرات بيئية.
فكرة سحرية	إقامة علاقة سبب ونتيجة بين أحداث غير مرتبطة.
التعظيم	المبالغة في عواقب الأحداث غير المرغوب فيها.
التجريد الانتقائي	التركيز على تفاصيل معزولة لكي لا نرى معنى الكل.
التعميم	استخراج قاعدة تستند على حدث ما ونقلها إلى حالات متباينة.

³² Eiber, R., Mirabel-Sarron, C., et Urdapilleta, I. : « Les cognitions et leur Évaluation dans les troubles des conduites alimentaires ». *L'Encéphale*, 2005, 31(6 Pt 1), 643-652

لقد افترض باحثون آخرون تشوه معرفي محدد عند المرضى الذين يعانون من اضطراب في الأكل: دمج الشكل بالفكرة و هذا التشوه في الاعتقاد بأن وجود فكرة متصلة بأحداث ما قد تزيد من احتمال وقوعها وبالتالي فإن التفكير السلبي يساوي تصرفا سلبيا. وقد تم فحص هذه المعتقدات المختلة وظيفيا و وجدنا أن للمراهقات المصابات بفقدان الشهية العصبي معتقدات مختلة بالشعور بالذنب ، واحترام الذات والتقييم الذاتي و بالإضافة الى ذلك فهم ينظرون إلى أنفسهم باعتبارهم أقل قدرة و مهارة.غالبا ما يكون للمصابين بفقدان الشهية العصبي معتقدات مكتئبة على أنفسهم و على المستقبل.

نماذج توضيحية لمرض فقدان الشهية العصبي وفقا للنظرية المعرفية والسلوكية:

منذ المقترحات الرسمية الأولى للباحثين مثل فيربورن (Fairburn³³ تغيرت النماذج لتتوجه نحو العوامل البيئية الغذائية و العاطفية التي تظهر متطابقة في جميع المقالات العلاج المعرفي السلوكي لأكثر من 15 سنة. وقد درس تطبيق النماذج المعرفية والسلوكية على مدى الثلاثين سنة الماضية، وقد اظهر التركيز المحوري لهذه النماذج أفكار خاطئة حول وزن الجسم والطول وشكل الجسمي (إدراك المرض النفسي الغذائي).

فيما يخص فقدان الشهية العصبي فقد وصفت عدة نماذج تفسيرية في البحوث. يفترض ويليامسون وجود "كيانات" ثلاثة داخل مشكلة فقدان الشهية العصبي، اضطراب الإدراك الحسي على مستوى صورة الجسد، الخوف من زيادة الوزن وقلق ملحوظ بشأن شكل الجسم. تتفاعل العناصر الثلاثة الرئيسية مع الخصائص الأساسية للمرض النفسي الذي هو

³³Fairburn, C. G. (1981):" A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia". Psychological Medicine, 11(4), 707-711.

فقدان الشهية العصبي على النحو التالي: فرض قيود غذائية بحيث تحدد بداية الجوع ونقص الطاقة الحيوية و يؤدي ذلك لانقطاع الحمية لكن يثير ظواهر القلق المرتبطة بالزيادة المحتملة في الوزن والشعور بفقدان السيطرة على نظامه الغذائي. تتبع هذه الخطوة "بشكل طبيعي" بتجنب التغذية مما يقلل من القلق ويخفض أو يجمع الشهية بما أن الأيض يتغير يعزز ذلك الحاجة إلى وضع قيود غذائية ومن ثم تستكمل الحلقة المفرغة. بالطبع أن هناك جوانب أخرى تشارك على مستوى أو آخر في السلسلة التي ذكرناها: اضطراب قلق أو اكتئاب وحساسية شخصية محددة، أو وسيلة خاطئة للتحكم في الإجهاد

ومن المهم ذكره، هو أن النظرية السلوكية والمعرفية التي اقترحها 'فيربورن' تشير إلى أن الحاجة الشديدة للسيطرة على التغذية هو الخوف الحاسم من هذا الاضطراب. هناك ثلاث آليات تحافظ على التقييد الغذائي تتعلق الأولى بفكرة أن السيطرة التغذوية تعني السيطرة الذاتية على النفس واحترام الذات. الثانية تتعلق بالتقييد وكيف يتم تفسير المفاعيل الجسدية والنفسية أما الآلية الثالثة فهي خاصة بالمجتمع و متعلقة بالتحكم في الغذاء و الشكل والوزن حيث يتم استخدامهم كمؤشرات للتحكم الذاتي واحترام الذات. هذه الأعراض تشمل مواقف وسلوكات مختلة وظيفيا في ما يتعلق بالغذاء والتغذية، سوء الأداء العاطفي والاجتماعي و المعرفي وتغيرات جسدية. و تزيد لاحقا هذه النظرية المقترحة من خلال بعض الأعراض تفاقم تقييد التغذية بإضعاف شعور الشخص أنه قادر على السيطرة على نظامه الغذائي، شكله الجسمي، وزنه ونفسه.

غالبا ما تكون هذه المريضات مائلة لنقد الذات فتقوم بتحفيز أنفسهن من خلال فرض مقاييس خاصة و محددة لتغذيتهن، شكلهن، وزنه و السيطرة على ذلك وعندما لا تتمكن من بلوغ هذه المقاييس فتعتبرن أنفسهن غير منتظمة و ليست على المستوى بدلا من التفكير في أن مقاييسها مبالغ فيها ونتيجة ذلك هي تقييم ذاتي سلبي. يحافظ ذلك على اضطرابات الأكل و يؤدي بالمريضات إلى السعي بشكل أكبر لتحقيق "النجاح" الأهم في

حياتهم : التحكم في نظامهم الغذائي، شكل جسمهم ووزنهم، و بهذه الطريقة يتم خلق حلقة مفرغة أخرى تحافظ على الاضطراب الغذائي.

لهذه الحاجة للتحكم في النفس عدة أسباب:

- التقييد يعطي نتيجة فورية ومباشرة في التحكم الذاتي.
 - يتم تشجيعها من قبل الأسرة التي تركز على السلوك الغذائي.
 - تأثر على آثار البلوغ.
 - إنها مشجعة من قبل المجتمع.
- يتم الحفاظ على الاضطراب بثلاث آليات التغذية المرتدة التي تقيّم بالوقت و تختلف أهميتها من لحظة إلى أخرى:
- يزيد التقييد الغذائي من الشعور بالتحكم حيث أن النجاح الأولي داعم قوي
 - تشجع جوانب الجوع المزيد من التقييد.
 - تعزز الاعتبارات القصوى لشكل الجسم و الوزن هذه القيود.

تقييم الدراسات السابقة لاضطرابات السلوك الغذائي:

جميع دراسات تقييم العلاج المعرفي السلوكي في ميدان الاضطرابات الغذائية تنطلق على مرض فقدان الشهية العصبي والشراهة المرضية والشراهة الغذائية.

يركز عملنا على الدراسات السابقة المتعلقة بمرض فقدان الشهية العصبي:

على الرغم من استخدام التقنيات السلوكية والمعرفية في معظم برامج العلاج المتعدد الأساليب لفقدان الشهية العصبي سوى أن كان المريض خارج أو داخل المستشفى فهناك

عدد قليل جدا من الدراسات التي تقوم بتقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في هذا الاضطراب.

تم العثور على خمسة تجارب عشوائية محكمة ومجلة علمية تتطرق إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في فقدان الشهية العصبي.

- و قد قسم شانون وآخرون (1989) 24 مرضى يعانون من فقدان الشهية العصبي (مشخصين وفقا لمعايير روسل) إلى ثلاث مجموعات تم التعامل معها خارجيا من خلال 24 جلسات على مدى فترة سنة واحدة : 08 مريضات شاركت في دورات لمدة ساعة من العلاج المعرفي السلوكي، 08 أخريات شاركت في جلسات ساعة واحدة من العلاج السلوكي (ع. سلوك)، و08 مريضات من مجموعة التحكم شاركت في جلسات غير محددة ذات 30 دقيقة. تم تقييم الحالة الإكلينيكية حسب معايير مورغان و روسل في نهاية العلاج ، و بعد 06 إلى 12 أشهر من المتابعة تحسن الأداء النفسي والاجتماعي في المجموعات 03 مع تفوق العلاج المعرفي السلوكي أكثر من غيره ومع ذلك في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي مقارنة مع مجموعة العلاج السلوكي، لوحظ امتثال أفضل من المرضى للعلاج (عدم أي انسحاب). يجب تفسير هذه النتائج بحذر نظرا للعدد القليل من المرضى الذي طبقت عليه هذه العلاجات.

- مسّت دراسة كريسب و آخرون (1991) 90 مراهقة تعاني من مرض فقدان الشهية العصبي الحاد (DSM III-R) مقسمة إلى 04 مجموعات :

- علاج مكثف + داخل المستشفى لعدة أشهر تليها 12 دورة علاج نفسي فردي وأسري خارجيا
- 12 جلسة من العلاج النفسي الفردي و الأسري الخارجي بالزيادة على إرشادات في التغذية.

• 10 جلسات من العلاج النفسي الجماعي للمريضات، 10 جلسات من العلاج النفسي الجماعي للأسرة بالإضافة إلى تقديم إرشادات في التغذية.

• المتابعة من قبل طبيب العائلة (حالة المراقبة).

وقد تم التقييم عن طريق مقابلات قائمة على الحالة الجسدية والنفسية والاجتماعية والسلوكية في نهاية العلاج وخلال 1.2 و 5 سنوات من المتابعة بعد العلاج وسنة واحدة من الإلتباع لاحظ الباحثون في المجموعات الثلاثة من العلاج الفعال زيادة وزن ملحوظة مقارنة مع الوزن عند الدخول وحالة المراقبة، ومع ذلك فإن هذه الدراسة تعرض نقاط ضعف: العديد من الانسحابات (40 % في المجموعة التي أدخلت للمستشفى) مع ضم شدة المرضى و العدد المحدود من الجلسات الخارجية للعلاج النفسي، وبالنسبة لبعض الأشخاص من مجموعة التحكم، تلقى علاج خارج عن الدراسة.

- عالج تراسور وآخرون (1995) 30 مريضة مصابة بفقدان الشهية العصبي (CIM 10) عن طريق العلاج النفسي السلوكي التعليمي أو عن طريق العلاج التحليلي المعرفي (CAT) في 20 جلسات أسبوعية تدوم 50 دقيقة و قاموا بتقييمهم حسب سلم مورغان و روسل في نهاية العلاج وفي 3، 6، 9 و 12 شهرا من المتابعة و في المجموع 63 % من الحالات المدروسة كانت لها تحسن أو قابلية للتحسن من ناحية التغذية. في عام واحد أفاد الباحثون تحسن غير موضوعي أكبر في المجموعة العلاج التحليلي المعرفي (CAT) لكن لم يكن هناك أي تغيّر في المعايير الموضوعية. مع ذلك تركز هذه الدراسة على عينة صغيرة ولم تكن للمعالجين تجربة كبيرة في مقارنة جديدة مثل العلاج المعرفي التحليلي.

في محاولة مخططة عشوائية ضمّ ويسمان وآخرون (2002) 40 مريضة في المستشفى كانت تقدم اثنان و عشرون منها فقدان الشهية العصبي من النوع التقييدي، 14 مريضة أخرى قدمت أعراض فقدان الشهية العصبي من النوع الشرهي؛ و 04 أخريات قدنت أعراض الشره المرضي (معايير DSN IV). تم تقسيم هؤلاء المرضى إلى مجموعتين 02 و تم إجراء التقييم حسب مقياس اضطرابات الأكل لييل، كورنيل و برويين (YBC-EDS) عند القبول و في اختبارين 2. خلال أسبوعين من العلاج تحسنت المجموعتين من حيث المواقف والعادات الغذائية بدون فرق كبير بين المجموعتين حيث أن المرضى في مجموعة العلاج النفسي التعليمي قد أشاروا إلى أن العلاج كان فعالا ، كما ذكر المعالجون أن المرضى في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بدوا أكثر اطمئنانا وكانوا بالتالي أكثر اجتهادا و حضورا في العلاج، ينبغي الإشارة إلى أنه كان من الصعب تحقيق هذا البحث بسبب البرنامج الاستشفائي الجد منظم عادة و الذي شمل العديد من التدخلات من النوع المعرفي السلوكي. قد يؤدي ذلك إلى تحيز في الردود الذاتية للمرضى و المعالجين.

وضعت مجلة كابلان (2002) قائمة أقل من 20 محاولة مخططة تقيّم فعالية الأنواع المختلفة من العلاج النفسي في فقدان الشهية العصبي بما في ذلك مقاربات علاجية جديدة. وتأتي باستنتاج فعالية غير مؤكدة بالنسبة لمعظم العلاجات باستثناء العلاج الأسري للمرضى الأصغر سنًا خاصة اذا ما كان ظهور المرض حديثا. تبدو مناهج جديدة مثل " motivational enhancement therapy " (MET) و العلاجات النفسية لتجنب الانتكاسات واعدة ولكنها تحتاج إلى مزيد من البحث. في معظم الدراسات المنشورة كانت المشاكل المنهجية تحدّ نطاق النتائج.

وأخيرا فإن المحاولة المخططة العشوائية لبيكيه وآخرون (2003) تأتي بما يعتقد الباحثون أن يكون أول تقييم تجريبي لفعالية العلاج المعرفي السلوكي كعلاج 'بعد دخول المستشفى' لمرض فقدان الشهية العصبي

بعد استعادة الوزن ، وتم اختيار 33 مريضا في نهاية العلاج في المستشفى لمدة سنة واحدة (50 جلسة فردية) إما بالعلاج السلوكي المعرفي (مقاربة لمفاهيم احترام الذات والمخطط الشخصي و سير الشخصية) أو بالإرشادات الغذائية (مقاربة نفسية تربوية استنادا إلى دليل). تختلف العينة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي عن عينة المقارنة من حيث انخفاض معدلات الانتكاس والانسحاب من العلاج و نتائج اكلينيكية كانت ايجابية. ومع ذلك فمن المهم الإشارة إلى أنه على الرغم من أن المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي يستجيبون لمعايير "نتائج جيدة" للدراسة، لا تشمل هذه المعايير المواقف السلوكية والنفسية الكامنة وراء مرض فقدان الشهية العصبي مثل القلق بشأن الوزن و شكل الجسم و العادات الاستهلاكية.

في المجموع نقص البيانات التجريبية على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في فقدان الشهية العصبي يتعلق إلى حد كبير بالصعوبات المنهجية في إجراء محاولات مخططة على فئة من المرضى يتم علاجهم بمجموعة من المقاربات حيث أنه من الصعب عزل عنصر واحد من هذه الفئة وتقييم فعالية معينة فيها. تشير العديد من الدراسات إلى امتثال أفضل للمرضى الذين يعانون من مرض فقدان الشهية العصبي مع العلاج المعرفي السلوكي مقارنة للعلاجات الأخرى.

لا يجب الاستهانة بهذه النتيجة في مرض يكون فيه الطلب الشخصي والدافع للتغيير ضعيف عادة. كما أن العلاجات الجديدة التي تهدف لتطوير تحفيز المريض للمنافسة في علاجه، مثل علاج الإدمان، تجتذب اهتماما كبيرا في الوقت الراهن؛ فإن الدراسة

المخططة الحديثة التي تدل على فعالية العلاج المعرفي السلوكي للوقاية من الانتكاس وعلاج فقدان الشهية العصبي على المدى الطويل في المستشفى ستتبع بدراسات مخططة أخرى تقيّم عند المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي الاستقرار في استعادة الوزن، الوقاية من الانتكاس لإعادة التأهيل النفسي الاجتماعي.

وبما أن معظم المريضات اللواتي تعانين من فقدان الشهية العصبي في المستشفى تستعدن وزنهن فإن فعالية العلاج المعرفي السلوكي (وحده أو مع العلاج الصيدلي) بالتقييم على المدى الطويل هي التي يجب أن تكون موضع المزيد من البحث. وأخيرا فإن العديد من الباحثين يصرّون على أهمية العوامل الغير المحددة في علاج المرضى الذين يعانون من مرض فقدان الشهية العصبي: الدفاء، الصدق، التعاطف والتفاهم والقبول، الصراحة والانفتاح كلها مكونات أساسية للعلاج فهي مهمة للتخفيف من مشاعر العزلة للمرضى الذين يعانون من مرض فقدان الشهية العصبي.

يجب الإشارة انه بعد التحقيق في الميدان لا توجد دراسات تبين مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في فقدان الشهية العصبي في الجزائر ولا بحوث تتناول الرعاية الطبية لفقدان الشهية العصبي بالعلاج المعرفي السلوكي.

حدود العلاج المعرفي السلوكي:

تتعلق أساسا بالمرض: حيث أن المصابات بفقدان الشهية العصبي يجدون صعوبة في قبول فكرة التنازل عن أعراضهم! فغالبا ما تتخلى عن العلاج المعرفي السلوكي بدلا من المرض ومن المرجح أنه هناك مريضة واحدة فقط من بين أربعة تستفيد حقا من العلاج

و تصل إلى وزن مناسب لقامتها وتحافظ عليه.،، Cottraux ، Falissard ، Flament

(2004)³⁴.

³⁴ Canceil, O.Cottraux, J.Falissard, B.Flament, M. : « Psychothérapies : trois approches évaluées ».Editeur : INSERM, Broché.2004 p : 217-221.

الجزء التطبيقي

الفصل الرابع

منهجية البحث

المنهجية:

يتعلق الأمر بالتكفل النفسي عن طريق العلاج السلوكي المعرفي .

1. الحالات المدروسة:

عينة البحث تتكون من حالتين، و هما مراهقتين عمرهما 14 و 16 سنة. كلتاهما تدرسان، الأولى في السنة 9 للتعليم الأساسي و الثانية في السنة 1 من التعليم الثانوي. و جهت الفتاتين للاستشارة النفسية في مستشفى الأمراض العقلية لسيدي الشحمي بوهران من طرف والديهما. للذكر فانه لا توجد هناك وحدة متخصصة في اضطرابات الأكل بالجزائر.

2. كيفية إجراء المقابلات:

تمّ استقبال الفتاتين مرة واحدة في الأسبوع طوال عشرين جلسة تقريبا وتم التكفل بهن عن طريق العلاج السلوكي المعرفي في إطار إعدادنا لشهادة الماجستير تخصص "علم النفس الطفل و المراهق و الإرشاد الأبوي" .

- وكانت مدة الجلسات حوالي 60 دقيقة.

- كانت تقدم كلتا الحالتين اضطراب في الأكل مميز بمرض فقدان الشهية العصبي و تمّ التشخيص وفقا لمعايير DSM IV.

3. صعوبات البحث:

- انعدام البحوث حول هذا الموضوع في رسائل الماجستير و الدكتوراه قد حرمانا من القيام بدراسات مقارنة.

- صعوبة إيجاد المراجع المتعلقة بهذا الموضوع باللغة العربية.

- صعوبة العثور على حالات فاقدات الشهية العقلية ليس لأنها غير موجودة بل لعدم إعلانها.

- عدم وجود هيكل متخصص في اضطرابات الأكل.

- توجيه هؤلاء المرضى قليلا ما يكون نحو الأخصائيين النفسيين، على الرغم من أن هذا المرض ذو منشأ نفسي.

4. وسائل البحث:

خوفا من خسارة ما دفعت ثمنه غالبا، غالبا ما تكون المريضة حذرة من إعطاء معلومات قد تؤدي إلى ما تخشاه و الذي هو استعادة الوزن. لذلك فانه من المهم إقامة علاقة علاجية حسنة (تحالف علاجي) قبل التطرق الى المشكل الغذائي.

سنعتمد في هذا العمل على تقييم متعدد الكيفيات يشمل:

- سلم تقييم ذاتي لفقدان الشهية العصبي.

- اختبار صورة الجسد (silhouette)

- الملاحظة المباشرة عن طريق اختبار القدرات العقلية.

- التقنيات المستمدة من العلاج المعرفي السلوكي مثل دفتر الغذائي الذي يمكن من ملاحظة العادات الغذائية، عرض و منع الاستجابة عن طريق ممارسة التحكم التنفسي بالاسترخاء.

تصحيح التشويشات السلوكية المتعلقة بالجسم عن طريق إعادة البناء المعرفي بحل المشكلة التي تعتمد على تقدير " الايجابيات و السلبيات " و تقنيات "السهم المتنازل" و "الأفكار البديلة".

و أخيرا تقنيات تربوية نفسية موجهة ليس فقط للمريضة بل لأسرتها أيضا. تقدم التربية النفسية للأسرة و المريضة معلومات عن المرض، عن مميزاته، تطوره، علاجه و أيضا عن المواقف المتكيفة التي يجب اتخاذها لمواجهة الاضطرابات المتعلقة به.

سنخذ كل تقنية، سنعرفها، سنناقشها و سنبرر استخدامها في هذا العمل.

5. موازين التقييم:

تسمح بعض الموازين بتقييم فقدان الشهية العصبي بدقة أكثر. إنها قبل كل شيء وسائل موجهة تطبيقا لتقييم التغيير عن طريق العلاج. تمارس مقابلة التقييم الكمي عموما بعد التحليل الوظيفي. و حسب الفرضيات التشخيصية قد تكمل هذه الموازين بأسئلة أو اختبارات أخرى. استخدمنا في هذا العمل موازين التقييم الذاتي لفقدان الشهية العقلية كما استخدمنا اختبار صورة الجسم المدعى "Mouchés Silhouet"

أ. سلم التقييم الذاتي لفقدان الشهية العصبي (test attitude rating) (EAT 40):

- التطبيق: سلم غارنر و غالفينكل³⁵ هو الأكثر شهرة و الأكثر استعمالا لتقييم خطورة القهم العصبي و تطوره. يمكن استعمال نسخة مصغرة كوسيلة لفحص التأثير على السكان المعرضين للخطر (مراهقين) لكن مع بعض الحذر.

تحتوي النسخة الأولى على 40 موضوع و من الممكن تخفيضها إلى 26 موضوع.

- كيفية إجراء التقييم:

على الشخص الممتحن وضع علامة في الخانة الملائمة لكل موضوع و تقييم قوة الإجابة التي تذهب من " إطلاقا/أبدا" إلى "للغاية/دائما" مع إمكانية 6 أجوبة في كل موضوع.

³⁵ Garner, D. & et Garfinkel, M. : « Echelle d'auto évaluation de l'anorexie mentale EAT40 » (1975) traduction Carrot G. et Long F.

- تنقيط الأجوبة:

يجب التفريق بين نوعين من المواضيع: مواضيع مباشرة و مواضيع منقلبة. في الحالة الأولى، تتلقى الدرجة القصوى الموضوعية على اليمين (للغاية/دائما) ثلاث نقاط، تتلقى الدرجتان التاليتان 1 و 2 نقطة. لا تعطى أي نتيجة للأجوبة غير المتعلقة بالقهم العصبي. في حالة المواضيع المنقلبة (رقم 1، 18، 19، 23، 17، 39) توضع الدرجة القصوى على اليسار (إطلاقا/أبدا) وتتلقى 3 نقاط أما الدرجتان التاليتان فتتلقيان 2 و 1 نقطة. و يكفي بعد ذلك جمع النقاط المتحصّل عليها.³⁶

6. مؤشر الكتلة الجسمية:

في بداية الرعاية، يقاس وزن و قامة المريضة لقياس مؤشر الكتلة الجسمية، أي نسبة وزنها (بالكيلوغرام) و قامتها (بالمتر) بالمربع.

في كلّ تقييم يتم قياس وزن المريضة لحساب مؤشر الكتلة الجسمية و متابعة تطوره. يتم أخذ الوزن باستخدام ميزان الالكتروني. قياس الوزن يكون مرة واحدة في الأسبوع أثناء القابلة ويكون ذلك بالملايس الداخلية (IMC)

وينقسم مدى مؤشر كتلة الجسم الى خمس حالات: مؤشر كتلة الجسم أقل أو يساوي 14 كغ/م² يدل على حالة من سوء التغذية الحاد، وبين 14 و 19 كغ/م² يعتبر نقص في الوزن؛ بين 19 و 24 كغ/م² هو حالة وزن طبيعي، وأخيرا بين 24 و 29 كغ/م² يدل على زيادة في الوزن وأكبر من أو يساوي 29 يعتبر حالة سمنة³⁷.

³⁶ Bouvard, M. & Cottraux, J., « Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie ». 4^{ème} Edition Masson, 2005. P : 248-250.

³⁷ مؤشر الكتلة الجسمية لكيثليت وزن (كغ)
(القامة)²(متر)

لتقييم الأعراض المرتبطة باضطرابات القهم العصبي ، قدمنا للمريضتين مقياس التقييم الذاتي.

جدول: تعريف الحالة التغذوية وفقا لمنظمة الصحة العالمية لبالغين قبل 70 عاما³⁸.

التقسيم	(مؤشر الكتلة الجسمية)IMC
سوء التغذية درجة 5	< 10
سوء التغذية درجة 4	من 10 إلى 12.9
سوء التغذية درجة 3	من 13 إلى 14.9
سوء التغذية درجة 2	من 15 إلى 16.9
سوء التغذية درجة 1	من 17 إلى 18.4
عادي	من 18.5 إلى 24.9

تفسير مؤشر كتلة الجسم وفقا لتصنيف منظمة الصحة العالمية³⁹.

التفسير	IMC
سوء تغذية	أقل من 16.5
هزال	من 16.5 إلى 18.5
وزن طبيعي	من 18.5 إلى 25

³⁸Anorexie mentale : prise en charge. Argumentaire. Recommandations de bonnes pratiques. Juin 2010, P : 67.

³⁹ المرجع السابق.

7.المقابلة العيادية:

المقابلة: عرفها (Gustar Moor) على أنها محادثة موجهة لغرض محدد غير الإشباع الذي يتم عن طريق المحادثة نفسها⁴⁰، وهي متنوعة منها الفردية، و الجماعية، الموجهة و الحرة، و هذا حسب الهدف المرجو تحقيقه منها.

و عليه فقد اعتمدنا في بحثنا هذا على المقابلة الحرة قصد إتاحة الفرصة للحالة كي تعبر بحرية على معاشها اليومي للمرض، كما استعملنا المقابلة الموجهة و التي تخدم كثيرا البحث العلمي"و ذلك للتأكيد من مدى تحقق صحة الفرضيات الموضوعة."

8.الملاحظة العيادية:

و هي ركيزة أي دراسة سيكولوجية، و لقد استعملنا الملاحظة الغير الممنهجة (موجهة) و هدفها هو جمع بعض الأفعال و السلوكات و السمات و الملامح الدالة على بعض المؤشرات السميائية للحالة كالطريقة، الكلام، الجلوس، الهدام، الملامح، الحركة... و الملاحظة الموجهة أو الممنهجة و هدفها يتمثل في تسجيل أهم الاضطرابات و التي تظهر على البحث لدلا المراهقة الفاقدة للشهية العصبي.

9.التحليل الوظيفي:

- أهداف وخصائص التحليل الوظيفي: بعد المقابلتين الأولين المخصصتين للتشخيص الاكلينيكي على أساس عوامل السيرة الذاتية و العوامل الإدراكية للمريض، تخصص عادة مقابلة واحدة للتحليل الوظيفي.

⁴⁰ عطف محمد ياسين، علم النفس العيادي، الطبعة الثانية. دار الملايين 1996 ص 330-335.

التحليل الوظيفي هو وقت محدد و زمن أساسي في العلاج المعرفي والسلوكي.

المقابلة للتحليل الوظيفي هي اتجاهية و تجريبية: يتم تعريف المشكلة السلوكية بفرضية عمل، والتي يتم تحقيقها أو لا بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي. التحليل الوظيفي ينطوي على تحليل عوامل الانطلاق من الماضي والحاضر، والحفاظ على السلوكات الإشكالية، والعواطف والإدراك الذي يرافقها.

التحليل الوظيفي هو وسيلة لدراسة السلوك المشكل الذي يعرضه المريض من أجل عزل الفرضيات. و الغرض أيضا من التحليل الوظيفي هو تحديد، قبل بدء العلاج، خط الأساس للسلوك (أو السلوكيات) الإشكالي (الإشكالية)، وتتيح للمعالج بمساعدة النظريات السلوكية والمعرفية، إقامة تشخيص ديناميكي. أساسا، يتم استكشاف ثلاثة أنظمة: النظام المحرك، النظام المعرفي والنظام النفسي و العاطفي و قد اقترحت عدة نماذج من التحليل الوظيفي من أجل دراسة أكثر دقة للسلوك أو السلوكيات الإشكالية⁴¹. سنكتفي في بحثنا بالنموذج العضوي النفسي الاجتماعي والذي هو S-O-R-C (التحفيز، الجهاز العضوي، الاستجابة، النتيجة):

S ----- O -----R-----C

Stimulus → Organisme → Réponse → Conséquences

النتيجة → الاستجابة → الجهاز العضوي → التحفيز

S (تحفيز) O (الجهاز العضوي/ علم وظائف الأعضاء، التخطيط) R (رد الفعل: عاطفة، سلوك، إدراك) C (النتيجة، الأعراض).

المعلومات التي يتم جمعها خلال المقابلة تسمح للمعالج إقامة تشخيص بأسهم تفاعل بين العناصر المختلفة التي هي: الحافز، الجسم أو الجهاز العضوي، الردود والعواقب مطبقة

صمويل اوزيباو، بروس والش: «استراتيجيات الإرشاد النفسي لتعديل السلوك الإنساني». ترجمة د/عباس محمود عوض و د/عزت عبد العظيم الطويل. دار المطبوعات الجديدة، الإسكندرية، 1976، ص: 47.

على الحالة الإشكالية الموصوفة من قبل المريض. لتحقيق المخطط يستعين المعالج بعدة أسئلة متعلقة بالسلوك الإشكالي للمريض (منذ متى، أين، متى، الخ).

على هذا الأساس كان من الممكن بناء تحليل وظيفي لمرض فقدان الشهية العصبي مع مراعاة مميزات هذا الاضطراب لكل من المريضتين.

10.العقد العلاجي:

تتم إقامة العقد العلاجي بعد القيام بالتشخيص، التحليل الوظيفي و المرور على موازين التقويم الذاتي لفقدان الشهية و صورة الجسم. بعد الإشارة إلى وجود غاية علاجية معرفية و سلوكية. يتم بناء العقد العلاجي بالتعاون مع المريض، فهو يصيغ الأهداف الملموسة المختلفة المراد تحقيقها، والوسائل التقنية لذلك.

يمكن أن ينشأ العقد العلاجي بين المريض و والديه (في حالة المراهقين) على أن يوافق المشاركون (الأبوين، المراهقون، والمعالج) بالإجماع. تستند بداية سير العلاج على التعاون الوثيق بين المريض / الوالدين / المعالج⁴². حيث أن الهدف هو قبل كل شيء خلق جوّ مليء بالثقة، لا بالتبعية.

11.الطرق العلاجية المستخدمة: استراتيجيات التدخل:

بمجرد إنشاء العقد وتحديد الأهداف العلاجية، يمكن أن يبدأ العلاج. وقد حاولنا اقتراح العديد من التقنيات السلوكية والمعرفية في مرض فقدان الشهية العصبي:

(أ) التقنيات التحفيزية

⁴² Gicquel, L. : « la prise en charge des troubles des conduites alimentaires de l'adulte ». Revue Prat, 58/2, 2008, pp.167-171.

ب) مقابلات نفسية تربوية مع الأولياء و المرضى.

ج) الدفتر الغذائي و إعادة بناء الوجبات.

د) إعادة البناء المعرفي: تقنية السهم المتنازل، مجموع الايجابيات والسلبيات، والبدائل.

هـ) جلسات استرخاء بتقنية التحكم التنفسي.

و) الاستعراض مع منع الاستجابة.

ز) تقنيات تهدف لرعاية الجسم لتحسين تقييم و احترام الذات.

وتجدر الإشارة إلى أنه غالبا ما تتداخل الطرق العلاجية و تكون مكملة لبعضها البعض.

1- تقييم التحفيز:

في تعريف المنشأ من طرف ميلر و رولنيك يمثل التحفيز القوات المشتركة من السلوك الواعي واللاواعي التي تبرر سلوكا ما⁴³. هناك نوعان من الدوافع: الدافع الموصوف بالخارجي والآخر يدعى بالداخلي أو الذاتي. فان المراهق الذي يأتي في استشارة هو خاضع لدافع خارجي الذي هو دافع الوالدين غير الراضيين عن سلوك طفلهم.

يكمن كل التحدي العلاجي في تحويل هذا الدافع الخارجي إلى دافع داخلي للمراهق. وليس الهدف أن نمارس ضغوط بل أن نؤدي بالمراهق إلى معرفة فائدة بعض التغييرات. التغيير لا يعني الخضوع لإرادة المعالج أو الآباء ، ولكن إعادة توزيع قدرات المراهق، وبعبارة أخرى، على تغيير السلوك الاستجابة للقيم الداخلية للمراهقين، أي الاستجابة لما هو مهم بداخلهم و بالنسبة لهم.

الشروع في عملية التقبل والتغيير عند المراهقة لا يكون إلا في جو من الأمان والتعزيز ينشئه المعالج. بالفعل فعلى الرغم من أن بعض الأشخاص لديهم إدراك جيد لمشكلتهم،

⁴³ Miller, R. W. & Rollnick : « L'entretien motivationnel ». Inter Editions, Paris, 2006.

غير أن الخوف من التغيير من أن يخسروا أكثر من أن يربحوا قد يسبب الجمود. ولذلك ينبغي تخصيص اهتمام كبير لاستكشاف وجهات نظر المراهقة عن تغيير محتمل⁴⁴.

2- المقابلات التحفيزية:

في حالة فقدان الشهية العصبي، إنكار المرض أو على الأقل التردد في هذا الموضوع قد يكون بذاته مؤشرا جيدا لاستخدام المقابلة التحفيزية. الهدف من هذه التقنية هو تطوير الدافع الشخصي للمريض للتغيير.

3- جلسات التربوية النفسية:

المعلومات هي خطوة هامة جدا في العلاج النفسي.

- يقدم المعالج معلومات حول الاضطراب للمريضة وعائلتها، و يسلم الضوء على تأثير هذا الاضطراب على عامة السكان وخاصة المراهقين، ويؤكد على الآثار الجسيمة التي يسببها، و سيفسر أيضا آلية هذا الاضطراب، والعوامل المسببة و العناصر التي قد تساهم في استمراره أو بدئه. عليه أن يفكر في مخططات و رسومات بيانية لشرح الاضطراب. ويجب أن يستند العرض على بيانات موضوعية، مؤكدا على "أنه مرض" لتجنب الشعور بالذنب عند المريض أو والديه، مع التأكيد على أهمية تعاون الجميع⁴⁵.

4- دفتر أو سجل العادات الغذائية:

الأغلبية الساحقة للمريضات تبالغ في تقدير كميات الطعام التي تتناولها حيث أنه إذا كان الوزن ينقص من أسبوع لآخر فذلك يعني أن ما تأكله قليل جدًا. لكننا لا نستطيع إلقاء

⁴⁴ Phan M. & Lascaux : « communication sur l'entretien motivationnel, chez l'adolescent présentant des conduites addictives ». Annales médicaux psychologiques, 2009,167, p : 523-528.

⁴⁵ موقع انترنت: Argu_Anorexie_Mentale.PDF جوان 2010، ص 87.

اللوم عليهن فمعظمهن لم يعد لديهن أي فكرة عما هي الكمية الطبيعية، و يبدو لهن أن ما يتبلعه هو جدّ كثير.

للحصول على فكرة دقيقة عن ما تأكل المريضات في بداية العلاج، نستطيع الطلب منهن إقامة دفتر غذائي أو سجل العادات الغذائية.

ويمكنهن ذكر، بالترتيب، النقاط التالية:

- وقت تناول الطعام

- مكان أخذ الوجبة

- كمية الغذاء (بالتفصيل)

- النقيء أو المسهلات (إن وجد)

- الأفكار والمشاعر التي تصاحب وجبة.

بفضل هذا الدفتر، يمكننا جمع الكثير من المعلومات حول كيفية تناول الطعام و الأفكار المتعلقة بذلك. الصدق هو بالطبع أمر أساسي لكن غالباً ما يمثل ذلك صعوبة في بداية العلاج. إذا كانت المعلومات المسجلة موثوق بها فبإمكانها أن تكون مفيدة جداً في تخطيط بقية العلاج. و من الأفضل إيقاف هذا الدفتر حالما يبدأ الوزن في الزيادة ذلك لاطفاء هذا السلوك⁴⁶.

⁴⁶ Johan Vanderlinden op.cit, p: 71-72.

5- تقنية الاسترخاء عن طريق التحكم في التنفس:

وهي تقنية استرخاء بسيطة تعتمد على التنفس الطبيعي، تتمثل في أخذ نفس عميق و بطيء عن طريق الأنف أو الفم مع نفخ البطن والزفير عن طريق الأنف أو الفم أثناء إدخال البطن. تمكن هذه العملية زفيراً أفضل وتؤدي إلى عكس التوتر والإجهاد.

-تقنية الاسترخاء

يتمثل المبدأ في استخدام التنفس عن طريق الأنف في سيطرة أفضل على التنفس، والعمل على التنفس البطني. يجب اتخاذ وضعية امتداد أو جلوس مع استقامة الظهر. ثم تضع المريضة يديها منبسطة على بطنها لكي تشعر ببطنها يمتلئ بالهواء ويتفرغ خلال التنفس.

-عمل الاسترخاء

يتم عمل الاسترخاء عن طريق التنفس المتباطئ في ثلاثة مراحل:

- المرحلة 1: التنفس بعمق مع الشعور بانتفاخ البطن بينما نعدّ إلى ستة؛

- المرحلة 2: حبس النفس ثلاث مرات؛

- المرحلة 3: الزفير من أجل إفراغ البطن لأطول وقت مرغوب فيه.

تكرر هذه العملية وفقاً لثلاث مراحل فترة مفارقة لا تقل عن خمس دقائق، إلى أن تتحصل على استرخاء تام⁴⁷.

⁴⁷<http://www.france5.fr/sante/beaute/W00471/3/relaxation>، تمت مراجعة الموقع في 2010/10/14.

تقييم نتائج العلاج:

من بين مبادئ العلاج المعرفي السلوكي أن نتائجه قابلة للتحقق مما يتطلب تقييم النتائج. سيتم ذلك باستخدام مقابلات معمقة مع المريضات وعائلتهن بالاستعانة باختبارات و سلم تقييم. تملأ موازين التقييم و الاختبارات قبل العلاج (اختبار قبلي) في نهاية العلاج (اختبار بعدي)، وغالبا بعد 1 شهر و 6 شهربعد نهاية العلاج(لتقييم المحافظة أو تحسين النتائج)⁴⁸.

⁴⁸ Cottraux, Jean.: «Les thérapies comportementales et cognitive ”MEDECINE ET PSYCHOTHERAPIE.4°EDITION. Masson 2004, P : 7

نتائج البحث

تحليل النتائج ومناقشة فرضيات البحث:

لقد وصفنا في الفصل الرابع مشاركة مريضتين في دراستنا، تم تشخيصهن وفقا لمعايير DSM IV بفقدان الشهية العصبي. تمت التكفل بهما بالعلاج المعرفي السلوكي وقيمتاهما في 03 مراحل: في بداية العلاج، في نهايته و 06 أشهر بعد انتهاءه عن طريق: مؤشر كتلة الجسم، سلم التقييم الذاتي لمرض فقدان الشهية العصبي (EAT 40) اختبار صورة الجسد (Mouchés de Silouhette) والمقابلات التحفيزية.

كان أول هدف لنا هو تقييم تحقّر المرضى،لأنه غالبا ما يكون هذا الأخير فقيرا في هذا النوع من الاضطراب بسبب الإنكار والتردد للتغيير.لذلك وضعنا " مقابلات تحفيزية" التي استمدت من "نموذج عملية التغيير" لبروشاسكا، ديكليمانت و نوركوس" و المراد هو مساعدة المريضات على اجتياز المراحل التالية:

(أ) عدم التفكير في التغيير: " ليست لدي مشكلة مع الغذاء أو الوزن".

(ب) التفكير: " لدي مشكلة، وأود أن أفعل شيئا"

(ج) الاستعداد و التصرف: "أريد أن أغير عاداتي، أستشير للحصول على مساعدة، أصحح سلوكي الغذائي"

(د) الحفظ: " أعي مخاطر الانتكاس، وأتوقع الصعوبات لمحاولة منعها"

(ه) الانتكاس: " أعرف أن الانتكاس يمكن أن يحدث و أنه جزء من العلاج، و أنه بإمكانني أن اتعلم من ذلك وان أتجاوزه".

قمنا أيضا بوضع قائمة " إيجابيات وسلبيات" لمرض فقدان الشهية العصبي و " إيجابيات وسلبيات" استعادة الوزن. قائمة من العبارات التي شجعت مريضتنا وجعلتهما أكثر تحفزا. كما قمنا بتمارين تركيز ساعدت مينة على الاعتراف بمشكلتها وعززت رغبتها في تجاوزه.

بالإضافة إلى ذلك، و بهدف إشراكهما أكثر في عملية التغيير قمنا باطلاعهما من خلال مقابلات في التربية النفسية على معلومات عن المرض، مسبباته، مخاطره ونتائجه. وقد عززت هذه المعلومات الوعي بخطورة الاضطرابات و أسهلت مشاركة المريضة في العلاج وأكدت فرضية بحثنا: كيف نعمل على تحفيز هؤلاء المرضى.

كانت فرضيتنا الثانية أن العلاج السلوكي المعرفي قد يساعد المريضات على استعادة الوزن ودفعهم على استئناف تناول الطعام ، وقد تأكد ذلك من خلال: إنشاء عقد علاجي الذي يتضمن أهداف واضحة وقابلة للتحقيق، من بين ذلك: استعادة الوزن بدرجات، قياس الوزن بمعدل مرة واحدة في الأسبوع خلال الاستشارة، وإنشاء دفتر غذائي من طرف أخصائية غذائية متخصصة في اضطرابات الأكل، أخذ حميدة وجبات الطعام بطريقة ثابتة بمرافقة كل أفراد عائلتها، التدريب في إعداد وجبات متوازنة و بسيطة. منع القيء عن طريق تمارين الاسترخاء، التأكيد على الوجبات ذات 30 دقيقة.

تمكنا من التحقق من كلّ هذا بتطور مؤشر كتلة الجسم حيث أنه خلال التقييم الأول كانت حالة المريضتين تدل على سوء التغذية الحاد في الدرجة 3 بالنسبة لمينه و الدرجة 2 فيما يخص حميدة. وبالتالي، فقد كان مؤشر كتلة الجسم في بداية العلاج يشير الى 13.2 فيما يخص مينه و 16.4 عند حميدة.

تزايد مؤشر كتلة الجسم تدريجيا منذ بداية التكفل النفسي بما أننا وجدناه 19 عند مينه

و 19.7 عند حميدة و كان التأثير جزئي بين التقييم الأول والثالث (بعد 06 أشهر).

ومع ذلك، فإن النتائج التي تم الحصول عليها خلال عملية التقييم الثانية لمينة تظهر بعض التحفظ حول الوزن وصورة الجسم. فذلك أحد الجوانب التي سبق أن لوحظت من طرف كتاب مختلفين عند مرضى فقدان الشهية العصبي اللواتي رغم التحسنات حافظت على الصعوبات في تصور جسمهن الحقيقي حيث أنهن كانت تراه بمبالغة فيه إلى حد كبير.

كان هدفنا هو تقييم تأثير العلاج المعرفي السلوكي ومن ثم جلب هؤلاء المرضى إلى تصور أفضل لجسمهم. في نهاية العلاج أظهرت المريضتين تصورا أحسن لجسمهما وتؤكد ذلك بنتائج التقييم الأخير في العلاج البعدي (06 أشهر) بعد انتهاء العلاج في اختبار موشيس الذي بين أن مينة اختارت الصورة الجسدية الحالية، كانت هذه الصورة المطلوبة والمثالية مع مؤشر كتلة الجسم بـ 19.3. لكن لم تتم إعادة تقييم حميدة في العلاج البعدي للسبب الذي سبق ذكره ففي التقييم الثاني (في نهاية العلاج) اختارت صورة جسدية حالية، مطلوبة و مثالية مع مؤشر كتلة الجسم 19.3 و تتطابق هذه النتيجة مع الواقع و يتساوى مع نتيجة مينة.

ساعدت تقنيات مختلفة مثل الاسترخاء بممارسة التحكم التنفسي مع المريضتين والعمل على صورة الجسد أمام المرأة مع حميدة، وتمارين لرعاية الجسد مع المريضتين، وتقييم احترام الذات من خلال تمرين يتمثل في إرسال رسالة إلى الأشخاص المقربين لجمع تقديرهم، وتقنيات إعادة الهيكلة المعرفية في شكل أفكار بديلة مع مينة وتقنية السهم المتنازل مع حميدة، على استخدامهن لأفكارهن المنطقية و وضعهن جانبا المخاوف المتعلقة بأجسادهن. لذلك يمكننا تأكيد فرضية بحثنا الثالثة، لكن التتبع على المدى الطويل هو أمر ضروري للمحافظة على التقدم و تطوره.

وفيما يتعلق بصورة الجسم للمصاب بالقهم العصبي، فمن المهم البقاء على يقظة حيث أن باحثين آخرين (فيشتر 2006) وصلوا إلى استنتاج مفاده أن "عدم الرضا عن الجسم هو سبب رئيسي في الانتكاس" و وصلوا أيضا إلى استنتاج آخر يقول أن بعض المصابين بفقدان الشهية العصبي لا تزال تظهر عليهم بعض السلوكيات المرضية بالنسبة لصورة جسدهم و النحافة المثالية مقارنة مع عينات اخرى و ذلك اثني عشر عاما بعد شفائهم⁴⁹.

⁴⁹ Fichter, M.M, Quadflieg N.: "Twelve year course and out come predictous of anorexia nervosa" international journal of eating disorders, 2006, P87-100.

وهناك تساؤل آخر حاولنا الإجابة عنه و هو: كيف يمكن أن تساهم الأسرة و تشارك في الشفاء؟ للقيام بذلك، قمنا في المقام الأول بمحاولة تبرئة والدي المريضتين حيث أنهم كانوا يشعرون بذنب كبير وأنهم قد فشلوا تماما، وكان العلاج يركز على: 1- تبرئتهم، 2- دعوتهم إلى "العلاج" دور مساعدين ومعاونين للمعالج جعل التزامهم قويا و أسرع عملية الرعاية وضمن نتائج مرضية.

3- بالإضافة إلى ذلك، إشراكهم في جلسات التربية النفسية أي إطلاعهم عن المرض، مسبباته وعواقبه جعلهم يتخذون المشكلة بجدية (خاصة والدين حميدة) التوصل إلى وضع أنفسهم في محل ابنتهما لفهمها بطريقة أفضل فذلك ما كانت تحتاجه الفتاتين الأكثر.

وأخيرا، فقد تم عرض بعض التوصيات للعائلتين:

- ينبغي نبذ النزاعات والاتهامات و العتاب والصراخ والضجة تماما خاصة بين والدي حميدة.

- أن للوالدين جزء هام من المسؤولية في عملية الشفاء: لذلك يجب عليهم إعادة النظر بداخلهم في حالة عبورهم بمرحلة صعبة (على سبيل المثال، المشاكل الزوجية بين والدي حميدة، واكتئاب آباء مينة بعد اكتشافها للتبني) و يجب عليهم الحصول على المساعدة.

- اللقاء بين آباء المريضتين لتبادل المعلومات حول المرض وتقاسم معاناتهم والإصغاء لبعضهم البعض أراح العائلتين كثيرا.

- ليس هناك شيء أسوأ من الاستثناءات في المائدة: على الوالدين اختيار ما سيتم تقديمه للأكل و تتبع مخططنا الغذائي

و الكميات التي يجب أن تأكلها المريضة و عليهم وقف حرب المائدة والميزان.

- أنه لا يجب نسيان الأطفال الآخرين (مثل آباء حميدة الذين ركزوا كل اهتمامهم عليها وأنه لا يجب التقليل من تأثير المرض على الأطفال الآخرين).

- كما يجب على الآباء أن يحرصوا على نوعية علاقاتهم الزوجية. مثل حالة والدين مينة اللذان نسيا أنهما أيضا زوجان حيث أن كل حياتهم كانت متعلقة بمصير ابنتهما.

وبالتالي، يمكننا تأكيد فرضيتنا الرئيسية و التي هي أن العلاج المعرفي السلوكي الذي اقترحنا على المريضتين كان فعّالا.

فقد استطعنا ملاحظة، من خلال المقابلات الاكلينيكية و من خلال النتائج المتحصل عليها في مختلف الاختبارات، تحسنا كبيرا لأعراض القهم العصبي سواء من حيث السلوك أو الافكار المتعلقة بالمرض.

الخاتمة:

يهدف هذا العمل إلى المساهمة في الإجابة، جزئياً، على الأسئلة العديدة التي تواجه الاخصائي النفسي أمام هؤلاء المرضى الذي يعتبر مرضهم معقداً و لا يزال حتى اليوم و إلى حد كبير لغزاً. فهم هذا المرض و آلياته المعقدة يؤدي بنا إلى العديد من التساؤلات التي لا تزال قائمة بدون إجابة.

وقد استطعنا أن نرى أن العلاج المعرفي السلوكي الذي اقترحنه على المريضتين أثناء بضعة أشهر كان فعالاً، وقد تجلى ذلك باستخدام اختبار صورة الجسم لموشيس والزيادة في مؤشر كتلة الجسم، وسلّم التقييم الذاتي لمرض فقدان الشهية العصبي، ولكن أيضاً بالعمل على السلوكيات الإشكالية من خلال استخدام تقنيات علاجية متنوعة مثل التعرض مع منع الاستجابة والحد من القلق أمام الطعام بواسطة تقنية التحكم في التنفس والعمل على الإدراك الذي يعتبر مهماً جداً و غالباً ما يشار إليه على أنه يلعب دوراً حاسماً في تكوين وحفظ المرض و ذلك عن طريق تقنية إعادة الهيكلة المعرفية، تقنية السهم المتنازل و أخيراً تقنية الأفكار البديلة.

ولقد رأينا أن بعد أربعة أشهر ونصف من انتهاء العلاج واصلت المراهقتين تقدمهن ولم تنتكسن. أما بالنسبة للمحافظة على النتائج الإيجابية على المدى الطويل فمن الصعب التنبأ نظراً للانتكاسات الممكنة على الرغم من علاج جيد وفعال. نأمل من المريضتين الاستمرار في ممارسة التقنيات المعرفية والسلوكية التي علمناهم إياها للتقليل من خطر الانتكاس.

كما نتمنى من خلال هذا العمل أننا قد ساعدنا في الفهم الاكلينيكي لمرض فقدان الشهية العصبي للفتاة مع إدراكنا الجيد أنه لا تزال أسئلة كثيرة دون إجابة. نأمل أن تستخدم دراستنا في التفكير السريري بفقدان الشهية العصبي من أجل فهم وعلاج أفضل لهذا المرض.

يبدو لنا أنه من المهم في المستقبل أن نركز جهودنا فيما هو قلب هذا المرض: التجربة وصورة الجسم فإنهما عنصران يظلان ضعيفين و هشّين رغم رعاية مهمة ومتعددة العوامل.

ويجب أن يكرّس الأخصائيون النفسيون جهودهم و جزء من عملهم، في رأينا، على هذا الاضطراب.

لكن السؤال هو كيف وبأي وسائل؟ على الرغم أن بعض الباحثين في الميدان قد شرعوا في إقامة بروتوكولات بالمقاربة الجسدية.

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران السانية

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي

فرع "علم النفس المرضي للطفل و المراهق و الإرشاد الأبوي"

**العلاج المعرفي السلوكي عند المراهقة التي تعاني من
فقدان الشهية العصبي**

دراسة إكلينيكية لحالتين

من إعداد : نجية ابن بصال

تحت إشراف: أ. بدرة معتصم-ميموني

أعضاء اللجنة:

د. كحلولة سعاد رئيسة اللجنة

أ. بدرة معتصم ميموني مقرر

د. جرادي العربي مناقش

د. فقيه العيد مناقش

السنة الجامعية 2010-2011