

GUIDE DE PRATIQUE POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES TROUBLES ALIMENTAIRES.

Goulet, J., Chaloult, L. et Ngô, T. L.

Document de travail, avril 2015

Jean Goulet avec la collaboration de Louis Chaloult et Thanh-Lan Ngô

RESUME

Ce guide de pratique s'applique surtout au traitement de la boulimie et de l'anorexie boulimie chez l'adulte. Des adaptations sont sans doute nécessaires auprès des plus jeunes, en particulier dans les cas d'anorexie restrictive. Il s'inspire principalement du protocole de thérapie cognitivo-comportementale de Fairburn et de son guide à l'intention des patients de même que du guide d'Agras et Apple. La structure générale de ce document respecte la même forme que celle des guides de pratique rédigés par le Dr Louis Chaloult.

([Fairburn, 2008](#))

([Fairburn, 2013](#))

([Agras & Apple, 2008](#))

([Apple & Agras, 2007](#))

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la compréhension et la thérapie cognitivo-comportemental (TCC) des troubles alimentaires. La présente version demeure toutefois un **document de travail**. Elle n'a pas la prétention d'être complète et elle peut faire l'objet de discussions, de corrections ainsi que de modifications futures. Les guides de Fairburn ([Fairburn, 2008, 2013](#)) et d'Agras ([Agras & Apple, 2008](#)) ([\(Apple & Agras, 2007\)](#)) ont été nos principales ressources bibliographiques.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult ([Chaloult, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008](#)) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et techniques de base de TCC.

Mentionnons particulièrement que l'anorexie restrictive «pure» à début précoce est traitée le plus souvent en pédopsychiatrie et que dans cette situation le présent guide de pratique ne peut vraisemblablement pas s'appliquer de façon intégrale et nécessiterait sans doute des adaptations importantes. Ces suggestions ont été faites en fonction d'une population adulte.

.....

À PROPOS DES AUTEURS

Jean Goulet est médecin psychiatre. Il pratique au département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et au département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Louis Chaloult est médecin psychiatre. Il pratique en bureau privé à la Polyclinique médicale Concorde, à Laval. Il a été professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal de 1980 à 2010.

Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous nos proches pour leur appui si précieux, de même que les professionnels qui ont eu la gentillesse de nous prodiguer leurs encouragements et leurs conseils.

Mentionnons : Howard Steiger psychologue (Chef, Programme des troubles de l'alimentation, Institut Douglas), Marie-Julie Cimon psychiatre (équipe PITCA CHUL du CHU de Québec) et Renée Leblanc, psychologue (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal).

Table des matières

Section 1 : Introduction	6
Section 2 : Évaluation de l'anorexie et de la boulimie.....	7
2.1 Critères diagnostiques du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)	7
2.1.1 Critères diagnostiques de l'anorexie.....	7
2.1.2 Critères diagnostiques de la boulimie	9
2.1.3 Critères diagnostiques du trouble hyperphagique boulimique	11
2.2 Signes et symptômes spécifiques à évaluer en plus de l'évaluation psychiatrique générale	13
2.3 Examens de laboratoire	15
2.4 Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation	16
2.4.1. Indice de masse corporelle.....	16
2.4.2. Eating Attitude Test (EAT 26)	16
2.4.3. Inventaire de Beck pour la dépression.....	16
2.4.4. Journal d'auto-observation	16
2.5 Indications d'hospitalisation.....	18
Section 3 : Traitement pharmacologique de l'anorexie et de la boulimie	19
Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental de l'anorexie et de la boulimie	20
Section 5 : Principales étapes du traitement cognitif comportemental de l'anorexie et de la boulimie	31
5.1 Quelques pièges à éviter	31
5.2 Évaluation	32
5.3 Psychoéducation et plan d'intervention.....	33
5.3.1 Expliquer le modèle	33
5.3.2 Présenter la conceptualisation personnalisée.....	34
5.3.3 Fixer des objectifs.....	34
5.3.4 Favoriser la motivation	35
5.3.5 Négociation du contrat thérapeutique	36
5.4 Médicaments si indiqués	38
5.5 Auto-observation.....	39
5.5.1 Journal d'auto-observation.....	39
5.5.2 Pesée hebdomadaire.....	40
5.6 Horaire alimentaire planifié.....	42
5.7 Bilan et planification des étapes subséquentes	45
5.8 Les déclencheurs d'accès boulimiques	46
5.9 L'importance exagérée accordée à la minceur, au poids et à son contrôle	49
5.9.1 L'importance exagérée accordée à la minceur et au poids	49
5.9.2 La surveillance et l'évitement de l'image corporelle (<i>body checking and avoidance</i>) ..	52
5.9.3 Le fait de se sentir gros	53
5.10 Règles et restrictions alimentaires.....	56
5.11 Terminaison et prévention des rechutes.....	58
5.11.1 Résumé de thérapie.....	58
5.11.2 Fiche de prévention des rechutes	58

5.11.3 Entrevues de consolidation.....	58
5.12 En cas d'anorexie : retour à un poids santé	59
5.12.1 La reprise de poids	59
5.12.2 Le maintien du poids	62
Section 6 : Déroulement du traitement.....	63
Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement.....	77
7.1 Indice de masse corporelle (IMC)	78
7.2 Courbe de poids	81
7.3 Eating Attitude Test (EAT 26)	85
7.4 Inventaire de Beck de dépression et inventaire de Beck anxiété.....	89
7.5 Journal d'auto-observation	94
7.6 Suivi de thérapie	97
7.7 Instructions pour l'horaire alimentaire planifié	99
7.8 Travail sur les déclencheurs d'accès boulimiques.....	102
7.9 Tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles	104
7.10 Grille d'auto-observation des exercices d'exposition	106
7.11 Fiche : Résumé de thérapie.....	108
7.12 Fiche de prévention des rechutes	110
7.13 Quelles sont les conséquences d'un poids trop bas?.....	113
7.14 Les avantages et les inconvénients	115
7.15 Fiche thérapeutique : « Mes motivations ».....	118
7.16 Conseils pour la famille et les proches	120
7.17 Ressources et groupes d'entraide	122
7.18 Manuel d'information destiné aux patients.....	124
1. Introduction	125
2. Comprendre.....	127
2.1 Qu'est-ce que la boulimie et le trouble hyperphagique boulistique?	127
2.2 Qu'est-ce que l'anorexie?	127
2.3 Comment expliquer les troubles alimentaires? (Le modèle cognitivo-comportemental des troubles alimentaires).....	128
3. Surmonter vos difficultés.....	136
3.1. Évaluation par le thérapeute	136
3.2. Bien comprendre les troubles alimentaires et leur traitement.....	136
3.3. Établissement d'un plan de traitement	136
3.4. Prescrire les médicaments si c'est indiqué	137
3.5. Auto-observation	137
3.6. Établissement d'un horaire alimentaire planifié	139
3.7. Les déclencheurs d'accès boulistiques	140
3.8. L'importance exagérée accordée à la minceur, au poids et à son contrôle	141
3.9. Règles et restrictions alimentaires.....	146
3.10. En cas d'anorexie : retour à un poids santé	147
3.11. Prévention des rechutes.....	150
Bibliographie	152

Section 1 : Introduction

Le traitement de l'anorexie et de la boulimie est un défi de taille, surtout lorsque le trouble alimentaire est associé à un trouble de la personnalité, ce qui n'est pas chose rare. Jusqu'au milieu des années 80, aucune étude contrôlée rigoureuse n'avait confirmé l'efficacité de quelque forme de psychothérapie que ce soit dans cette indication. Depuis lors, plusieurs études contrôlées et quelques études de suivi ont démontré que la thérapie cognitive comportementale (TCC) s'avère efficace, surtout dans le traitement de la boulimie (pour une brève revue du sujet voir ([Chaloult et al., 2008](#)), Ch. 10 ; p.152). Plusieurs revues de littérature systématisées ont statué que l'efficacité de la TCC a été démontrée de façon convaincante dans cette indication : NICE ([Wilson & Shafran, 2005](#)), Cochrane ([P. J. Hay, Bacaltchuk, & Stefano, 2004](#); [P. P. Hay, Bacaltchuk, Stefano, & Kashyap, 2009](#)). Malgré tout, il semble que la TCC n'arrive que rarement à ramener les patients à un niveau de rémission symptomatique total, c'est-à-dire comparable à celui des personnes n'ayant jamais souffert de cette condition.

Il existe aussi des données prometteuses, mais moins probantes en ce qui concerne le traitement de l'anorexie restrictive. Cette dernière semble particulièrement réfractaire lorsqu'elle est chronique. La TCC est également un traitement efficace de l'hyperphagie boulimique (*binge eating disorder*). Bref, ce type de thérapie est celui qui a le mieux fait ses preuves dans le traitement des troubles alimentaires. Mentionnons aussi qu'il y a des données prometteuses en ce qui concerne la thérapie interpersonnelle.

Section 2 : Évaluation de l'anorexie et de la boulimie

2.1 Critères diagnostiques du DSM-5 ([American Psychiatric Association, 2013](#))

2.1.1 Critères diagnostiques de l'anorexie

Anorexia Nervosa

Diagnostic Criteria

- A. Restriction of energy intake relative to requirements, leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. *Significantly low weight* is defined as a weight that is less than minimally normal or, for children and adolescents, less than that minimally expected.
- B. Intense fear of gaining weight or of becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.
- C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.

Coding note : The ICD-9_CM code for anorexia nervosa is **307.1**, which is assigned regardless of the subtype. The ICD-10-CM code depends on the subtype (see below).

Specify whether :

(F50.01) Restricting type : During the last 3 months, the individual has not engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas). This subtype describes presentations in which weight loss is accomplished primarily through dieting, fasting, and/or excessive exercise.

(F50.02) Binge-eating/purging type : During the last 3 months, the individual has engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).

Specify if :

In partial remission : After full criteria for anorexia nervosa were previously met. Criterion A (low body weight) has not been met for a sustained period, but either Criterion B (intense fear of gaining weight or becoming fat or behavior that interferes with weight gain) or Criterion C (disturbances in self-perception of weight and shape) is still met.

In full remission : After full criteria for anorexia nervosa were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.

Specify current severity :

The minimum level of severity is based, for adults on current body mass index (BMI) (see below) or, for children and adolescents, on BMI percentile. The ranges below are derived from World Health Organization categories for thinness in adults; for children and adolescents, corresponding BMI percentiles should be used. The level of severity may be increased to reflect clinical symptoms, the degree of functional disability, and the need of supervision.

Mild : BMI $\geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderate : BMI 16-16.99 kg/m^2

Severe : BMI 15-15.99 kg/m^2

Extreme : BMI $< 15 \text{ kg/m}^2$

2.1.2 Critères diagnostiques de la boulimie

Bulimia Nervosa

Diagnostic Criteria	307.51 (F50.2)
----------------------------	-----------------------

- A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following :
 - 1. Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most individuals would eat in a similar period of time under similar circumstances.
 - 2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).
- B. Recurrent inappropriate compensatory behaviors in order to prevent weight gain, such as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, or other medications; fasting; or excessive exercise.
- C. The binge eating and inappropriate compensatory behaviors both occur, on average, at least once a week for 3 months.
- D. Self-evaluation is unduly influenced by body shape and weight.
- E. The disturbance does not occur exclusively during episodes of anorexia nervosa.

Specify if :

In partial remission : After full criteria for bulimia nervosa were previously met, some, but not all, of the criteria have been met for a sustained period of time.

In full remission : After full criteria for bulimia nervosa were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.

Specify current severity :

The minimum level of severity is based on the frequency of inappropriate compensatory behaviors (see below). The level of severity may be increased to reflect other symptoms and the degree of functional disability.

Mild : An average of 1-3 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Moderate : An average of 4-7 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Severe : An average of 8-13 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Extreme : An average of 14 or more episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

2.1.3 Critères diagnostiques du trouble hyperphagique boulimique

Binge-Eating Disorder

Diagnostic Criteria	307.51 (F50.8)
---------------------	-----------------------

- A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following :
 - 1. Eating in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most people would eat in a similar period of time under similar circumstances.
 - 2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).
- B. The binge-eating episodes are associated with three (or more) of the following :
 - 1. Eating much more rapidly than normal.
 - 2. Eating until feeling uncomfortably full.
 - 3. Eating large amounts of food when not feeling physically hungry.
 - 4. Eating alone because of feeling embarrassed by how much one is eating.
 - 5. Feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty afterward.
- C. Marked distress regarding binge eating is present.
- D. The binge eating occurs, on average, at least once a week for 3 months.
- E. The binge eating is not associated with the recurrent use of inappropriate compensatory behavior as in bulimia nervosa and does not occur exclusively during the course of bulimia nervosa or anorexia nervosa.

Specify if :

In partial remission : After full criteria for binge-eating disorder were previously met, binge eating occurs at an average frequency of less than one episode per week for a sustained period of time.

In full remission : After full criteria for binge-eating disorder were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.

Specify current severity :

The minimum level of severity is based on the frequency of episodes of binge eating (see below). The level of severity may be increased to reflect other symptoms and the degree of functional disability.

Mild : 1-3 binge-eating episodes per week.

Moderate : 4-7 binge-eating episodes per week.

Severe : 8-13 binge-eating episodes per week.

Extreme : 14 or more binge-eating episodes per week.

2.2 Signes et symptômes spécifiques à évaluer en plus de l'évaluation psychiatrique générale

Le traitement d'un trouble alimentaire doit être précédé d'une histoire de cas médicale complète incluant la revue des systèmes et d'un examen physique attentif. Ce dernier permettra d'éliminer les autres causes possibles de perte de poids et d'évaluer les complications médicales potentielles du trouble alimentaire. Le suivi médical pendant le traitement est aussi généralement requis. Il est particulièrement important d'avoir accès à un suivi médical étroit pour les personnes dont le poids est en dessous du poids santé et s'il y a des comportements purgatifs. Ces sous-groupes sont à risque de complications médicales sérieuses, même en phase de réalimentation, tout thérapeute non-médecin devra s'assurer que ces patients seront suivis étroitement sur le plan médical.

On doit procéder à une évaluation psychiatrique complète. Cette évaluation doit être faite avec délicatesse et sensibilité, car plusieurs de ces patients se présentent avec une grande ambivalence face au traitement et une forte crainte d'être jugés. La rencontre des proches est souvent très utile.

Les aspects suivants constituent des éléments spécifiques d'évaluation ayant avantage à être abordés systématiquement chez les patients souffrant de troubles alimentaires.

1. Perception du patient concernant ses difficultés alimentaires, leurs origines et les facteurs qui le perpétuent
2. Histoire de la courbe du poids et de l'apparition des symptômes.
3. Image corporelle, estime de soi et relation entre ces deux éléments.
4. Réaction lors des prises et des pertes de poids.
5. Symptomatologie détaillée (fréquence, durée, sévérité...)
 - Habitudes alimentaires (journée type, « bonne journée », « mauvaise journée »)
 - Diète
 - Jeûne
 - Exercices excessifs
 - Vomissements
 - Médicaments : lavements, laxatifs, diurétiques, coupe-faim, ipéca...
6. Épisodes de boulimie : facteurs déclenchants, fréquence, type et quantité de nourriture ingérée, rapidité d'ingestion, lieux, émotions, pensées et comportements suite à l'épisode.

7. Autres comportements particuliers : rituels, pesées, achats impulsifs de nourriture, façon habituelle de s'alimenter (lieux, type d'aliments, autres activités concomitantes, vitesse d'ingestion, personnes présentes...), évitements (aliments, vêtements, miroirs), observation du corps ou *body checking*.
8. Menstruations.
9. Complications médicales : faiblesse, fatigue, frilosité, perte de conscience, convulsions, myoclonies, oedèmes, dyspnée, palpitations, troubles digestifs, constipation, hématémèse, méléna, usure de l'émail dentaire, hypertrophie des glandes salivaires, lanugo, perte de cheveux, sécheresse de la peau, acrocyanose...
10. Atteinte du fonctionnement : études, travail, relations interpersonnelles, amitiés, relations amoureuses, sexualité...
11. Autres diagnostics associés : un trouble dépressif majeur, un trouble obsessionnel compulsif, un trouble de la personnalité, un abus ou une dépendance à l'alcool ou à d'autres substances. Si une de ces pathologies est présente, bien la documenter.
12. La dangerosité, en particulier le risque suicidaire
13. Les antécédents familiaux de troubles alimentaires et d'obésité de même que les valeurs familiales concernant l'alimentation, le poids et l'image corporelle.
14. Qu'est-ce que le patient attend du traitement?
15. Quelles sont les difficultés qui dérangent le plus le patient
16. N.B. Il est très important de peser le patient. La plupart d'entre eux sont très réticents à se faire peser. Nous suggérons d'y aller avec beaucoup de tact et en expliquant bien l'importance centrale de la pesée régulière (nous y reviendrons). À ce stade, il est acceptable de permettre au patient de ne pas prendre connaissance de son poids. Nous suggérons cependant de procéder à la prise de poids dès la première entrevue, car cela devient souvent de plus en plus difficile par la suite.

2.3 Examens de laboratoire

EXAMENS SUGGÉRÉS	ANOMALIES POSSIBLES
Signes vitaux	Hypotension, légère hypothermie
ECG	Bradycardie, allongement du QTc, arythmies
FSC	Anémie, leucopénie, thrombocytopénie
Bilan ionique	Hypokaliémie, hypochlorémie, hyponatrémie
Protéinémie	↓
Urée, créatinine	↑
Magnésium, phosphate	↓
Endocrino	FSH↓, LH↓, T3↓, cortisol ↑
Ostéodensitométrie (anorexie)	Densité osseuse ↓ (ne répond pas toujours entièrement à la réalimentation)

Consultations au besoin :

Gastroentérologie, endocrinologie, diététique...

2.4 Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation

2.4.1. Indice de masse corporelle

Il est important de disposer d'un pèse-personne et d'une toise pour l'évaluation et le suivi de ces patients. Prenez une mesure du poids et de la taille et calculez l'indice de masse corporelle (IMC) : poids (kg) ÷ (taille (m))² = IMC (kg/m²). Vous pouvez aussi rapporter le poids et la taille sur l'échelle servant à faire l'évaluation de l'IMC (voir section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement).

Vous pouvez, sur la même échelle, utiliser un crayon d'une autre couleur pour tracer deux traits pointant la taille du patient et les IMC de 20 et 25, ce qui détermine la fenêtre de poids santé à la ligne B (voir exemple section 7.1). Il existe aussi de nombreux logiciels gratuits permettant d'effectuer ces calculs (par exemple le *BMI tool* d'*Epocrates* : <https://itunes.apple.com/us/app/bmi-tool-by-epocrates/id380412850?mt=8>).

Vous pouvez ensuite reporter cette même fenêtre de poids santé sur le graphique intitulé : « courbe de poids » que vous retrouverez à la section 7.2 (voir aussi l'exemple). Pour le suivi du poids par la suite, voir la section 5.5.2 : Pesée hebdomadaire.

2.4.2. Eating Attitude Test (EAT 26)

Le EAT 26 ([Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982](#); [Mintz & O'Halloran, 2000](#)) est un questionnaire de dépistage auto administré largement utilisé et traduit en français ([Leichner, Steiger, Puentes-Neuman, Perreault, & Gottheil, 1994](#)). Vous trouverez l'échelle, les instructions et les normes à la section 7.3.

2.4.3. Inventaire de Beck pour la dépression

Plusieurs autres échelles peuvent être utilisées selon les symptômes associés (dépressifs, anxieux, traits de personnalité...). Nous suggérons l'utilisation systématique d'une échelle de dépression (Inventaire de Beck pour la dépression, section 7.4).

2.4.4. Journal d'auto-observation

Le journal d'auto-observation est un outil extrêmement utile pour établir la ligne de base des comportements alimentaires. Il est souvent difficile de bien compléter un journal d'auto-observation et ceci constitue en soi un objectif thérapeutique important. Pour cette raison, nous

discuterons de ce sujet de façon plus détaillée à la section 5.5.1. Vous pouvez retrouver un modèle de journal d'auto-observation section 7.5.

2.5 Indications d'hospitalisation

1. Si le poids de la personne est inférieur à 70 % du poids attendu (IMC < 14) surtout si la perte de poids a été rapide et récente.
2. Bradycardie, pouls < 40 ou QTc élevé.
3. Hypokaliémie sévère ou autres déséquilibres électrolytiques importants.
4. Dépression avec risque suicidaire.
5. Crise familiale importante.
6. Échec du traitement externe.

Conduites à tenir à la salle d'urgence¹	
Bradycardie:	
• FC < 40:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Admission pour télémétrie
• FC >40; IMC <13; symptomatique (étourdissement, faiblesse, syncope):	<ul style="list-style-type: none"> ○ Admission
• FC >40; IMC >13; symptomatique (étourdissements, faiblesse, syncope):	<ul style="list-style-type: none"> ○ Considérer l'admission si le contexte médical le justifie (perte de poids rapide et toujours en cours, purges sévères, QTc allongé, déséquilibres électrolytiques).
Changements orthostatiques (Pression artérielle diminue ≥ 20 Pouls augmente ≥ 20):	
• Symptomatique (étourdissements, syncope):	<ul style="list-style-type: none"> ○ Correction des déséquilibres électrolytiques et réhydratation prudente, si cliniquement indiquées (c.-à-d. purges sévères). Une fois stabilisé, considérer l'admission si le contexte clinique le justifie (bradycardie, faible poids, perte de poids rapide et persistante, purges sévères, QTc allongé, déséquilibres électrolytiques).
• Asymptomatique:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Considérer l'admission si le contexte clinique le justifie (bradycardie, faible poids, perte de poids rapide et persistante, purges sévères, QTc allongé, déséquilibres électrolytiques).

¹ Programme des Troubles de L'alimentation de L'institut Douglas : **LIGNES DIRECTRICES POUR L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'ANOREXIE MENTALE GRAVE**

GUIDE DE PRATIQUE POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES TROUBLES ALIMENTAIRES.

Goulet, J., Chaloult, L. et Ngô, T. L.

Section 3 : Traitement pharmacologique de l'anorexie et de la boulimie

Dans l'anorexie restrictive, l'efficacité des antidépresseurs n'est pas démontrée. Les médicaments ne constituent pas un traitement de première ligne dans cette indication. La priorité doit être donnée à la réalimentation et la psychothérapie ([Flament, Bissada, & Spettigue, 2012](#)). Dans les cas où la thérapie et la réadaptation ne donnent pas les résultats escomptés, on prescrit parfois l'olanzapine qui semble pouvoir aider la prise de poids.

Par contre dans la boulimie, des études contrôlées ont démontré l'efficacité de certains antidépresseurs. La fluoxétine à des doses de 60 mg par jour sera généralement considérée comme le premier choix. Une dose de 20 mg de fluoxétine ne semble pas supérieure au placebo dans cette indication. Les antidépresseurs tricycliques semblent efficaces dans le traitement de la boulimie, mais leur profil d'effets secondaires est généralement moins favorable, en particulier dans cette population à risque de déséquilibres électrolytiques et d'arythmies. Pour la même raison, on ne recommande pas l'usage du bupropion. Les ISRS, en particulier la sertraline, semblent efficaces dans le traitement du trouble hyperphagique boulimique et constituent généralement un premier choix sur le plan pharmacologique. On s'entend généralement pour reconnaître que les médicaments ont une efficacité modérée, mais significative, et qu'ils doivent être considérés lors de l'établissement d'un plan de traitement global de la boulimie. Le topiramate, lorsqu'il est toléré peut possiblement favoriser la perte de poids lorsque le trouble alimentaire est associé à de l'obésité. ([Aigner, Treasure, Kaye, & Kasper, 2011](#); [Flament et al., 2012](#); [Mitchell, Roerig, & Steffen, 2013](#))

La thérapie cognitive comportementale (TCC) a été démontrée efficace de façon plus claire dans le traitement de la boulimie.

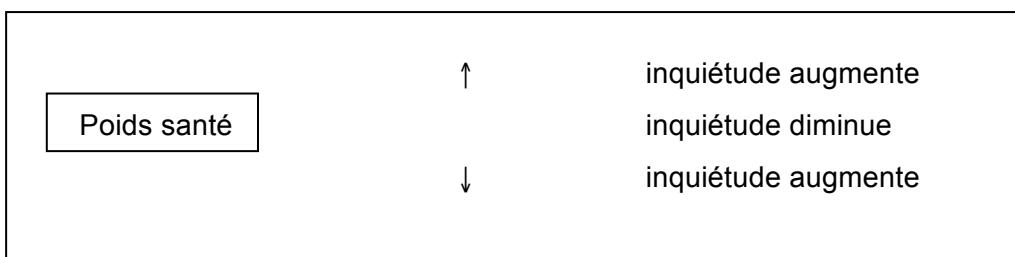
Les médicaments psychotropes peuvent aussi être utilisés pour traiter des pathologies psychiatriques associées : dépression majeure, TOC, psychose, etc.

Il est parfois indiqué de prescrire des multi vitamines, de la thiamine, du potassium, du calcium, du magnésium ou du zinc. Le médecin qui fait l'évaluation et le suivi des conséquences médicales du trouble alimentaire pourra faire des recommandations appropriées à chaque patient.

Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental de l'anorexie et de la boulimie

Fonctionnement normal de l'alimentation

L'alimentation est normalement gérée de façon automatique par la faim et la satiété dans le but de maintenir l'homéostasie du corps humain. Ainsi l'équilibre spontané entre la faim et la satiété procure un apport de nutriments variés et en quantités suffisantes pour maintenir de façon optimale la forme physique et la santé. Habituellement, l'anxiété augmentera lorsque le poids de l'individu s'éloigne du poids santé, que ce soit par prise de poids ou par perte de poids excessive ce qui favorise aussi le maintien de l'équilibre.



L'organisme est programmé pour réagir aux périodes de famine par une plus grande propension à accumuler des réserves de graisse lorsque l'abondance de nourriture revient. Plus les périodes de famine sont intenses et fréquentes, plus cette tendance s'accentue.

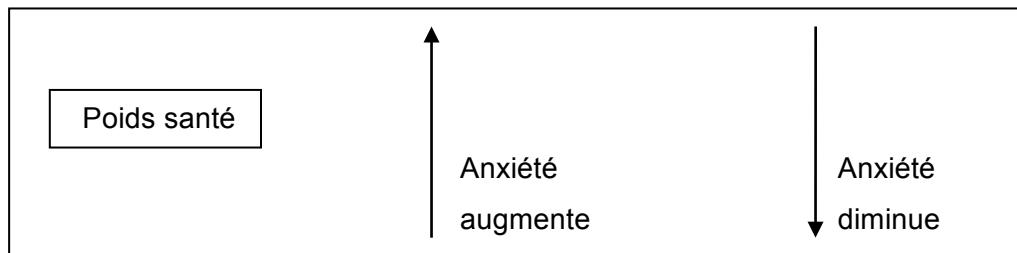
On constate donc, à l'image du sommeil, de la digestion ou de la respiration, que l'alimentation est conçue pour bien s'ajuster de façon automatique.

Les facteurs prédisposants

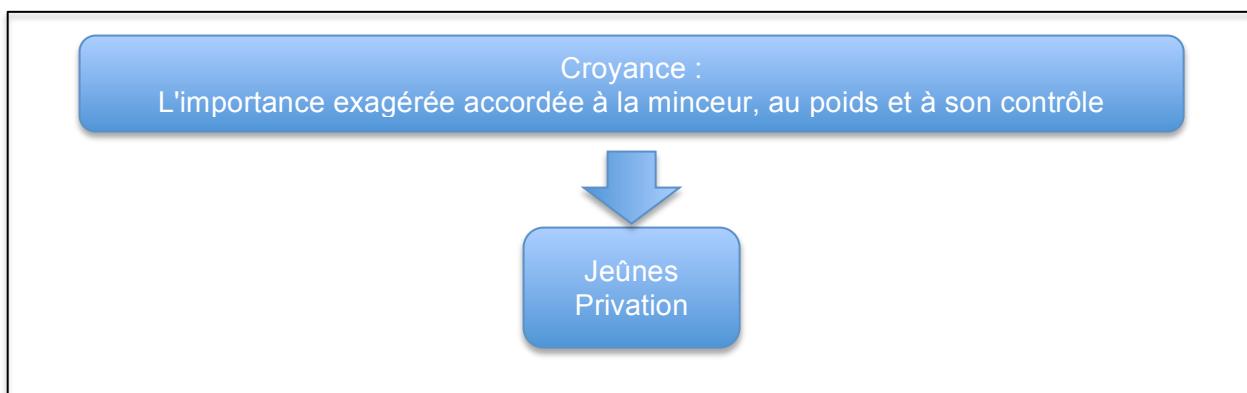
Les facteurs biologiques, psychologiques et relationnels qui prédisposent à l'apparition des cercles vicieux décrits ci-dessous, sont complexes et varient de façon importante d'une personne à l'autre. Il y aura lieu de bien les évaluer et d'en tenir compte lorsqu'on présente le modèle au patient et lors de l'élaboration d'un plan de traitement individualisé.

L'importance exagérée accordée à la minceur, du poids et de son contrôle

L'importance exagérée accordée à la minceur, du poids et de son contrôle est l'élément central de la conceptualisation cognitive comportementale des troubles alimentaires. Le poids prenant une importance démesurée, tout gain pondéral générera une anxiété excessive, et ce même lorsque le poids est bas.



Cette importance démesurée accordée au poids et l'anxiété qui en découle incitent la personne à tenter d'exercer un contrôle volontaire sur son poids, ce qui génère une perte de sensibilité aux signaux de faim et de satiété et une rupture de l'équilibre naturel. La personne qui est convaincue que sa valeur dépend de son apparence physique et de sa minceur voudra tout faire pour contrôler son poids et son alimentation par des jeûnes, des régimes drastiques ou des règles alimentaires rigides et deviendra ainsi une candidate aux troubles alimentaires.



Les facteurs prédisposants qui mènent à cette croyance sont très variables d'un patient à l'autre (doute de soi, besoin de contrôle...).

Qu'est-ce qu'un accès boulimique?

L'accès boulimique est caractérisé par l'ingestion rapide d'une quantité importante de nourriture souvent riche en glucides et en lipides et est associé à un sentiment de perte de

contrôle. Au niveau des émotions, un sentiment initial de soulagement fait rapidement place à un mélange de dégoût, de culpabilité et d'autodépréciation. On peut parfois observer des symptômes dissociatifs lors des épisodes boulimiques. Si c'est le cas, on a avantage à expliquer au patient de quoi il s'agit.

Certaines personnes éprouvent exactement les mêmes sensations lors de l'ingestion de quantité relativement normale de nourriture. On peut alors parler de boulimie subjective.

Les déclencheurs des accès boulimiques

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à déclencher des accès boulimiques. Voici les plus courants : des événements ou des émotions désagréables, le non-respect d'une règle alimentaire (trop rigide), l'inactivité, la solitude et surtout le jeûne.

Il est primordial de bien saisir que la boulimie est en fait une réponse normale au jeûne. Pour bien illustrer ce point, on peut expliquer au patient que des accès boulimiques ont été observés assez fréquemment chez les personnes qui venaient d'être libérées de camps de concentration où elles avaient été privées de nourriture.

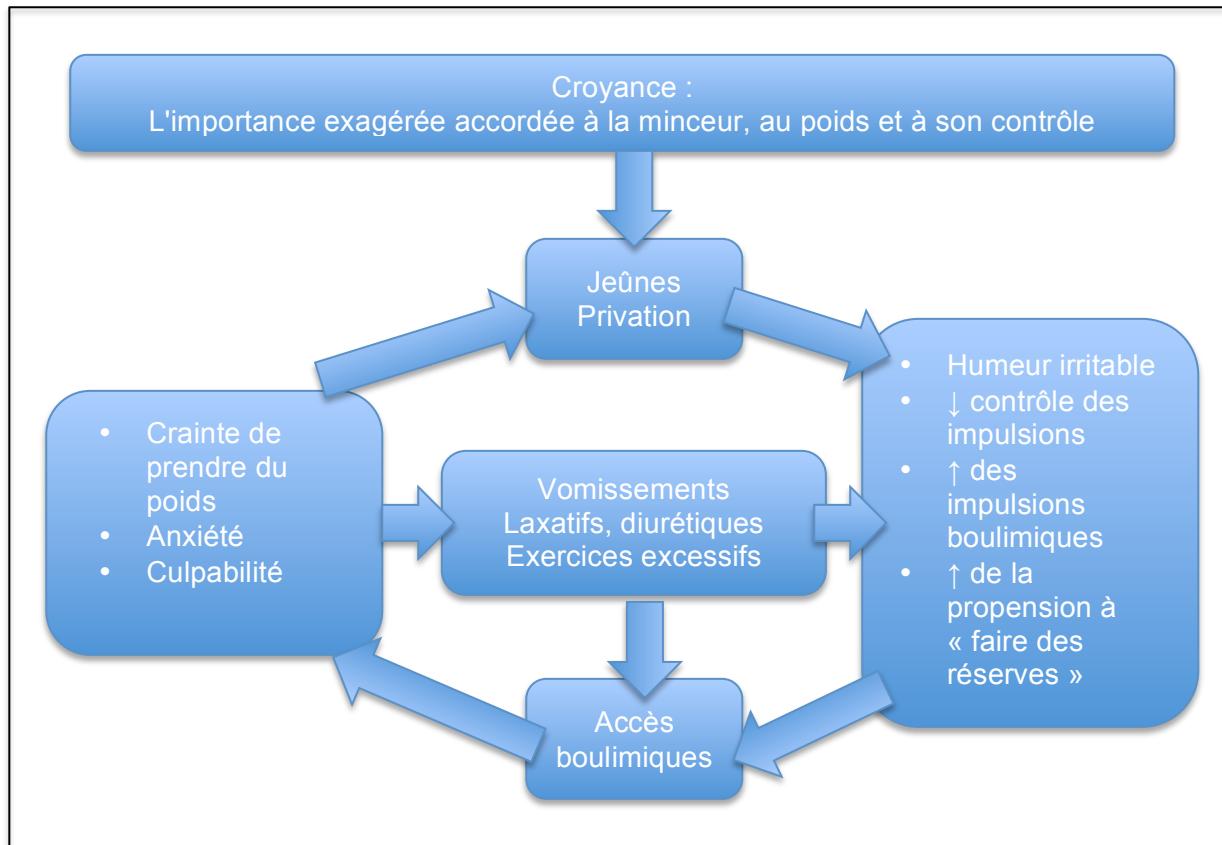


En conséquence, au cours de la thérapie l'accent sera mis sur l'arrêt de ces périodes de jeûne et de privation de même que sur l'assouplissement des règles alimentaires plutôt que sur une tentative effrénée de contenir directement les accès boulimiques.

Effets des «diètes sévères», des restrictions alimentaires, des jeûnes et de la maigreur excessive

On explique les effets sur la santé, la mémoire, la concentration et l'humeur des restrictions alimentaires. L'étude de famine du Minnesota ([Keys, Brožek, Henschel, Mickelsen, & Taylor, 1950](#)) a démontré que lorsqu'on impose une famine à des personnes saines, elles deviennent plus irritable, perdent leurs intérêts, socialisent moins et leurs préoccupations deviennent centrées sur la nourriture. Un des effets les plus pernicieux de la privation est l'apparition de pensées intrusives à propos de la nourriture qui peut conduire à une prise de poids plus importante que le total poids perdu. En effet, suite à un jeûne, il est naturel pour l'organisme de chercher à faire des réserves plus importantes pour résister aux périodes de disette.

Dans le cas des boulimies, le jeûne diminue le contrôle des impulsions et augmente les impulsions boulimiques. Ces boulimies provoquent initialement un soulagement de cette tension. Ce soulagement contribue à augmenter la probabilité de voir la boulimie se répéter. Dans un deuxième temps apparaissent généralement la culpabilité et la crainte de reprendre du poids. Ces émotions viennent augmenter la probabilité de jeûnes, de vomissements ou de purgations. Ces comportements compensatoires diminuent le contrôle des impulsions et accentuent les impulsions boulimiques. L'ensemble crée un cercle vicieux qui perpétue le trouble alimentaire.



Dans le cas de l'anorexie restrictive, le début de la maladie est souvent plus précoce. L'importance du contrôle sur l'alimentation, sur l'environnement et même sur le plan interpersonnel est souvent plus marquée que dans la boulimie.

Les effets néfastes de la sous-alimentation sont nombreux et touchent toutes les sphères de fonctionnement de la personne. Plusieurs de ces effets contribuent à générer un cercle vicieux qui l'enferme dans ses difficultés. Voici les principaux :

EFFETS DE LA SOUS-ALIMENTATION*

- Effets psychologiques
 - Pensées : Pensées rigides, concentration plus difficile. L'alimentation devient obsédante et les autres intérêts sont souvent restreints.
 - Émotions : Plus de tristesse et d'irritabilité.
 - Comportements : Comportements plus rigides et rituels en particulier autour de l'alimentation. Moins de spontanéité.
- Effets sociaux : Isolement social.
- Effets sur le corps
 - Cœur et circulation : Ralentissement du rythme cardiaque, baisse de la tension artérielle, étourdissements, faiblesse. Dans certains cas, on peut même observer des troubles du rythme cardiaque qui peuvent être mortels.
 - Sexualité, hormones : Diminution des hormones sexuelles, de la libido et arrêt des menstruations.
 - Os : Risque plus élevé d'ostéoporose et de fractures.
 - Système digestif : Les intestins ralentissent et l'estomac met plus de temps à se vider ce qui explique la sensation de ballonnement.
 - Muscles : Faiblesse musculaire.
 - Peau, cheveux : Apparition de duvet, perte de cheveux, sécheresse de la peau.
 - Température : Frilosité.
- Ces informations sont basées sur des données scientifiques obtenues dans le cadre de recherches portant sur les personnes souffrant de famines, de manque de nourriture et même d'expériences où des volontaires ont été privés de nourriture.

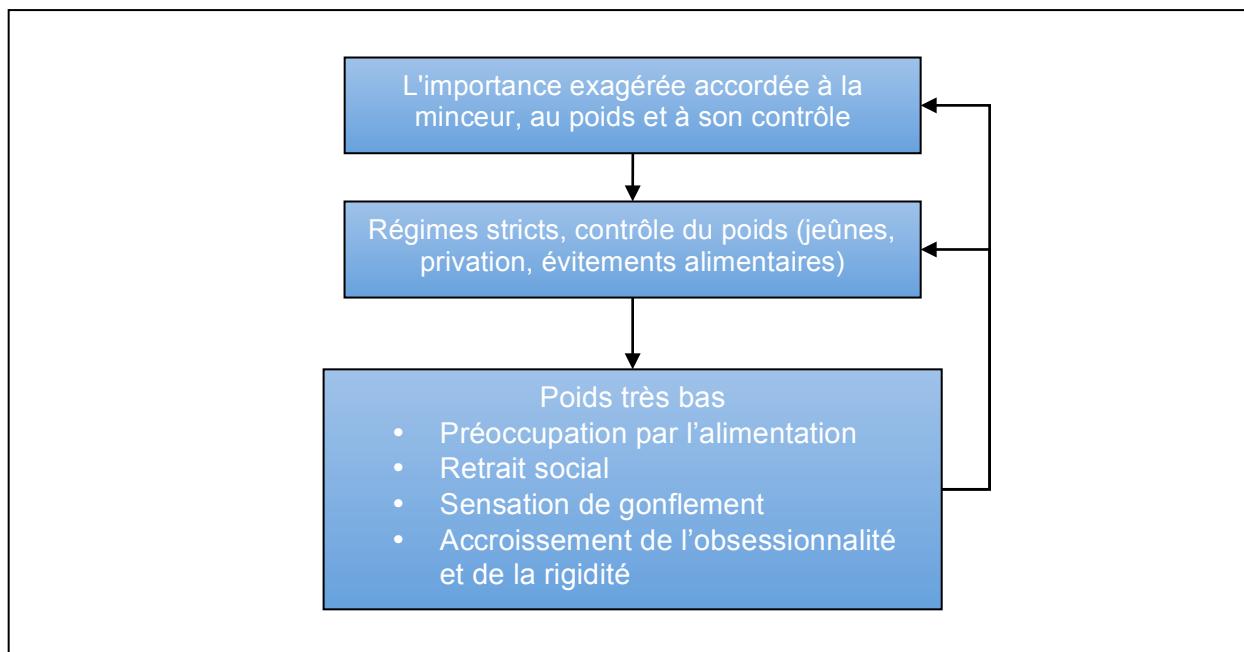
Ces informations peuvent être remises par écrit et expliquées aux patients qui souffrent d'anorexie. Elles se retrouvent dans le texte intitulé : « Quelles sont les conséquences d'un poids trop bas? » à la section 7.13.

Les attitudes, les croyances et les distorsions de l'image de soi deviennent de plus en plus rigides, accentuant la perte de poids au point parfois de mettre la vie de la personne en danger. La concentration est plus difficile. Les pensées à propos de l'alimentation, du poids et de la nourriture deviennent de plus en plus envahissantes, ce qui a souvent pour effet de

restreindre les autres champs d'intérêt. L'humeur devient plus maussade ou irritable. Ces changements liés à l'anorexie étant graduels et survenant souvent à la puberté ou à l'adolescence, il est difficile de distinguer ce qui relève de la personnalité de ce qui représente des conséquences de l'anorexie.

L'anorexie provoque aussi un ralentissement de la vidange gastrique, ce qui induit une sensation de ballonnement qui suit la prise de nourriture. Cette sensation désagréable contribue à diminuer l'apport de nourriture et à accentuer le cercle vicieux.

La sous-alimentation peut aussi provoquer plusieurs autres problèmes parfois bénins, mais parfois graves : fatigue, sensibilité au froid, évanouissements, ostéoporose, faiblesse musculaire, anémie, oedèmes, aménorrhée, diminution de la libido, infertilité, problèmes cardiaques, perte de cheveux, sécheresse de la peau, présence de lanugo (duvet), constipation...



Ce sont les raisons pour lesquelles la sous-alimentation est une priorité dans le traitement de l'anorexie.

Effets des vomissements induits, abus de laxatifs ou diurétiques

Les vomissements permettent de soulager la tension psychologique et la sensation de «ballonnement» qui suit la prise d'aliments. Ils procurent effectivement un soulagement

immédiat, mais ce dernier sert de renforcement au cercle vicieux des troubles alimentaires. Soulignons qu'ils ne sont d'ailleurs pas très efficaces pour empêcher l'absorption de nourriture, car la recherche scientifique nous a démontré que même lorsqu'ils suivent immédiatement un accès boulimique, environ la moitié de la nourriture est absorbée.

Mentionnons aussi que les vomissements répétés de façon prolongée peuvent provoquer des conséquences graves comme des saignements importants au niveau de l'œsophage, des débalancements électrolytiques importants, qui, à leurs tours, peuvent induire des convulsions ou des troubles du rythme cardiaque. Ces conséquences peuvent mettre la vie du patient en danger. Les vomissements peuvent aussi user l'émail dentaire, phénomène qui est accentué lorsqu'on se brosse les dents en présence d'acide gastrique, immédiatement après le vomissement. Il faut donc éviter de se brosser les dents à ce moment. Il est préférable de rincer la bouche à l'eau claire.

L'usage abusif de laxatifs entraîne souvent de la constipation chronique. De plus, les laxatifs, lavements et diurétiques peuvent aussi provoquer des débalancements électrolytiques.

Les laxatifs n'ont presque pas d'effet sur l'absorption des calories et les diurétiques n'ont aucun effet sur l'alimentation. Ces derniers diminuent le poids de façon artificielle et temporaire en favorisant l'élimination d'eau. Ils sont donc totalement inefficaces pour contrôler le poids.

Autres facteurs impliqués dans le cercle vicieux

Le patient très préoccupé par son poids en viendra souvent à adopter plusieurs autres comportements qui contribueront à perpétuer le trouble alimentaire. La pesée constitue souvent un enjeu important. Certains patients se pèsent de façon excessive (jusqu'à plusieurs fois par jour) alors que d'autres évitent complètement de se peser. Les premiers accordent une importance démesurée au moindre changement de poids ce qui augmente l'anxiété. Les seconds n'ont plus de repères objectifs et doivent se fier à leurs impressions qui sont par définition distordues et entretiennent les fausses croyances.

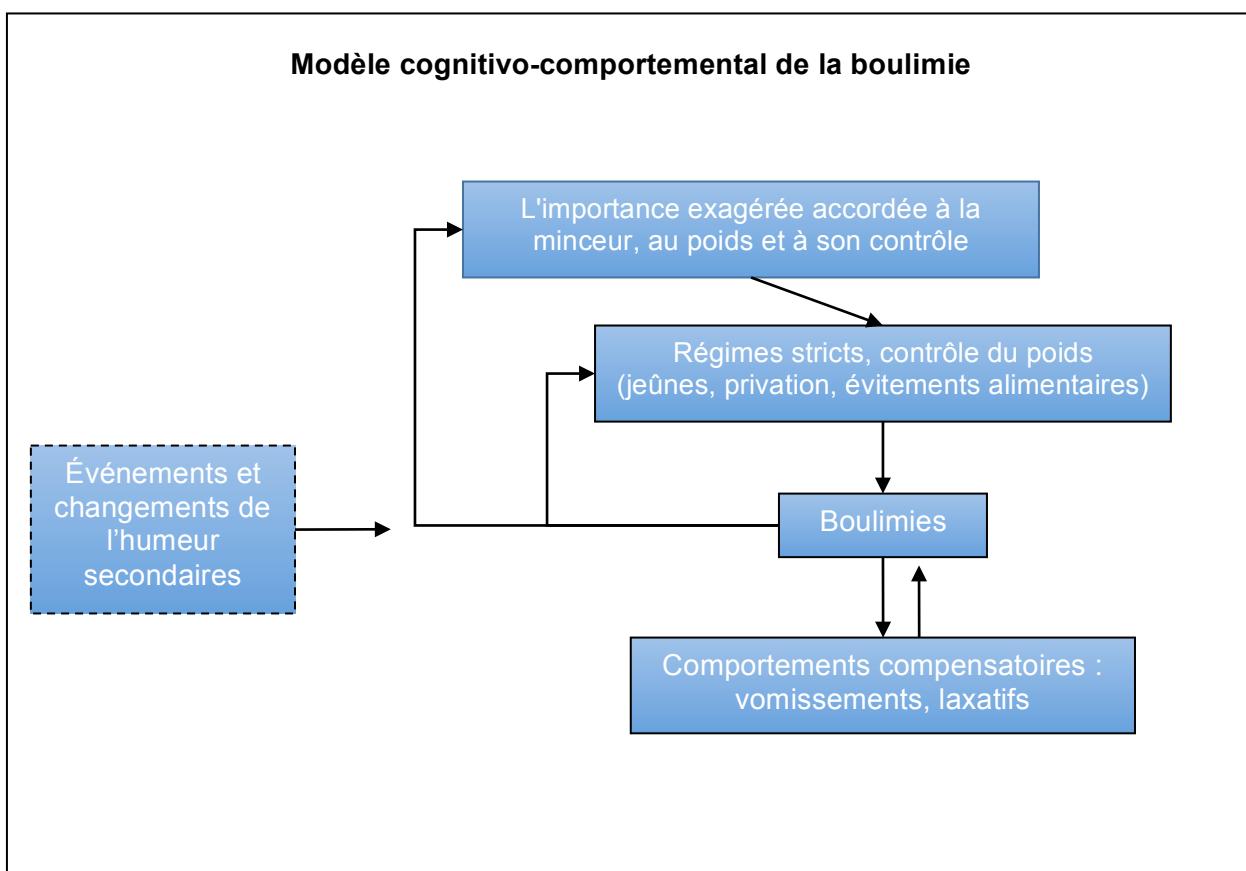
À ceci s'ajoutent souvent des comportements d'évitement par rapport à certains types de nourriture et à certains types de vêtements. Certaines personnes vont même aller jusqu'à éviter de se regarder dans le miroir. Il arrive aussi qu'au contraire, elles surveillent de façon excessive certaines parties de leur corps qu'elles n'aiment pas (*body checking*).

On note aussi une perte de confiance face aux signaux de faim et de satiété parfois même une perte de conscience de ces signaux naturels. Le patient s'en remet alors à «sa

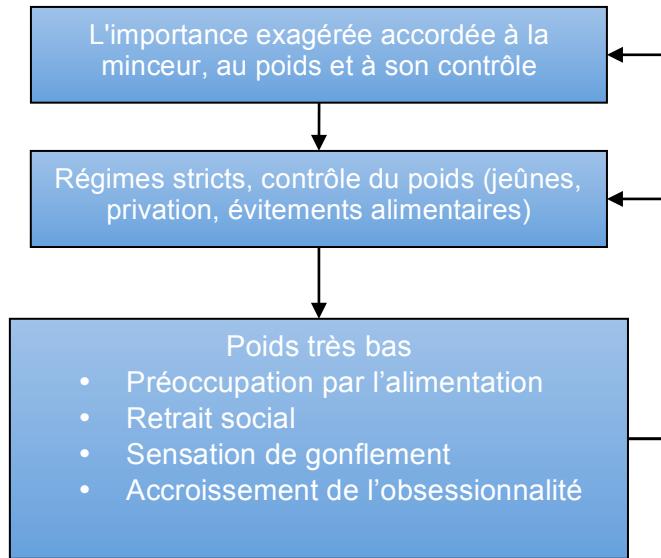
logique» pour «calculer» ce qu'il peut manger, ce qui ne fait qu'augmenter sa préoccupation concernant la nourriture. On retombe ainsi dans le cercle vicieux mentionné précédemment.

Modèle intégratif de Fairburn

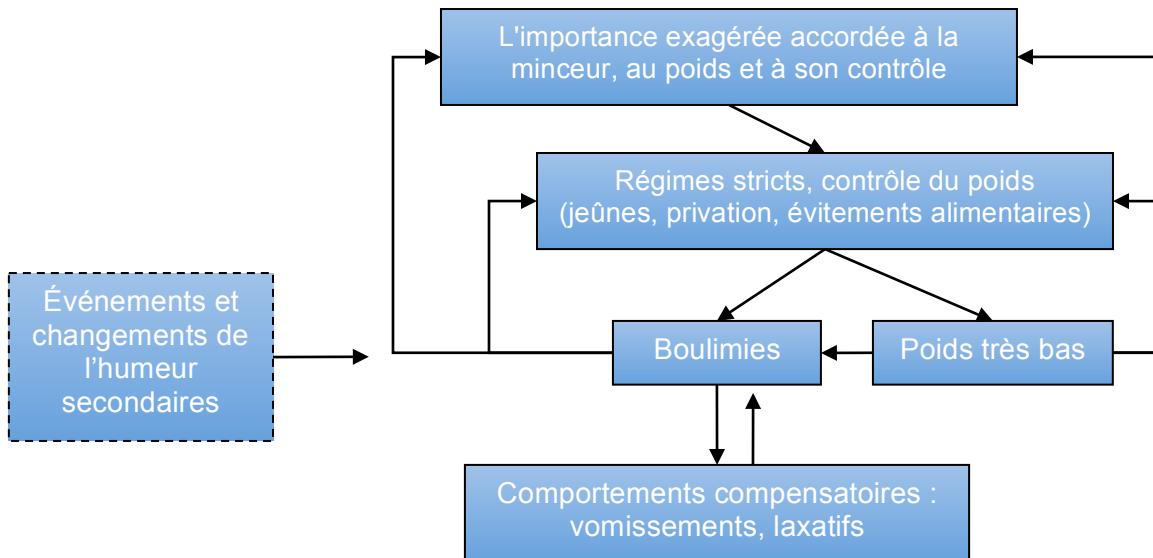
Fairburn ([Fairburn, 2008](#)) fait valoir qu'il existe un continuum entre les différents diagnostics de troubles alimentaires. Près de la moitié d'entre eux seraient en fait des troubles alimentaires non spécifiés. Il suggère en conséquence un modèle « transdiagnostique » où le facteur commun est L'importance exagérée accordée à la minceur, du poids et de son contrôle. Voici les schémas qu'il propose pour la boulimie, l'anorexie et la conceptualisation intégrée des troubles alimentaires.



Modèle cognitivo-comportemental de l'anorexie



Modèle cognitivo-comportemental « transdiagnostique »



Le modèle cognitivo-comportemental des troubles alimentaires tel qu'expliqué aux patients se retrouve à la section 5.3.1 et dans le manuel du patient à la section 7.1

Section 5 : Principales étapes du traitement cognitif comportemental de l'anorexie et de la boulimie

5.1 Quelques pièges à éviter

Le traitement de l'anorexie et de la boulimie n'est pas toujours facile et présente de nombreux pièges dont le thérapeute a intérêt à être conscient. En voici quelques-uns :

Trop en faire. Il vaut mieux utiliser un nombre restreint d'outils qui seront bien choisis en fonction des besoins du patient et appliqués avec soin. Fairburn nomme cela le principe de parcimonie.

1. Se précipiter. Le patient et/ou le thérapeute passent à une étape subséquente avant d'avoir bien maîtrisé la précédente. Il vaut mieux être assuré de la bonne maîtrise d'une étape avant de passer à la suivante, car elles sont généralement liées les unes aux autres et souvent dans un ordre logique.
2. Dévier de son objectif. Le thérapeute doit être souple et capable de renégocier le contrat thérapeutique lorsqu'il se rend compte qu'il travaille sur un objectif non prioritaire. Cependant, l'erreur inverse, qui consiste à passer d'un problème à un autre de façon rapide sans terminer le travail, est beaucoup plus courante. Si l'importance relative des différents problèmes et les objectifs n'ont pas changé de façon importante, il est généralement préférable de maintenir le cap.

Les étapes ci-dessous devront être modifiées en présence d'anorexie. Ces modifications sont présentées à la section 5.12.

5.2 Évaluation

L'évaluation se fait selon les paramètres mentionnés à la section 2 incluant l'évaluation clinique, les examens de laboratoire, l'indice de masse corporelle et les échelles pertinentes. La ligne de base et l'évaluation détaillée des comportements alimentaires seront complétées avec l'aide du journal d'auto-observation. Ce dernier sera introduit après la présentation des éléments psychoéducatifs.

En cours d'évaluation, on bâtit aussi une conceptualisation cognitivo-comportementale longitudinale et transversale personnalisée (section 5.3.2).

5.3 Psychoéducation et plan d'intervention

5.3.1 Expliquer le modèle

La discussion portera une plus grande attention aux facteurs qui maintiennent le trouble alimentaire qu'à ceux qui l'auraient engendré. Ces facteurs appelés facteurs perpétuants amènent le patient à mieux comprendre de quelle façon il s'est retrouvé prisonnier d'un cercle vicieux. Ces explications lui permettent d'adopter une position d'observateur et de diminuer sa culpabilité sans pour autant le déresponsabiliser.

Mentionnons qu'il est souvent utile de donner de l'information à la famille et aux proches. Ils peuvent offrir un soutien précieux, mais doivent éviter de porter le traitement sur leurs épaules et tenter d'exercer un contrôle sur le patient. Il sera important d'avoir l'accord du patient sur la pertinence de cette rencontre et ses conseils sur la façon d'aborder ses proches.

Vous trouverez quelques conseils sur la façon d'agir si un de nos proches souffre d'un trouble alimentaire. Ces suggestions proviennent du programme des troubles de l'alimentation de l'institut universitaire en santé mentale Douglas: <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation-conseils-famille> et se retrouvent à la section 7.16.

Vous pourrez présenter le modèle qui se trouve à la section 4 et dans le manuel destiné aux patients. Prenez soin de personnaliser et d'adapter vos explications à chaque patient et de lui permettre de préciser dans quelle mesure le modèle général s'applique à son cas particulier.

Effet du traitement sur le poids

Les personnes souffrant d'un trouble alimentaire sont généralement très préoccupées par l'effet du traitement sur leur poids. Cette inquiétude est souvent un des principaux obstacles thérapeutiques.

Les recherches ont pourtant démontré que la plupart des patients boulimiques traités efficacement ne prennent pas de poids. Lorsque le poids est élevé, on peut même s'attendre à une légère perte de poids. Par contre, lorsque le poids est trop bas et a fortiori s'il y a anorexie, la prise de poids est non seulement attendue, mais essentielle au succès thérapeutique. On peut toutefois rassurer ces patients, car lorsque les étapes très progressives du traitement sont respectées, la perte de contrôle avec évolution vers l'obésité ne se produit pas.

Autres sources d'informations

Le manuel d'information destiné au patient (section 7.18) a été créé spécifiquement pour vous aider à cette étape.

Lorsque le patient souffrant de boulimie présente une bonne aptitude à la lecture et qu'il lit l'anglais, nous recommandons chaleureusement la lecture du livre «*Overcoming Binge Eating*» ([Fairburn, 2013](#)). Il est alors souhaitable de suggérer les chapitres spécifiquement reliés à l'étape de traitement à laquelle vous en êtes rendu. Le guide de Apple et Agras est aussi excellent ([Apple & Agras, 2007](#)).

On peut aussi suggérer d'autres livres : « Surmonter la boulimie » ([Cooper, 2013](#)) pour les patients boulimiques qui ne lisent pas l'anglais et « Comment sortir de l'anorexie? » ([Simon & Nef, 2002](#)) pour les patients anorexiques. Il existe aussi des dépliants et des groupes d'entraide (voir références pour les troubles alimentaires à la section 7.17).

5.3.2 Présenter la conceptualisation personnalisée

Une conceptualisation cognitivo-comportementale personnalisée pourra être élaborée conjointement avec le patient. Elle servira ensuite de base pour présenter les étapes de traitement élaborées en fonction de cette conceptualisation et des objectifs spécifiques. Le patient qui connaît les étapes du traitement et comprend le lien entre ces étapes et les objectifs qu'il vise sera généralement beaucoup plus motivé.

5.3.3 Fixer des objectifs

Nous invitons le patient à réfléchir aux objectifs qu'il souhaite atteindre. Les principes généraux se retrouvent dans ([Chaloult et al., 2008](#)) p.167. Cet exercice peut être débuté en séance, puis poursuivi en travail à domicile pour finalement conclure à la séance suivante. C'est à la lumière de ces objectifs, des résultats de l'évaluation et de la conceptualisation personnalisée que le patient et son thérapeute pourront créer un plan de traitement individualisé.

5.3.4 Favoriser la motivation

Les facteurs non spécifiques, en particulier la relation thérapeutique, sont, sans conteste, des éléments fondamentaux qui favorisent la motivation. Les personnes souffrant d'anorexie présentent généralement des difficultés importantes à trouver une motivation suffisante pour affronter la nécessaire prise de poids. Lorsque la motivation est chancelante, nous proposons quelques exercices pour tenter de la consolider.

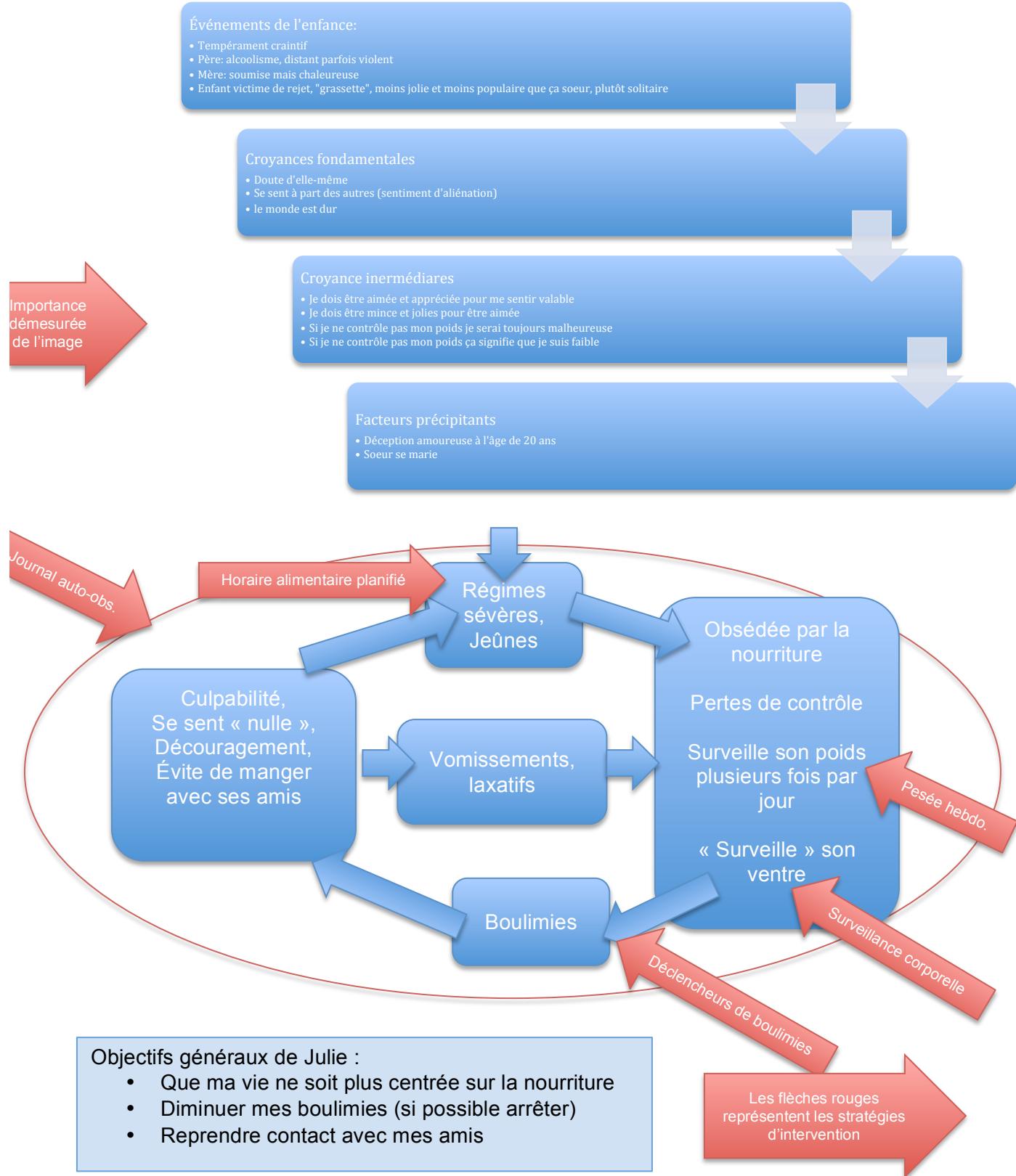
Il peut parfois être utile de prescrire au patient un exercice qui consiste à noter les avantages et inconvénients ou les craintes à surmonter son trouble alimentaire, à court, moyen et long terme (feuilles d'exercice disponibles à la section 7.14 : première version en cas d'anorexie, deuxième version pour les autres). Il pourra regarder à nouveau la section 7.13 qui présente les conséquences d'un poids trop bas pour vérifier lesquelles s'appliquent et pourraient être soulagées par le changement. On préfère ne pas exhorter le patient à reprendre du poids, mais plutôt à saisir l'ampleur des conséquences de son anorexie et réaliser que l'atteinte d'un poids dans le bas de la fenêtre de poids santé va permettre de renverser ces conséquences et ainsi changer sa vie. On peut aussi suggérer à notre patient d'écrire un petit texte décrivant comment sera sa vie dans cinq ans s'il a développé des attitudes saines face à l'alimentation et un autre imaginant au contraire, ce qui se produira si le problème persiste ou s'accentue. On permet ainsi à la personne de mesurer à quel point le trouble alimentaire interfère avec l'accomplissement de ses projets de vie. Une variante du même exercice consiste à lui demander quels objectifs de vie elle aimerait avoir atteints dans cinq ans dans différents domaines (travail, loisirs, voyages, amitiés, vie sociale, vie amoureuse, famille, avoir des enfants, valeurs...). Par la suite, on l'invite à vérifier de quelle façon le trouble alimentaire risque d'interférer avec l'atteinte de ses objectifs.

À la fin de cet exercice, on peut inviter le patient à identifier les principales raisons pour lesquelles il souhaite surmonter le trouble alimentaire. Il pourra ensuite rédiger une fiche thérapeutique qui résume les principaux facteurs de motivation qui ont été identifiés (modèles de fiche disponible à la section 7.15: première version en cas d'anorexie, deuxième version pour les autres). Cette fiche pourrait s'intituler : « mes motivations » ou « Je veux prendre du poids parce que... ». Elle pourra être mise à un endroit souvent regardé par le patient (frigo, agenda, téléphone cellulaire, etc.) pendant toute la durée de la thérapie et être consultée à chaque fois que la motivation est ébranlée.

5.3.5 Négociation du contrat thérapeutique

Lorsque le patient est bien informé, on peut réévaluer ses objectifs et sa motivation. Par la suite, on pourra s'entendre sur un plan d'intervention personnalisé en tenant compte de l'ensemble des informations obtenues en cours d'évaluation, de la conceptualisation personnalisée qui en découle et des objectifs du patient. C'est à ce moment que nous pourrons juger de l'importance relative accordée à chaque élément thérapeutique de ce guide de pratique et à l'intégration éventuelle d'autres approches thérapeutiques le cas échéant.

Exemple de conceptualisation personnalisée



5.4 Médicaments si indiqués

Voir section 3.

5.5 Auto-observation

5.5.1 Journal d'auto-observation

Vous trouverez le journal d'auto-observation à la section 7.5.

Débutons par une mise en garde. Le journal d'auto-observation n'est pas une façon de contrôler ce qui est ingéré ni de compter les calories ou peser les aliments. Il permet d'observer les facteurs qui influencent l'alimentation et les relations entre les comportements alimentaires, les événements, les pensées et les émotions. C'est pour cette raison que ([Fairburn, 2008](#)) préfère éviter l'appellation : « journal alimentaire » et utilise la formulation suivante : « *self-monitoring record* ». Même lorsqu'il est complété dans cet esprit, il se peut que le patient ressente une augmentation passagère de sa préoccupation par rapport à la nourriture.

Cette étape est extrêmement importante. Elle permettra de mieux comprendre les symptômes de notre patient et suivre l'évolution. De plus, elle favorise sa motivation et l'aide à voir ses difficultés d'une manière plus mesurée et réaliste.

On explique bien au patient l'utilité du journal d'auto-observation. On lui en remet une (ou plusieurs) copie. On tient compte des instructions contenues dans le document : « Comment compléter le journal d'auto-observation » (section 7.5). On parcourt ces instructions avec le patient et on fait un exemple avec lui. Il peut, par exemple, compléter le journal pour la journée du rendez-vous depuis le lever, en présence et avec l'aide du thérapeute. On répond aux questions s'il y en a et on détermine de quelle façon intégrer le tout à sa vie quotidienne. On explique l'importance de compléter le journal quotidiennement et de réserver un peu de temps une à trois fois par jour pour le faire. En effet, en procédant ainsi, l'information sera plus fiable et on évite d'augmenter le risque d'abandon en remettant à plus tard cette tâche parfois confrontante.

Il arrive régulièrement qu'un patient omette de noter certains comportements alimentaires, souvent par honte. Nous suggérons d'aborder ce sujet dès le départ pour encourager le patient à être transparent et le rassurer en lui exprimant que nous ne sommes pas là pour le juger. On peut en profiter pour discuter des façons de garder ces documents confidentiels.

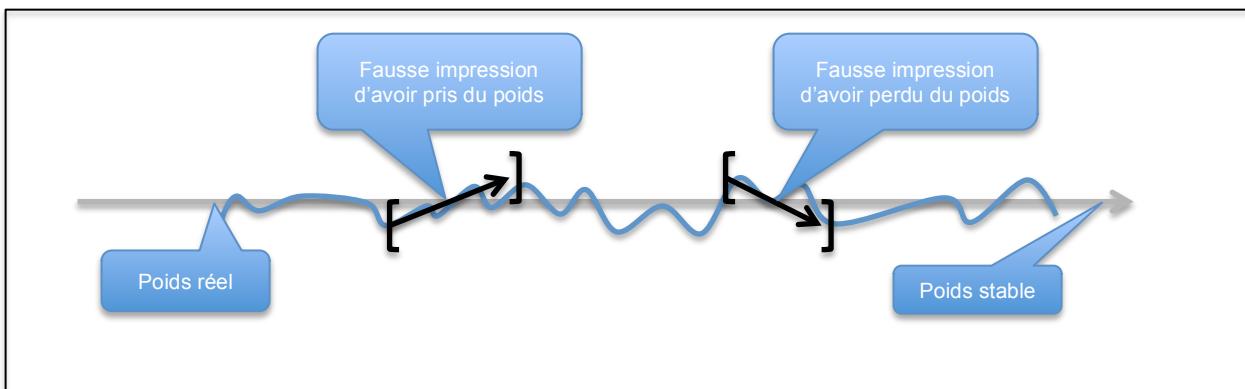
On insiste sur le fait qu'à cette étape, le patient ne doit faire aucun effort pour modifier sa façon de s'alimenter.

On invite le patient à observer son journal pour découvrir les constantes. On peut aussi lui suggérer d'utiliser le document «Suivi de thérapie» (section 7.6). Ce document permet de suivre d'un seul coup d'œil l'évolution de la thérapie. Le journal sera revu méticuleusement à chaque visite du patient.

5.5.2 Pesée hebdomadaire

On doit organiser une pesée hebdomadaire. Cette pesée se fera toujours le même jour de la semaine à un moment précis, généralement au lever, avec le même pèse-personne. Le patient ne doit se peser à aucun autre moment. Il est parfois difficile d'atteindre cet objectif dès le début du traitement. On suggère alors de commencer par faire les pesées hebdomadaires lors des rendez-vous de thérapie, ce qui permet au patient de se débarrasser temporairement de son pèse-personne ou de le rendre difficilement accessible pour diminuer la tentation de se peser à tout moment. Si on procède de cette façon, il est souhaitable de redonner le contrôle de la pesée au patient en respectant les mêmes principes, lorsque la thérapie est plus avancée.

On explique que les fluctuations rapides du poids sont davantage reliées au métabolisme de l'eau. Des pesées trop fréquentes provoquent des inquiétudes inutiles et augmentent la préoccupation excessive.



Lorsqu'on évite de se peser, on devient plus vulnérable aux distorsions de notre perception.

La pesée hebdomadaire a pour but de contrer ces deux extrêmes et d'observer l'évolution progressive du poids. Des fluctuations de moins de 3 kg n'ont généralement pas de signification. De plus, une pesée isolée est généralement peu fiable. Pour qu'un changement de poids soit significatif, il doit persister au moins trois semaines et la variation de poids doit dépasser 3 kg (durée et quantité).

Il est nettement préférable de ne pas remettre à plus tard la première pesée. S'il devient nécessaire de le faire, on doit insister avec beaucoup de délicatesse et de sensibilité. Il est souvent important à ce moment de rappeler l'effet du traitement sur le poids et que nous n'avons pas l'intention de favoriser des comportements qui conduiraient à une obésité puisque nous sommes là pour aider le patient à veiller sur sa santé.

Le poids sera noté dans le journal d'auto-observation, reporté sur le graphique intitulé : « courbe de poids », section 7.2 et sur la fiche suivi de thérapie (7.6).

5.6 Horaire alimentaire planifié

L'objectif à cette étape n'est pas de modifier le type ni la quantité de nourriture, mais bien le moment où la nourriture sera prise. On veut diminuer les périodes de jeûne et mettre en place un horaire alimentaire plus régulier.

On suggère de planifier la veille ou le matin au lever, dans le haut de son journal alimentaire, un horaire alimentaire comprenant trois repas et deux à trois collations (chez certains patients, il faudra débuter avec un objectif plus restreint et augmenter progressivement). On préfère trois collations chez les anorexiques. Voir section 7.7 pour le document qui donne les instructions pour l'horaire alimentaire planifié que vous pouvez remettre au patient. Vous y trouverez aussi la version du journal d'auto-observation qui inclut une case pour noter la planification en haut de page.

Exemple : 8h déjeuner

 10h30 collation AM

 12h15 dîner

 15h collation PM

 18h30 souper

 21h collation de soirée

La planification va souvent varier d'un jour à l'autre, mais l'objectif est de prendre au moins une petite quantité de nourriture de façon à éviter les jeûnes et à ne pas rester plus de quatre heures sans manger (sauf la nuit évidemment). Le patient peut planifier un peu ce qu'il va manger compte tenu du contexte. Si, par exemple, il planifie être en déplacement sur l'heure du midi, il pourra s'apporter un lunch pour éviter la restauration rapide et les dépanneurs. Encore une fois, il ne s'agit pas de compter les calories, mais de favoriser une alimentation saine et régulière. On suggère aussi de prendre une proportion importante des calories tôt dans la journée. On incite la personne à ne pas manger en dehors de ces périodes. On lui recommande finalement de planifier des horaires assez réguliers sans que ce soit rigide.

Il ne faut pas s'en faire si des épisodes de boulimie surviennent; l'effort doit être mis à éviter les jeûnes. Suite à une boulimie, il est très important de continuer à s'alimenter selon l'horaire prévu.

On explique que cette approche permet un meilleur contrôle de l'alimentation et une diminution des préoccupations par rapport à la nourriture entre les repas. De façon générale, les patients boulimiques dont le poids est normal ou élevé vont noter rapidement une diminution des boulimies tant en fréquence qu'en intensité. Pour ce qui est des anorexiques, cette étape sera rarement suffisante pour contrer les règles alimentaires rigides et la sous-alimentation, mais elle permet l'établissement d'une alimentation régulière dont les quantités peuvent ensuite être augmentées. De plus, cette étape permet souvent de commencer une diminution de la sensation d'être gonflé après les repas, ce qui constitue un obstacle à la réalimentation. Si cette sensation interfère avec l'atteinte des objectifs de cette étape, on peut le travailler de façon plus détaillée dès maintenant, dans la plupart des cas, un peu de psychoéducation et de réassurance combinées à la suggestion de tolérer cette sensation passagère suffiront. Pour les patients anorexiques, cette sensation est souvent plus dérangeante. Vous retrouvez quelques suggestions supplémentaires à la section 5.12

Il arrive que certains patients aient de la difficulté à ne pas manger entre les périodes planifiées. Voici quelques suggestions qui peuvent être utiles à votre patient dans ce contexte.

- Inviter la personne à rester active. On privilégiera si nécessaire, des activités peu compatibles avec la prise de nourriture. Elle peut rédiger une fiche thérapeutique sur laquelle elle note une liste d'activités de ce genre qui seront utilisées selon les circonstances.
- Elle peut aussi s'entraîner à observer cette impulsion sans réagir et réaliser qu'elle finit généralement par passer.
- Les personnes dont le poids est inférieur au poids santé pourront observer que ces impulsions et les obsessions concernant la nourriture commencent déjà parfois à s'atténuer légèrement, et ce, surtout lorsque la privation est moins grande. L'observation de cette relation pourra aider à favoriser la motivation pour la difficile phase de réalimentation qui va suivre.

On profite aussi de cette étape pour aider le patient à planifier l'achat de nourriture, à ne pas entreposer de trop grandes quantités d'aliments «dangereux» et à éviter autant que possible les «dépanneurs» associés à des achats impulsifs de nourriture.

À ce stade, on demande d'essayer d'éviter les vomissements, laxatifs, diurétiques ou toute autre forme de compensation après les prises d'aliments. Si de tels comportements surviennent, le repas qui a précédé ne «compte pas» dans la planification alimentaire et doit

être repris. On peut distinguer les comportements purgatifs compensatoires qui surviennent rapidement suite à une prise de nourriture de ceux qui ne sont pas compensatoires. Les premiers diminuent habituellement lorsque les privations et les jeûnes sont chose du passé. Par contre, lorsqu'ils sont non-compensatoires, il faut plus souvent aborder directement le problème et inciter fortement le patient à abandonner graduellement ces habitudes qui peuvent rendre inefficaces les efforts faits par ailleurs. De la même façon, les exercices excessifs compensatoires ont tendance à s'améliorer graduellement avec la réduction des privations et des jeûnes. Lorsque les exercices excessifs ne sont pas compensatoires, ou lorsqu'ils ne s'améliorent pas spontanément, on peut faire une psychoéducation, auto-observation avec le journal et graduellement diminuer ces exercices en les remplaçants par des activités signifiantes. Que ce soit pour l'impulsion de manger entre les moments prévus, ou de s'engager dans un épisode boulimique, dans un comportement purgatif ou dans des exercices excessifs, les mêmes principes généraux s'appliquent : utiliser une liste d'activités alternatives et tolérer l'inconfort en réalisant qu'il est passager.

5.7 Bilan et planification des étapes subséquentes

Les prochaines étapes différeront selon les caractéristiques propres à chaque individu. Les étapes qui suivent sont adaptées pour la majorité des patients qui ont un poids normal ou élevé. L'étape portant sur les émotions et évènements déclencheurs pourra être priorisée lorsque le patient éprouve des difficultés importantes à ce sujet.

Le plan d'action sera différent en présence d'anorexie ou de perte de poids rapide. La phase de réalimentation est ici primordiale pour la sécurité des patients. Elle permet, de plus, une diminution des rigidités cognitives qui sont secondaires à la dénutrition et qui interféreraient avec les étapes subséquentes. Vous passerez donc immédiatement à l'étape 5.12 avant de revenir aux étapes 5.8 à 5.11.

5.8 Les déclencheurs d'accès boulimiques

Le document intitulé : « travail sur les déclencheurs d'accès boulimiques » à la section 7.8, pourra servir d'aide mémoire pour le thérapeute et pour le patient. On survole les différents points avec le patient qui pourra identifier ceux qui sont pertinents dans son cas. On utilise aussi le journal d'auto-observation pour bien déceler les déclencheurs des accès boulimiques sur lesquels on aura intérêt à travailler. On aborde ensuite graduellement ces différents éléments en fixant des objectifs spécifiques via la prescription de travaux à domicile.

Les principes généraux de résistance aux impulsions passagères s'appliquent ici de la même façon que pour les envies de manger en dehors des moments planifiés à l'étape 5.6.

- Inviter le patient à rester actif. On privilégiera si nécessaire, des activités peu compatibles avec la prise de nourriture. Une fiche thérapeutique peut être créée sur laquelle la liste de ces activités sera notée et utilisée selon les circonstances.
- Le patient peut aussi apprendre à observer cette impulsion sans réagir et réaliser qu'elle finit généralement par passer.

Voici, ci-dessous, plusieurs autres recommandations qui peuvent s'ajouter à ces principes généraux dans le but de diminuer les facteurs déclencheurs de boulimies.

Certains lieux ou contextes sont souvent associés aux accès boulimiques. On invite le patient à manger à table, dans la cuisine ou la salle à manger. Il est aussi préférable de se concentrer uniquement sur le repas. On évitera donc de manger en lisant ou écoutant de la musique, en regardant la télé, en travaillant...

L'absorption rapide de nourriture est aussi associée aux accès boulimiques. On conseille donc de manger lentement, de déposer la fourchette entre chaque bouchée et d'essayer d'apprécier le goût de la nourriture. Cette façon de s'alimenter permet aussi de reprendre conscience des signaux de faim et de satiété. On invite le patient à porter attention à ces signaux et aussitôt que le signal de satiété commence à apparaître, à prendre l'habitude de cesser de s'alimenter quitte à laisser de la nourriture dans l'assiette.

Il est préférable de ne pas manger à même le contenant. Il faut se servir une portion raisonnable, laisser le contenant à distance et aller s'asseoir avec son assiette avant de commencer à manger.

Certains types d'aliments sont souvent associés aux accès boulimiques. Au début du traitement, on conseillera d'en limiter la disponibilité. Les aliments les plus «dangereux» ou « interdits » ne seront généralement réintroduits de façon contrôlée qu'à la fin du processus de réintroduction progressive des aliments évités (étape 5.10 règles et restrictions alimentaires). En fait, la prise d'aliments interdits n'est qu'un exemple parmi d'autres où l'accès boulimique est déclenché par le sentiment d'avoir commis une infraction à une des règles alimentaires. Ces dernières seront abordées spécifiquement à la section 5.10.

Les émotions désagréables, l'ennui, la solitude et l'inactivité sont souvent des facteurs précipitants des accès boulimiques.

On peut alors suggérer au patient de se préparer une liste d'activités alternatives (habituellement, on recherche des activités plaisantes, interpersonnelles ou activités physiques). On peut rédiger une fiche thérapeutique (*coping card*) à partir de cette liste. Le patient pourra garder cette fiche sur lui et l'utiliser au besoin.

Les émotions désagréables peuvent être améliorées par l'utilisation des techniques cognitives. Les aspects plus spécifiques concernant certaines croyances centrales sur le thème de l'importance exagérée accordée à la minceur, du poids et de son contrôle seront abordés ultérieurement. Lorsque ces émotions désagréables sont le plus souvent en lien avec le trouble alimentaire, ces approches décrites à la section suivante (5.9) seront souvent suffisantes. Certains patients ayant des difficultés plus importantes à gérer les émotions dysfonctionnelles pourraient bénéficier d'une approche cognitive classique avec le tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles (section 7.9), mais lorsque le trouble alimentaire a un impact important, il sera généralement préférable de faire ce travail en fin de thérapie. Si tel est le cas, nous vous suggérons les références suivantes : ([Beck, 2011](#); [Chaloult et al., 2008](#)). Lorsque l'intensité émotionnelle est extrême et s'il en découle des comportements autodestructeurs ou chaotiques, il se peut que des approches spécialisées comme la thérapie dialectique comportementale (Dialectical Behavior Therapy, DBT, ([Linehan, 2000a, 2000b](#)) soient indiquées.

Certains patients peuvent aussi bénéficier de techniques de relaxation ou de méditation sommatoires pour apprendre à tolérer ces inconforts passagers, mais récurrents. Si tel est le cas, on peut utiliser des outils rendus disponibles dans de nombreuses références ([André, 2011](#); [Bernstein, Borkovec, & Hazlett-Stevens, 2000](#)) et plusieurs sites internet (mp3 de méditations du Dr Ngô à l'adresse suivante :

www.dropbox.com/sh/fb44lpo2pkuky3u/RFvaHTjlvE?n=189990228, baladodiffusions de

relaxation du passeport santé :

[http://www.passeportsante.net/fr/audiovideobalado/Balado.aspx"\).](http://www.passeportsante.net/fr/audiovideobalado/Balado.aspx)

Il arrive parfois que les boulimies soient déclenchées dans un contexte où le patient est désinhibé par l'alcool ou les drogues. Si cela se reproduit fréquemment, il faudra aborder directement le problème de consommation et utiliser au besoin les ressources spécialisées et groupes d'entraide appropriés.

N'oublions pas que le facteur le plus important dans la dynamique qui perpétue les boulimies est constitué par la privation et le jeûne. Même si les longues périodes de jeûne ont été contrecarrées avec succès à l'aide de l'horaire alimentaire planifié, la privation peut demeurer problématique. C'est une des raisons pour lesquelles nous suggérons d'entreprendre la section 5.12 immédiatement après l'établissement d'un horaire alimentaire planifié chez les patients anorexiques. Il se peut cependant que même ceux qui ne sont pas anorexiques continuent à ce stade à se priver de nourriture. Le travail qui sera fait à l'étape 5.10 sur les règles et restrictions alimentaires sera souvent utile pour atteindre cet objectif ce qui devrait aider à diminuer davantage voire à permettre de cesser les crises de boulimie.

5.9 L'importance exagérée accordée à la minceur, au poids et à son contrôle

Selon Fairburn (([Fairburn, 2008](#)) p.96), l'expérience clinique et la recherche suggèrent que le risque de rechute est nettement plus élevé si l'importance exagérée accordée à la minceur et au poids n'a pas été améliorée.

Voyons à ce sujet les trois points suivants :

- L'importance exagérée accordée à la minceur et au poids
- La surveillance et l'évitement de l'image corporelle (*body checking and avoidance*)
- Le fait de se sentir gros

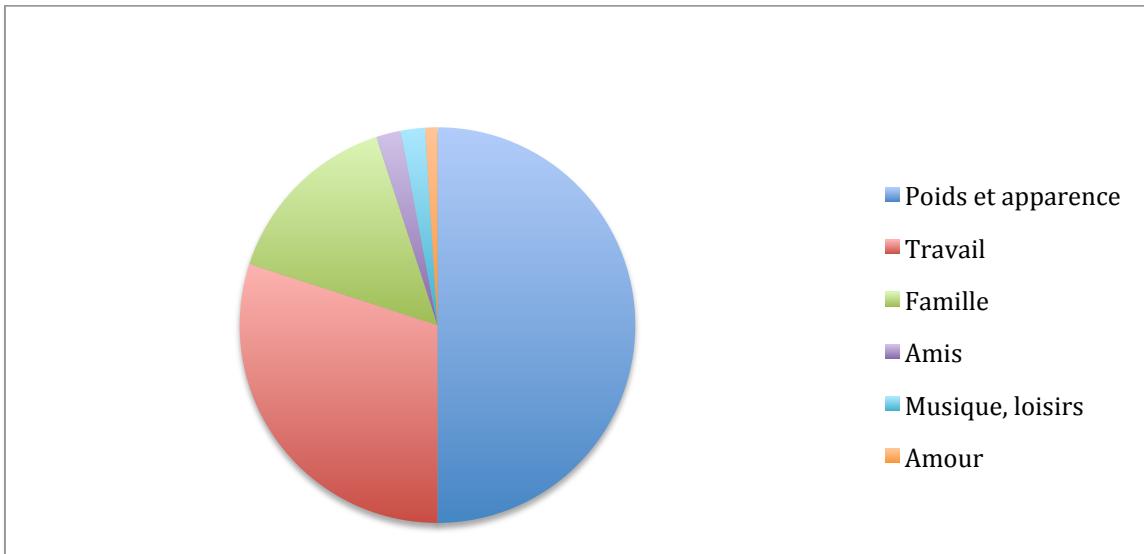
5.9.1 L'importance exagérée accordée à la minceur et au poids

On peut introduire ce sujet en examinant à nouveau la conceptualisation cognitivo-comportementale des troubles alimentaires. On rappelle alors que cette croyance joue un rôle central, quel que soit le trouble alimentaire.

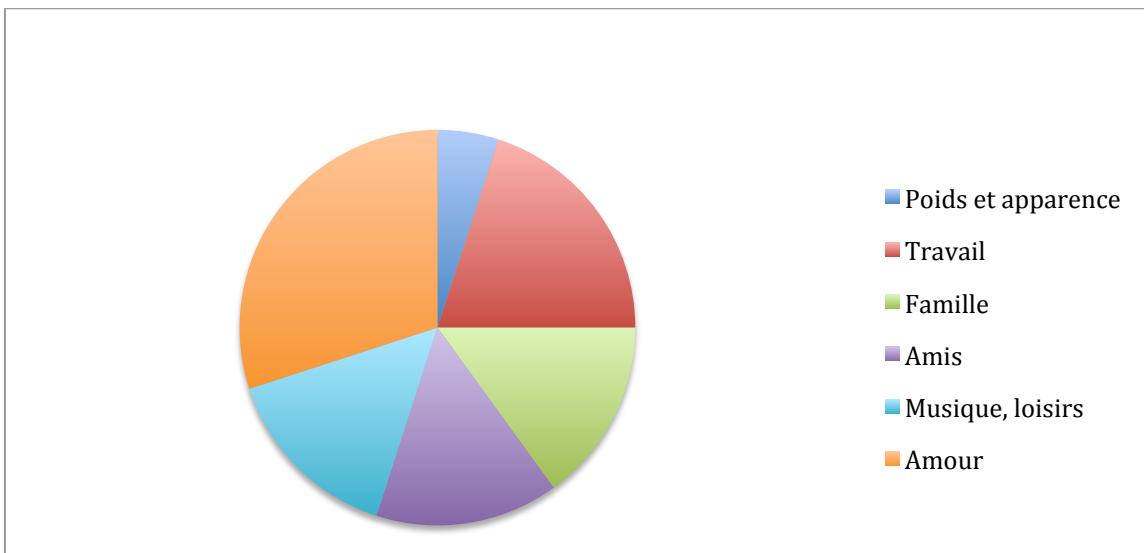
On peut aussi revoir la conceptualisation personnalisée et ouvrir une discussion sur l'importance que prennent la minceur, le poids et son contrôle, dans la vie du patient. On pourra discuter de l'énergie, du temps qui y est consacré de même que la place que cela prend dans l'esprit du patient. Il est souvent utile de reconnaître l'existence d'une pression sociale en ce sens en Occident et qu'elle est souvent absente dans d'autres cultures et à d'autres époques.

L'objectif est de réaliser que ces croyances prennent un espace démesuré, génèrent beaucoup de souffrance et restreignent le reste des activités. Pour illustrer ce concept, on peut faire l'exercice des « pointes de tarte ». Le patient réfléchit aux différents aspects de la vie auxquels on peut se consacrer. Il en fera une liste. Par la suite, il inscrira, sur un diagramme en pointes de tarte, l'importance relative de chacun de ces domaines dans sa vie actuelle (considérant le temps, l'énergie ainsi que les préoccupations engendrées). Mentionnons que Fairburn suggère de tracer ce graphique selon l'importance relative de chaque domaine dans l'évaluation de sa valeur personnelle. Cette approche a probablement l'avantage de faire apparaître de façon plus flagrante la démesure de l'importance accordée au poids. Il nous semble cependant qu'elle suggère de baser son sentiment de valeur personnelle sur des facteurs extérieurs (valeur extrinsèque), alors que cette attitude est une des grandes sources de

souffrance liée à la condition humaine. Choisissez la façon qui vous convient le mieux ou ajustez-vous selon le patient.

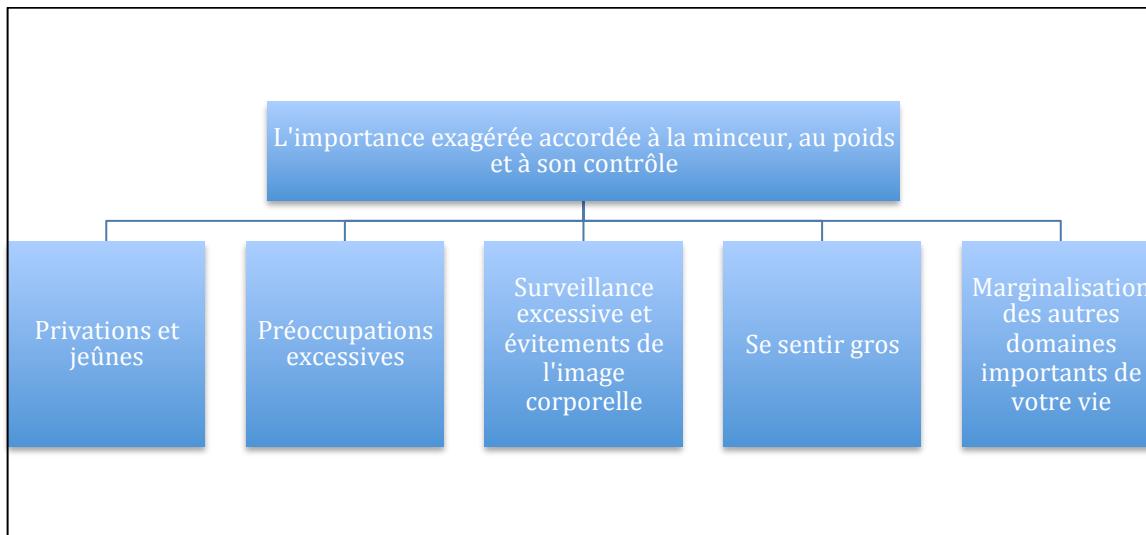


On discute du système de valeur du patient pour l'aider à identifier ce qui est le plus important à ces yeux. On peut ensuite faire un deuxième diagramme représentant les proportions qui illustreraient le mieux ce système de valeur.



On peut ensuite discuter des conséquences de l'importance démesurée accordée au poids. Voici quelques pistes de discussion : privations, jeûnes, vérifications excessives du corps

(*body checking*), évitements, se sentir gros et la marginalisation des autres aspects importants de la vie.



Le contraste entre les deux diagrammes nous permet d'identifier des domaines d'activités signifiants et prioritaires pour le patient. On utilise une approche comportementale pour permettre à notre patient d'agir en fonction de ses valeurs, au quotidien. Pour ce faire, on peut simplement choisir quelques activités pertinentes et réalistes qui seront intégrées graduellement en le notant dans le journal d'auto-observation. On veillera à fixer des objectifs SMART c.-à-d. : spécifiques, mesurables, atteignable de manière réaliste dans un temps délimité. Au besoin, si cet aspect est particulièrement important pour le patient, on peut utiliser le registre d'activité quotidienne (voir guide dépression).

D'autres techniques sont disponibles pour travailler cet aspect ([Schmidt & Treasure, 1999](#)) (voir p. 160 à 176). Mentionnons par exemple le dessin de la silhouette (p. 160 à 163).

Les exigences élevées et l'intolérance face à l'incertitude sont des sujets parfois abordés. Le jugement global sur la valeur personnelle fait souvent partie des croyances fondamentales qui alimentent l'importance accordée à la minceur et au poids. La troisième partie du livre «*Être bien dans sa peau*» ([Burns, 1994](#)) comprend un questionnaire et quatre chapitres qui s'attardent à la question de la valeur personnelle. Cette lecture pourra être utile à plusieurs de ces patients.

5.9.2 La surveillance et l'évitement de l'image corporelle (*body checking and avoidance*)

La surveillance corporelle (*body checking*)

On aide d'abord notre patient à identifier les comportements excessifs de surveillance de son corps. Pour ce faire, on explique les différentes formes que peut prendre cette surveillance : regarder des parties spécifiques du corps directement ou dans un miroir, les pincer, les palper ou les mesurer à répétition. Le patient est ensuite invité à observer et noter ces comportements dans son journal d'auto-observation. Cet exercice peut être éprouvant. On offrira du soutien et du renforcement. On peut noter ces comportements pendant une semaine ou, si c'est trop difficile, se limiter à un jour de travail et un jour de congé. Ces comportements devront être décrits de manière détaillée.

On invite le patient à exprimer ce qui l'incite à s'observer ainsi. On l'amène ensuite, graduellement, à prendre conscience des inconvénients qu'il y a à répéter aussi souvent de tels comportements. On peut faire l'analogie avec les prises de poids répétées qui provoquent une augmentation de l'anxiété et des préoccupations excessives. On soulignera que la personne a souvent tendance à porter attention à des parties de son corps qu'elle n'aime pas, ce qui leur confère une importance démesurée.

On invite ensuite la personne à cesser ce type de comportements. On peut d'abord le tenter sous forme d'expériences comportementales en observant bien l'impact sur les préoccupations. Au besoin, on peut procéder de manière graduée en débutant par ceux qui semblent les moins difficiles à éliminer. Le patient remarquera souvent que son inconfort a tendance à augmenter à court terme lorsqu'il résiste à cette impulsion, mais que les préoccupations ont tendance à diminuer à moyen et long terme. Il faut parfois déplacer ou retirer certains miroirs, galon à mesurer...

Les évitements

Les évitements de certains types d'aliments considérés dangereux seront traités plus loin. Ici on s'intéresse à la tendance à s'abstenir de s'exposer au regard des autres. Les patients peuvent par exemple, éviter certains vêtements, certains lieux où le corps est exposé (piscines, plages...). La personne évite parfois d'exposer son corps face à son conjoint. Il faut d'abord identifier ces évitements. On pourra par exemple, lui suggérer de regarder dans sa garde-robe ou dans des boutiques, les vêtements qu'elle aimeraient être capable de porter si elle n'était pas si préoccupée par son image corporelle. On peut ensuite procéder à des exercices d'exposition

graduée en respectant les principes d'exposition. L'ouvrage de Chaloult ([Chaloult et al., 2008](#)) présente ces principes de manière détaillée. Contentons-nous ici de rappeler que les exercices doivent généralement être prolongés, répétés et rapprochés dans le temps. Le patient doit tolérer l'inconfort, ne pas éviter, s'échapper ni neutraliser. Il notera ses exercices sur la grille d'auto-observation des exercices d'exposition, section 7.10.

Se comparer aux autres

On suggère au patient d'observer sa tendance à comparer son image corporelle à celle des autres. On l'emmène à réaliser qu'il y a souvent un important biais de sélection. Les comparaisons sont souvent les modèles vus dans les magazines ou à la télé. On peut proposer une expérience où il va observer sans aucune sélection tous les passants du même genre et du même âge, pour constater la très grande diversité des tailles et formes des corps. Le thème de la pression sociale poussant en particulier les femmes vers un culte de la minceur va souvent être abordé ici, lorsque ça n'a pas été fait à l'étape 5.9.1.

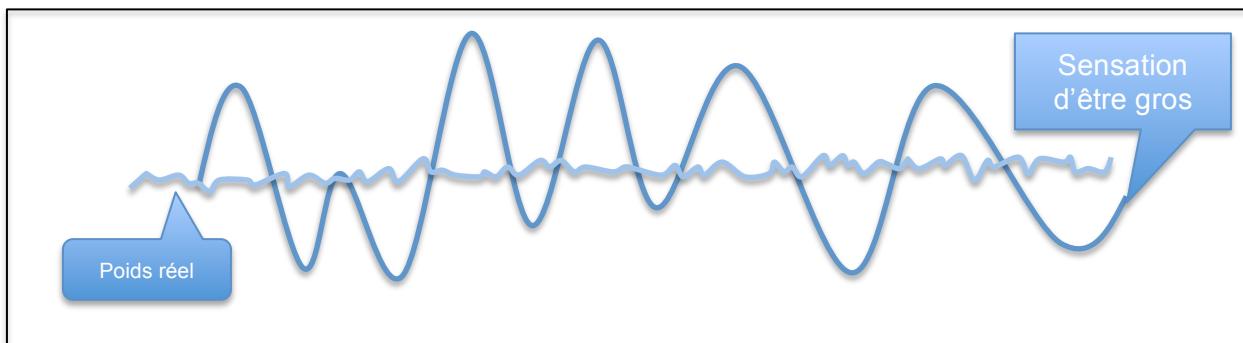
5.9.3 Le fait de se sentir gros

Le fait de se sentir gros est souvent une cible de traitement importante parce que la personne a tendance à conclure que si elle se sent grosse cela signifie qu'elle l'est dans la réalité (distorsion cognitive : raisonnement émotif). Ainsi, se sentir gros est non seulement une conséquence de la préoccupation excessive à propos du poids, mais aussi un facteur perpétuant. Les patients obèses vont souvent argumenter qu'ils ont raison de se sentir gros, mais il est pertinent de leur faire remarquer que les personnes obèses ne souffrant pas de trouble alimentaire n'éprouvent pas cette sensation inconfortable même s'ils sont capables de reconnaître qu'ils présentent un surplus de poids.

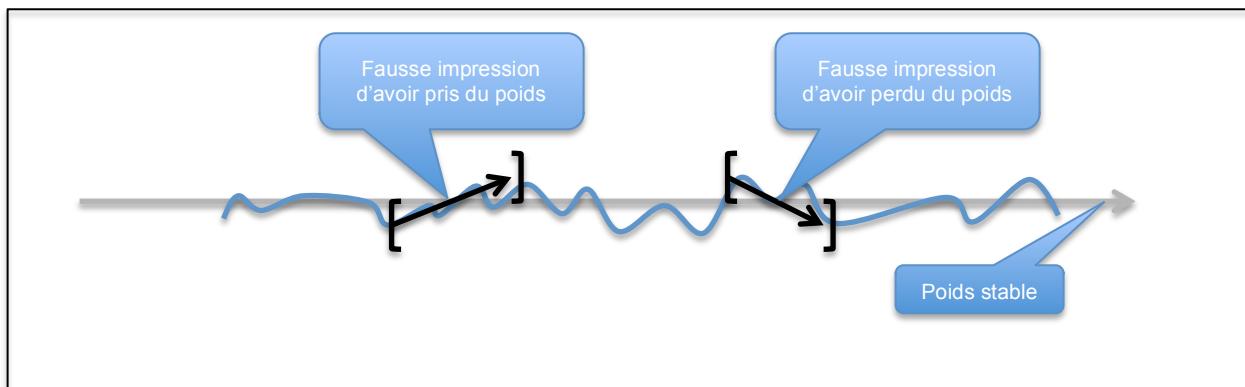
Cette sensation provient souvent du fait que le patient identifie mal et confond certaines sensations physiques et émotions.

On invite le patient à observer s'il lui arrive de se sentir gros. Si oui, il notera la fréquence et les circonstances où il éprouve cette impression, au besoin, à l'aide du journal d'auto-observation. Si cette sensation est problématique, ce qui est souvent le cas, on peut faire un peu de psychoéducation sur le sujet. On explique que cette sensation va souvent masquer d'autres émotions ou sensations. On illustre qu'il n'y a généralement pas de relation entre le fait de sentir gros et le fait d'être gros. Plusieurs arguments peuvent étayer cette hypothèse. On

peut expliquer les distorsions cognitives et plus spécifiquement le raisonnement émotif. On peut aussi faire valoir que même les gens anorexiques d'une extrême maigreur éprouvent souvent cette sensation. On peut aussi faire observer à quel point cette sensation varie beaucoup dans le temps, et ce de façon indépendante et très différente des variations du poids. L'illustration ci-dessous peut aider à illustrer ce concept.



On rappellera les notions expliquées lors de l'établissement de la pesée hebdomadaire, c.-à-d. : que de toute façon, les fluctuations rapides du poids n'ont rien à voir avec le poids réel, mais sont reliées au métabolisme de l'eau et que le fait d'y porter attention ne fait qu'augmenter l'anxiété et les préoccupations excessives.



Le patient peut aussi utiliser le journal d'auto-observation pour noter les évènements, les pensées et les émotions qui sont associés à cette sensation de grosseur. On pourra ensuite aider le patient à mieux nommer cette sensation. Il pourra s'agir de sensation de ballonnement, d'ennui, d'avoir trop mangé, de frustration, de toute autre émotion... La sensation de

ballonnement sera abordée à la section 5.12, car elle représente souvent un des obstacles au retour vers un poids santé.

5.10 Règles et restrictions alimentaires

Le **jeûne** consiste à éviter de s'alimenter pendant plusieurs heures. Nous en avons déjà parlé à l'étape 5.6 en établissement un horaire alimentaire planifié.

La **privation** alimentaire consiste à limiter la quantité de nourriture ingérée en deçà de ces besoins. Ceux qui se restreignent de façon excessive devront commencer par cesser de compter les calories, puis augmenter progressivement les quantités de nourriture. Dans l'anorexie restrictive, le travail sur cet objectif est prioritaire et vient souvent plus tôt dans les phases de traitement. La prise de poids devra se faire de façon progressive en fixant des objectifs précis, mesurables et réalistes. On recommande alors une prise de poids d'environ une à deux livres (500 à 1000g) par semaine. Pour y arriver, on doit parfois recourir aux suppléments alimentaires liquides de type « Ensure » lors des collations. Pour une description plus détaillée, voir l'étape 5.12

Les comportements purgatifs non compensatoires ont été abordés à l'étape 5.6. Au stade actuel, les comportements purgatifs compensatoires auront souvent disparu ou seront grandement diminués. Si des **vomissements** compensatoires persistent, on abordera directement ce comportement. Pour ce faire, on peut d'abord augmenter le laps de temps qui s'écoule entre la fin de la boulimie et le début des vomissements. On en viendra ainsi à tolérer l'anxiété provoquée par la boulimie sans se faire vomir (cette technique se rapproche de l'exposition avec prévention de la réponse utilisée dans le trouble obsessionnel compulsif). Si c'est trop difficile, on pourra proposer d'en faire l'essai d'abord une fois sur cinq puis une fois sur deux et finalement de façon régulière. On peut suggérer en premier lieu d'essayer de ne pas vomir après une boulimie moins importante. Dans les cas où ce problème demeure important, on peut proposer au patient de débuter par éviter de vomir après une consommation d'aliments (type et quantité) qui génère une anxiété légère à modérée pour que ce soit tolérable et augmenter le niveau de difficulté selon une hiérarchie déterminée. La grille d'auto-observation des exercices d'exposition (section 7.10) pourra être utilisée. À ce stade, on débute par les aliments déjà consommés dans la vie quotidienne. L'étape qui suit s'applique aux aliments qui sont évités.

L'**éviter de certains types de nourriture** doit aussi être affronté. Pour ce faire, on peut inviter le patient à se rendre à l'épicerie et à parcourir les allées en notant les aliments qu'il évite. Il va choisir dans la liste quelques aliments (de 5 à 10), en prenant soin d'en sélectionner

quelques-uns parmi les plus faciles, puis d'autres, moins faciles, et finalement les plus difficiles. Il pourra ensuite leur attribuer une cote de 1 à 10 selon le degré de difficulté associée à la réintroduction de chacun de ces aliments, ce qui nous permettra d'établir une hiérarchie et de procéder progressivement à cette réintroduction. Certains de ces exercices d'exposition pourront être débutés au cours des séances de thérapie.

On peut aussi entreprendre d'autres exercices d'exposition pour des évitements comme la réticence à manger avec certaines personnes ou à certains endroits.

Mentionnons que lors de tous ces exercices d'exposition, il est souvent utile de préparer une restructuration cognitive superficielle qui aidera le patient à faire face avec succès.

On procède aux exercices d'exposition graduée en respectant les principes sur lesquels est basée cette technique. L'ouvrage de Chaloult ([Chaloult et al., 2008](#)) les présente de manière détaillée. Contentons-nous ici de rappeler que les exercices doivent généralement être prolongés, répétés et rapprochés dans le temps. Le patient doit tolérer l'inconfort, ne pas éviter, s'échapper ni neutraliser. Les comportements purgatifs et autres comportements de compensation constituent des formes d'échappement ou de neutralisation. L'inconfort de ces exercices devra donc être toléré sans avoir recours à ces stratégies. Ces exercices seront consignés sur la grille d'auto-observation des exercices d'exposition, section 7.10.

5.11 Terminaison et prévention des rechutes

5.11.1 Résumé de thérapie

On invite le patient à parcourir toutes ses notes de thérapie et à rédiger un résumé de thérapie très personnel qui énumère les éléments qui ont été les plus utiles et qui pourront être utilisés advenant un retour des symptômes. Pour ce faire, on peut utiliser la fiche pour le résumé de thérapie à la section 7.11.

5.11.2 Fiche de prévention des rechutes

Cette fiche thérapeutique s'intitule : «Est-ce que je fais une rechute?» Elle sert à identifier les symptômes précurseurs de rechute et à prendre sans tarder les mesures nécessaires. Elle se trouve à la section 7.12 accompagnée d'une fiche qui peut servir d'exemple. La première section vise à identifier les situations à risque. Dans la deuxième section, le patient décrit les premiers signes qui se manifestent lors d'un début de rechute. On conseille de porter une attention particulière à ces signes en notant en quoi ils sont différents des hauts et bas de son fonctionnement habituel. Il est préférable d'inscrire des signes spécifiques comme « Je recommence à compter mes calories et à éviter les muffins » plutôt que de se limiter à des observations générales comme « Je fais attention à ce que je mange ».

5.11.3 Entrevues de consolidation

On sait que les changements de comportements prennent du temps à se consolider. Au début, les risques sont plus élevés de retourner aux anciens comportements. Cependant, lorsque les changements se maintiennent pour plusieurs mois, ils ont davantage tendance à persister à long terme. C'est pourquoi on offre aux patients de les revoir après quelques mois une fois la thérapie complétée. Une ou deux entrevues de consolidation sur 3 à 12 mois seront le plus souvent suffisantes. Si le patient est plus fragile, on peut espacer les rendez-vous plus graduellement.

5.12 En cas d'anorexie : retour à un poids santé

En cas d'anorexie, on procède généralement de la façon suivante. On débute avec les étapes 5.1 à 5.7, puis on passe à l'étape 5.12 pour revenir à un poids santé et on termine avec les étapes 5.8 à 5.11.

Les étapes 5.1 à 5.7 se déroulent de façon similaire. On adaptera le contenu, en particulier, en ce qui concerne la psychoéducation (étape 5.3). Une attention particulière devra être apportée aux facteurs qui favorisent la motivation. La prise de poids et le retour à un poids santé sont incontournables, mais souvent très difficiles à accepter. La psychoéducation comprendra aussi une discussion personnalisée des conséquences du maintien d'un poids trop bas (voir le document sur le sujet section 7.13). Quelques exercices sont proposés à la section 5.3.4: Favoriser la motivation. L'étape 5.6 qui introduit l'horaire alimentaire planifié, élimine les périodes de jeûne, ce qui favorise un début de tolérance à la sensation de gonflement ainsi qu'une diminution des préoccupations excessives par rapport à l'alimentation.

Cependant, l'étape 5.12 : retour à un poids santé, est cruciale et prioritaire surtout lorsque l'IMC est très bas. Dans certains cas, la survie même du patient est en cause. Il faudra alors faire appel à des équipes spécialisées qui peuvent procéder à une hospitalisation (voir section 2.5 : indications d'hospitalisation). Cet aspect du traitement devient alors une priorité absolue.

Il faudra souvent consacrer plusieurs semaines à cette étape ayant pour but d'atteindre un poids santé. Elle se divise en deux phases :

1. La reprise de poids
2. Le maintien du poids santé

5.12.1 La reprise de poids

Cette phase est à la fois la plus difficile et la plus importante en cas d'anorexie. L'aide d'un nutritionniste constitue un atout précieux tout au long du traitement, mais encore plus particulièrement à cette étape. Une équipe médicale solide est importante en cas d'anorexie sévère. Le syndrome de réalimentation (*refeeding syndrome*) est une complication grave et potentiellement létale pouvant survenir ici. Il se produit chez les patients sévèrement dénutris, lorsque la réalimentation est rapide et généralement en hyper alimentation parentérale ou lors

de l'administration de solutés à haute teneur en sucre. Même si le risque est beaucoup moindre, on le retrouve quand même parfois lors d'une réalimentation orale rapide. Il survient dans les premiers jours de réalimentation ou un peu plus tard lorsque le poids commence à monter. Il se manifeste par des débordements électrolytiques et métaboliques importants, de la confusion, des arythmies, des convulsions, une insuffisance cardiaque ou respiratoire, un coma pouvant aller jusqu'au décès.

Ceci étant dit, la plupart des cas d'anorexie peu sévères peuvent être réalimentés oralement, de façon graduelle, en externe avec une supervision médicale. Il faudra être déterminé et persévérant pour atteindre un IMC de 19 à 20. Une prise de poids moindre n'est certainement pas une mauvaise chose, mais, comme les structures cognitives rigides qui maintiennent l'anorexie n'ont tendance à s'améliorer significativement qu'à partir de ce seuil, les gains moindres sont beaucoup moins sujets à se maintenir.

Un graphique est utile pour suivre le gain de poids. On y inscrit le seuil inférieur d'IMC à 19 ou 20 et la fenêtre de poids santé (section 7.2 : courbe de poids, voir 2^e exemple).

On discute ensuite des mesures à pour gagner du poids. Il faut évidemment augmenter l'apport calorique, mais de quelle façon? Les personnes qui souffrent d'anorexie consomment généralement des aliments à faible concentration calorique. Se limiter à augmenter la quantité de ce type d'aliment risque d'être inefficace. En effet, pour y arriver, il faudrait en ingérer de très grandes quantités. Or le retard de vidange gastrique provoque des sensations de ballonnements très désagréables même après l'ingestion de quantités modestes de nourriture. Conséquemment, on recommandera de consommer des aliments et des boissons concentrés en calories. Ce changement drastique est souvent difficile à accomplir. Ces personnes ayant souvent beaucoup de difficultés à percevoir les signaux de faim et de satiété, on peut aussi leur suggérer de modeler leur alimentation sur des proches et d'ajouter des suppléments alimentaires riches en calories pendant la période de prise de poids. Lorsque l'objectif de poids est atteint, ceux-ci peuvent être cessés sans avoir à changer la diète saine et variée mise en place. Le maintien du poids santé est ainsi favorisé. Pour atteindre l'objectif d'une prise de poids d'environ 500g par semaine, il faut consommer 500 calories par jour de plus que les besoins. Les patients sont très inquiets et ont l'impression qu'ils risquent de prendre du poids de façon rapide et incontrôlée aussitôt qu'ils relâchent leur privation. Lorsqu'ils tentent d'y arriver, ils sont souvent surpris de constater que c'est le contraire qui survient et que la prise de poids est très difficile et demande des efforts soutenus puisqu'en plus d'assurer leurs besoins de base (énergie pour respirer, dormir, penser...) les tissus de réserve utilisés lors de la dénutrition

devront être reconstruits, augmentant ainsi la quantité de calories nécessaire à la reprise du poids.. Il arrive cependant que la prise de poids soit plus rapide au tout début, ce qui est généralement relié à la correction de la déshydratation. Il peut être utile de prévenir le patient pour éviter qu'il ait l'impression d'avoir « perdu le contrôle » et qu'il réagisse en se privant à nouveau. Une fois la déshydratation corrigée, il constatera que le gain de poids devient plus difficile et nécessite un effort soutenu pouvant souvent durer plusieurs mois.

Pour y arriver, on pourra par exemple suggérer trois repas et deux collations couvrant les besoins caloriques de la personne selon sa taille et y ajouter deux bouteilles de suppléments alimentaires médicaux (de type Ensure), après le déjeuner et le souper ou en soirée. On suggère de la prendre après plutôt qu'avant les repas parce qu'ils provoquent une satiété rapide. On conseille de goûter différentes saveurs et différentes marques pour trouver un produit plus agréable (ou moins désagréable) pour le patient.

Pendant cette phase, il faudra souvent revenir à plusieurs reprises sur les facteurs qui motivent le patient à entreprendre ces changements.

Si la personne ne gagne que peu de poids, on explique alors qu'il est compréhensible qu'elle craigne une reprise de poids incontrôlée, mais que c'est extrêmement improbable. En fait le véritable danger réside dans le découragement face à la trop grande difficulté à surmonter le trouble alimentaire si on prend trop de temps à retrouver un poids santé. Pour faire face à ses moments de relâchement ou de découragement, Fairburn ([Fairburn, 2008](#)) (p.175) utilise l'analogie du canoë. Le retour au poids santé ressemble à la remontée d'une rivière en canoë pour atteindre le lac calme représentant l'équilibre alimentaire. On doit ramer avec persévérance contre le courant de ses vieilles habitudes. Lorsqu'on se décourage et qu'on arrête de ramer, on perd du terrain, mais si on persévère on atteint le lac calme de l'équilibre. Rendu là, la consolidation des bonnes habitudes alimentaires et l'assouplissement des croyances associé à un retour au poids santé permettent de maintenir un équilibre avec peu d'efforts.

Pendant la reprise de poids, la sensation d'être gros sous toutes ses formes devient souvent un obstacle important. Elle comprend différents phénomènes qui se recoupent : la sensation interne de gonflement de l'abdomen, la perception visuelle du ventre faisant protrusion de même que l'impression d'avoir trop mangé, de porter des vêtements trop serrés ou plus globalement « d'être gros ».

La sensation interne de gonflement est en partie reliée au retard de vidange gastrique. La réalimentation graduelle va généralement corriger la situation. Au début du processus, cette

sensation peut être très désagréable. Nous avons déjà évoqué la façon d'utiliser les aliments à haute concentration calorique pour minimiser ce problème. Cette sensation peut aussi être traitée d'une manière semblable à l'anxiété provoquée par une phobie. On explique qu'à force de l'éviter celle-ci s'accentue alors qu'en s'y exposant et en la tolérant elle s'atténue (voir principes d'exposition ([Chaloult et al., 2008](#))). Il est important de rappeler que cette sensation est la conséquence du trouble alimentaire et qu'elle ne doit pas être confondue avec la satiété. En ce sens, elle n'indique pas que la personne se soit suffisamment alimentée.

La perception visuelle de l'abdomen gonflé peut être atténuée en minimisant les aliments à faible teneur calorique, les fibres alimentaires et les boissons gazeuses. Souvent, il s'agit de préoccupations excessives par rapport à l'image corporelle sous forme de *body checking* discuté à la section 5.9.2 et qui sera abordé plus tard en cas d'anorexie. On invitera le patient à éviter les vêtements trop serrés qui peuvent accentuer cette sensation. On lui conseillera, si possible, de choisir ou d'acheter des vêtements qu'il aime, mais moins petits. Il est préférable de le faire un peu à l'avance, avant que les vêtements usuels ne soient plus portables. On peut aussi l'inviter à se débarrasser de ses vêtements minuscules.

La sensation plus globale d'être gros est abordée à la section 5.9.3. De la même façon, si elle interfère avec le progrès de la reprise de poids, elle peut être abordée à cette étape-ci, sinon elle sera traitée en même temps que les autres manifestations de l'importance exagérée accordée à la minceur, au poids et à son contrôle (section 5.9).

Mentionnons que les mêmes principes s'appliquent pour les patients qui ont un IMC de 17.5 à 19. Cependant, comme la dénutrition est moins importante, il n'est souvent pas nécessaire d'utiliser les suppléments alimentaires.

5.12.2 Le maintien du poids

Lorsqu'on approche de l'objectif de poids, les suppléments alimentaires pourront être cessés graduellement (le premier sera cessé à un IMC de 19 et le second à 19.5). Les patients sont souvent surpris, à ce stade, de constater à quel point ils peuvent manger sans prendre de poids. On consolide les bonnes habitudes alimentaires et on tente de trouver un nouvel équilibre. Rendu ici, il se peut que le patient commence à reprendre contact avec ses véritables sensations de faim et de satiété. Pendant les semaines qui suivent, on pourra passer aux étapes suivantes en gardant un œil sur le poids et les habitudes alimentaires.

Section 6 : Déroulement du traitement

La durée de la thérapie varie de façon importante d'une personne à l'autre. Par exemple, avec les cas d'anorexie, il n'est pas rare de devoir consacrer une quarantaine de séances, puisqu'il faut généralement prendre plus de temps pour favoriser la motivation et la phase de réalimentation qui s'ajoute dans ces cas, est souvent étalée sur plusieurs semaines. Les séances sont généralement hebdomadaires. Fairburn (2008) suggère deux visites par semaine en début de traitement.

Le plan qui suit est présenté à titre indicatif et est davantage adapté pour des cas de boulimie ou de trouble hyperphagique boulimique peu sévères et sans comorbidité. Dans la description de chaque séance, nous référons aux différentes sections par des chiffres entre parenthèses sous la forme suivante : (2.2)

1^{re} ENTREVUE

Étape 5.2 et début de 5.3 et 5.4

1. Histoire de cas habituelle.
2. Bien documenter les 10 points mentionnés à la section [2.2](#).
3. Poids, taille, R.C. et T.A.
4. Calculer l'indice de masse corporelle ([2.4.1](#) et [7.1](#)), le «poids idéal» et la fenêtre de «poids santé».
5. S'assurer de la présence d'une histoire médicale avec revue des systèmes et un examen physique complet.
6. Compléter le bilan de laboratoire ([2.3](#)).
7. Consultations en gastro, diététique ou autres si indiquées.
8. Poser un diagnostic le plus précis possible avec diagnostics différentiels et/ou diagnostics associés ([2.1](#) et [2.2](#)).
9. Vérifier s'il y a indication d'hospitalisation ([2.5](#)).
10. Expliquer le(s) diagnostic(s).
11. Expliquer les alternatives thérapeutiques sur le plan pharmacologique et psychothérapeutique.
12. Prescrire une médication si indiqué ([3](#)).
13. Déterminer s'il est souhaitable de rencontrer les membres de l'entourage ou de la famille (pour compléter l'évaluation et/ou les inclure dans le plan de traitement).
14. Travaux à domicile :
 - a. Demander de compléter les questionnaires (Eating Attitude Test (EAT-26) ([7.3](#)), Inventaire de Beck ([7.4](#)) pour la dépression et autres au besoin.
 - b. Demander de rédiger une liste d'objectifs thérapeutiques.
 - c. Remettre les lectures appropriées : Le manuel d'information destiné aux patients (7.18) «Overcoming Binge Eating» ([Fairburn, 2013](#)), «Overcoming your eating disorders» ([Apple & Agras, 2007](#)), «La boulimie, s'en sortir repas après repas» ([Schmidt & Treasure, 1999](#)), «Comment sortir de l'anorexie» ([Simon & Nef, 2002](#)) ou le dépliant de l'ANEB.
 - d. Référence aux groupes d'entraide ou services spécialisés si indiqué.

2^e ENTREVUE

Étapes 5.2 à 5.4 et début de 5.5

1. Bref retour sur la séance précédente (évaluation).
2. Préparer l'agenda de la séance en collaboration avec le patient.
3. Suivi.
Suivi signifie ici, comme dans les séances qui vont suivre, de s'informer sur l'évolution de la situation en général et de la symptomatologie en particulier. Compléter au besoin les formules d'assurances ou autres documents. Il est préférable de le faire en début d'entrevue. Dans le cas des troubles alimentaires, il est particulièrement important de suivre la progression de l'investigation médicale, du poids et des complications médicales. La fiche suivi de thérapie (7.6) peut être utile à cette fin.
4. Rencontrer la famille si indiqué (ce qui peut prendre une séance en soi).
5. Revoir les questionnaires complétés par le patient et discuter des résultats.
6. Discuter des lectures et répondre aux questions. Si le livre «Overcoming Binge Eating» est utilisé, on se concentre sur la première partie (chapitres 1 à 8).
7. Expliquer le modèle (5.3.1), présenter et discuter la conceptualisation cognitivo-comportementale personnalisée (5.3.2).
8. Utiliser au besoin les exercices visant la consolidation de la motivation (5.3.4)
9. S'informer des références aux groupes d'entraide ou autres ressources s'il y en a eu.
10. Revoir et compléter la liste d'objectifs puis s'entendre sur un plan de traitement (5.3.3 et 5.3.5).
11. Expliquer les étapes du traitement.
12. Travaux à domicile :
 - Poursuivre les lectures au besoin.
 - Exercices favorisant la motivation au besoin.
 - Bien expliquer le rôle primordial du journal d'auto-observation (2.4.4, 5.5.1 et 7.5).
 - Expliquer comment compléter le journal d'auto-observation.
 - Compléter une journée avec le patient à titre d'exemple.
 - Lui proposer de remplir le journal d'auto-observation de façon régulière sans faire d'efforts particuliers pour modifier sa façon de s'alimenter.

- Expliquer les raisons pour lesquelles on suggère de se limiter à une pesée hebdomadaire (**5.5.2**) et la débuter en précisant avec le patient le moment de cette pesée.
- Le poids sera noté dans le journal d'auto-observation, reporté sur le graphique intitulé : « courbe de poids », section **7.2** et sur la fiche suivi de thérapie (**7.6**).
 13. Résumé de la séance et feedback réciproque.

3^e ET 4^e ENTREVUES

Étape 5.5

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Retour sur les lectures si indiqué.
5. Revoir le journal d'auto-observation, corriger les erreurs ou imprécisions.
6. Présenter et compléter le document «Suivi de thérapie» (7.6).
7. Observer avec le patient les relations entre les jeûnes et les boulimies de même que les facteurs déclenchants des boulimies.
8. Travaux à domicile :
 - Lectures si indiqué
 - Pesée hebdomadaire
 - Journal d'auto-observation
 - Document «Suivi de thérapie»
 - Commencer à observer les facteurs déclenchants des accès boulimatiques
9. Résumé de la séance et feedback réciproque.

5^e ENTREVUE

Étape 5.6

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Retour sur les lectures si indiqué.
5. Revoir le journal d'auto-observation et les facteurs déclenchants des accès boulimiques.
Vérifier la poursuite des pesées hebdomadaires.
6. Suivre la progression à l'aide du document «Suivi de thérapie».
7. Expliquer l'étape 5.6, c.-à-d. l'établissement d'un horaire alimentaire planifié. L'accent est mis sur le moment où la personne mange dans le but d'éliminer les périodes prolongées de jeûne. Présenter les instructions pour l'horaire alimentaire planifié (7.7) et en discuter avec le patient. À ce stade, on n'insiste ni sur le type ni sur la quantité de nourriture.
8. On rédige un exemple de planification d'horaire alimentaire avec le patient dans la case située dans la partie supérieure de la deuxième version du journal d'auto-observation qui se retrouve à la section 7.7 (on le prépare généralement pour la journée du lendemain).
9. Travaux à domicile :
 - Pesée hebdomadaire.
 - Journal d'auto-observation.
 - Document «Suivi de thérapie».
 - Planification quotidienne de l'horaire alimentaire.
10. Résumé de la séance et feedback réciproque.

6^e À 8^e ENTREVUES

Étape 5.6 à 5.8

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Revoir la pesée hebdomadaire, le journal d'auto-observation et le document «Suivi de thérapie».
5. Porter une attention particulière à la planification quotidienne de l'horaire alimentaire. S'assurer qu'il n'y a pas de période de jeûne de plus de quatre heures (sauf la nuit évidemment). Bien observer avec le patient, la relation entre les jeûnes et les boulimies. Si les boulimies ont déjà commencé à diminuer, en profiter pour faire du renforcement positif.
6. Bilan et planification des étapes subséquentes (5.7). Si le poids est bas, il faudra vraisemblablement modifier significativement les étapes présentées ici et passer à l'étape 5.12 : retour à un poids santé.
7. Bien expliquer l'étape 5.8, c.-à-d. le travail sur les déclencheurs des accès boulimatiques. Souligner les déclencheurs qui s'appliquent au patient à partir d'exemples dans son journal d'auto-observation et de la fiche de travail sur les déclencheurs d'accès boulimatiques (7.8).
8. Travaux à domicile :
 - Pesée hebdomadaire.
 - Journal d'auto-observation.
 - Document «Suivi de thérapie».
 - Planification quotidienne de l'horaire alimentaire.
 - Remettre le document de travail sur les déclencheurs d'accès boulimatiques (7.8).
 - Travail sur les déclencheurs d'accès boulimatiques de façon personnalisée, progressive et atteignable. (Exemples : modifier les endroits où la personne s'alimente, la vitesse à laquelle elle s'alimente, la quantité de nourriture à portée de la main, utilisation des assiettes, apprendre à laisser de la nourriture dans l'assiette, cesser la télé, lecture, travail... pendant les repas). La solitude et l'ennui sont des déclencheurs devant souvent être travaillés de façon plus

détaillée. On peut préparer une liste d'activités alternatives et à partir de cette liste, rédiger au besoin une fiche thérapeutique que le patient pourra garder sur lui.

9. Résumé de la séance et feedback réciproque.

9^e À 11^e ENTREVUES

Étape 5.9

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Revoir la pesée hebdomadaire, le journal d'auto-observation, la planification de l'horaire alimentaire, le travail sur les déclencheurs d'accès boulimiques et le document «Suivi de thérapie».
5. Travail sur l'importance exagérée accordée à la minceur, au poids et à son contrôle (5.9).
 - Rappeler le rôle majeur de ces croyances en tant que facteurs de maintien (conceptualisation) et l'importance de les remettre en cause pour briser le cercle vicieux (5.9.1).
 - Expliquer les conséquences de ces croyances (5.9.1).
 - Exercice des pointes de tarte (5.9.1).
 - Début de l'activation comportementale dans le sens des valeurs pour empêcher le trouble alimentaire de prendre trop de place dans la vie du patient (5.9.1).
 - Identification et correction des comportements de surveillance excessive de l'image corporelle (*body checking*) (5.9.2).
 - Identification des évitements en lien avec l'exposition du corps (5.9.2)
 - Exercices d'exposition graduée (7.10).
6. Travaux à domicile (de façon progressive au fil des séances) :
 - Pesée hebdomadaire
 - Journal d'auto-observation
 - Planification quotidienne de l'horaire alimentaire
 - Document «Suivi de thérapie»
 - Exercice des pointes de tarte à compléter
 - Activation comportementale
 - Auto-observation des comportements de *body checking* à l'aide du journal

- Correction de ces comportements à la manière d'une exposition avec prévention de la réponse
 - Identification des évitements en lien avec l'exposition du corps (**5.9.2**) à l'aide du journal
 - Exercices d'exposition graduée (**7.10**).
7. Résumé de la séance et feedback réciproque.

12^e SÉANCE

Étape 5.10

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Revoir la pesée hebdomadaire, le journal d'auto-observation, la planification de l'horaire alimentaire, le travail sur les déclencheurs d'accès boulimiques, le document «Suivi de thérapie» et le travail sur l'importance exagérée accordée à l'image corporelle même si le patient cesse de le faire par écrit.
5. Identifier les règles ou restrictions alimentaires qui persistent
6. Expliquer l'importance de faire face aux évitements alimentaires.
7. Commencer à identifier les aliments évités avec le patient et rédiger une hiérarchie d'exposition.
8. Au besoin aider le patient à diminuer les comportements de privation (ce point est prioritaire et viendra plus rapidement dans le traitement de l'anorexie restrictive).
9. Travailler sur les vomissements induits s'ils persistent à ce stade du traitement.
10. Travaux à domicile :
 - Pesée hebdomadaire
 - Journal d'auto-observation
 - Planification quotidienne de l'horaire alimentaire
 - Document «Suivi de thérapie»
 - Restructuration cognitive plus ou moins systématisée
 - Aller à l'épicerie pour faire une liste de 10 à 20 aliments évités de niveaux et de difficultés divers
 - Coter le degré de difficulté de chaque aliment et établir une hiérarchie
11. Résumé de la séance et feedback réciproque.

13^e, 14^e ET 15^e SÉANCES

8^e étape : faire face aux évitements

1. Bref résumé de la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Revoir la pesée hebdomadaire, le journal d'auto-observation, la planification de l'horaire alimentaire, le travail sur les déclencheurs d'accès boulimiques, le document «Suivi de thérapie» et l'utilisation plus ou moins systématisée de la restructuration cognitive.
5. Revoir, compléter et finaliser les hiérarchies d'exposition alimentaire.
6. Expliquer que l'accent est mis sur le type de nourriture et pas sur la quantité, qu'il est préférable de débuter par de petites quantités et qu'il est important de résister à la tentation de revenir aux vomissements, laxatifs, diurétiques, exercices excessifs ou jeûnes. Expliquer l'habituation. Expliquer aussi l'importance de bien maîtriser une étape avant de passer à la suivante. Démontrer à l'aide d'un exemple la façon de compléter la grille pour les exercices d'expositions (**7.10**).
7. Travaux à domicile :
 - Pesée hebdomadaire
 - Journal d'auto-observation
 - Planification quotidienne de l'horaire alimentaire
 - Document «Suivi de thérapie»
 - Restructuration cognitive plus ou moins systématisée
 - Exercices d'expositions de façon progressive en spécifiant avec le patient la fréquence, le nombre et le type d'exercice.
8. Résumé de la séance et feedback réciproque.

Nota : On doit aussi parfois affronter d'autres types d'évitement comme de devoir manger avec certaines personnes, dans certains lieux... Mentionnons aussi qu'il est très utile de reprendre la restructuration cognitive avec le patient pour le préparer à faire face à certains évitements particulièrement difficiles. Certains de ces exercices d'exposition peuvent être débutés pendant la séance.

16^e ET 17^e SÉANCES

Étape 5.11 : Terminaison et prévention des rechutes

1. Bref résumé de la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Revoir la pesée hebdomadaire, le journal d'auto-observation, la planification de l'horaire alimentaire, le travail sur les déclencheurs d'accès boulimiques, le document «Suivi de thérapie», la restructuration cognitive et l'exposition.
5. Expliquer l'importance de planifier la prévention des rechutes.
6. Expliquer le document résumé de thérapie ([7.11](#)).
7. Expliquer la fiche thérapeutique qui s'intitule «Est-ce que je fais une rechute?» ([7.12](#))
8. Expliquer les techniques d'autothérapie (annexe IV).
9. Déterminer les exercices qui doivent être poursuivis.
10. Travaux à domicile :
 - Poursuite des exercices déterminés avec le patient
 - Résumé de thérapie ([7.11](#))
 - Fiche thérapeutique s'intitulant : «Est-ce que je fais une rechute?» ([7.12](#))

TERMINAISON

On peut offrir une ou deux entrevues de suivi à plus long terme (3 à 12 mois), appelées «*booster sessions*».

1. Bref résumé de la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Établir si un suivi pharmacologique sera nécessaire, rédiger un résumé de dossier et recommandations à l'omnipraticien.
5. Voir s'il y a eu des moments plus difficiles.
6. Revenir sur les stratégies de maintien à long terme :
 - Résumé de thérapie
 - Fiche thérapeutique de prévention des rechutes
7. Évaluer et aborder la question des appréhensions par concernant la fin de la thérapie.
8. Établir de quelle façon le patient pourra recontacter son thérapeute si le besoin se fait sentir.

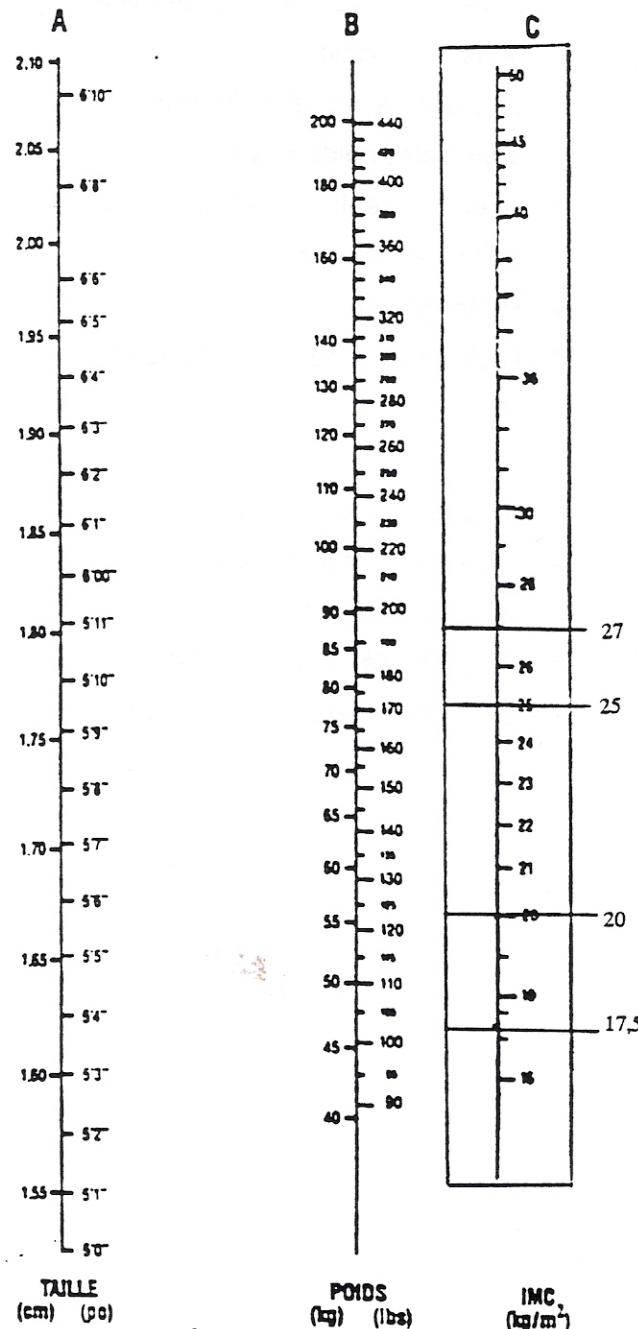
Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement

7.1 Indice de masse corporelle (IMC)

INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC ou MBI)

1. Faites un X sur l'échelle «A» vis-à-vis votre taille.
 2. Faites un X sur l'échelle «B» vis-à-vis votre poids actuel.
 3. Avec une règle, tracez une ligne reliant les deux X.
 4. Prolongez cette ligne sur l'échelle «C» pour trouver votre IMC.
 5. Pour le calculer :
- Poids (kg)/ (taille (m))² = IMC
(kg/m²)

- 17,5 ou moins : anorexie
- 17,5 à 20 : problème de santé possible
- 20 à 25 : poids normal
- 25 à 27 : début d'excédent de poids
- 27 ou plus : excédent de poids
- 30 à 35 : Obésité classe I
- 35 à 40 : Obésité classe II
- Plus de 40 : Obésité classe III

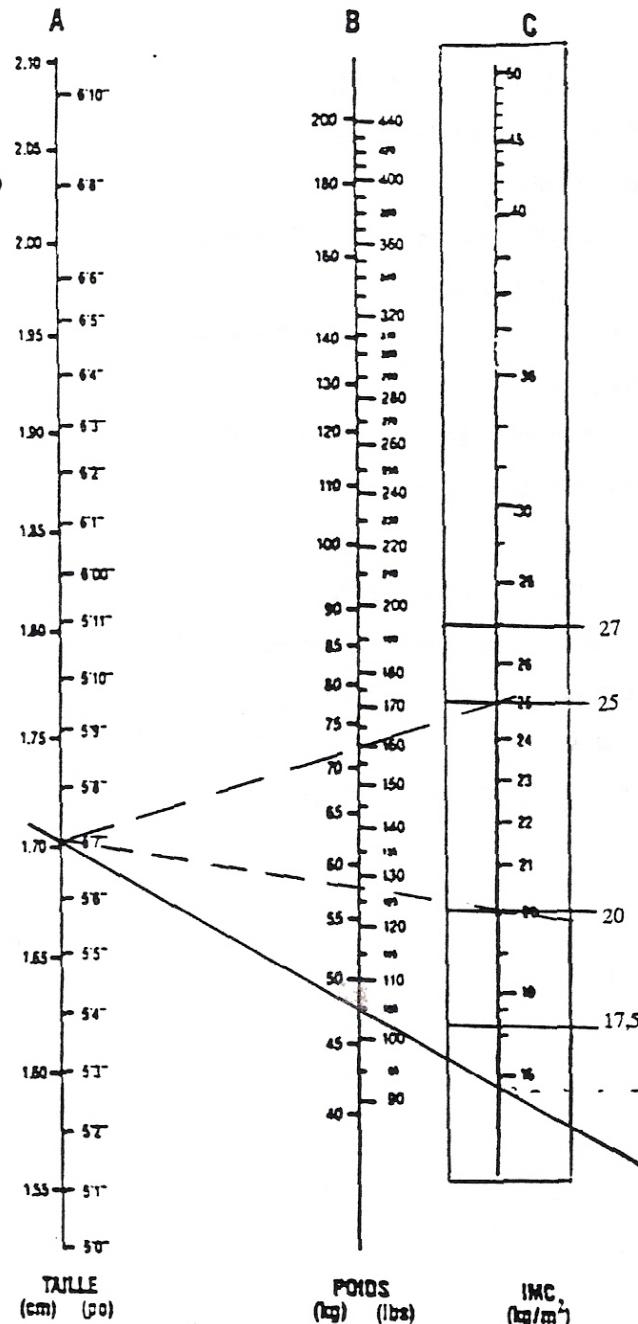


INDICE DE MASSE CORPORELLE (exemple)
(IMC ou MBI)

Comment trouver votre IMC :

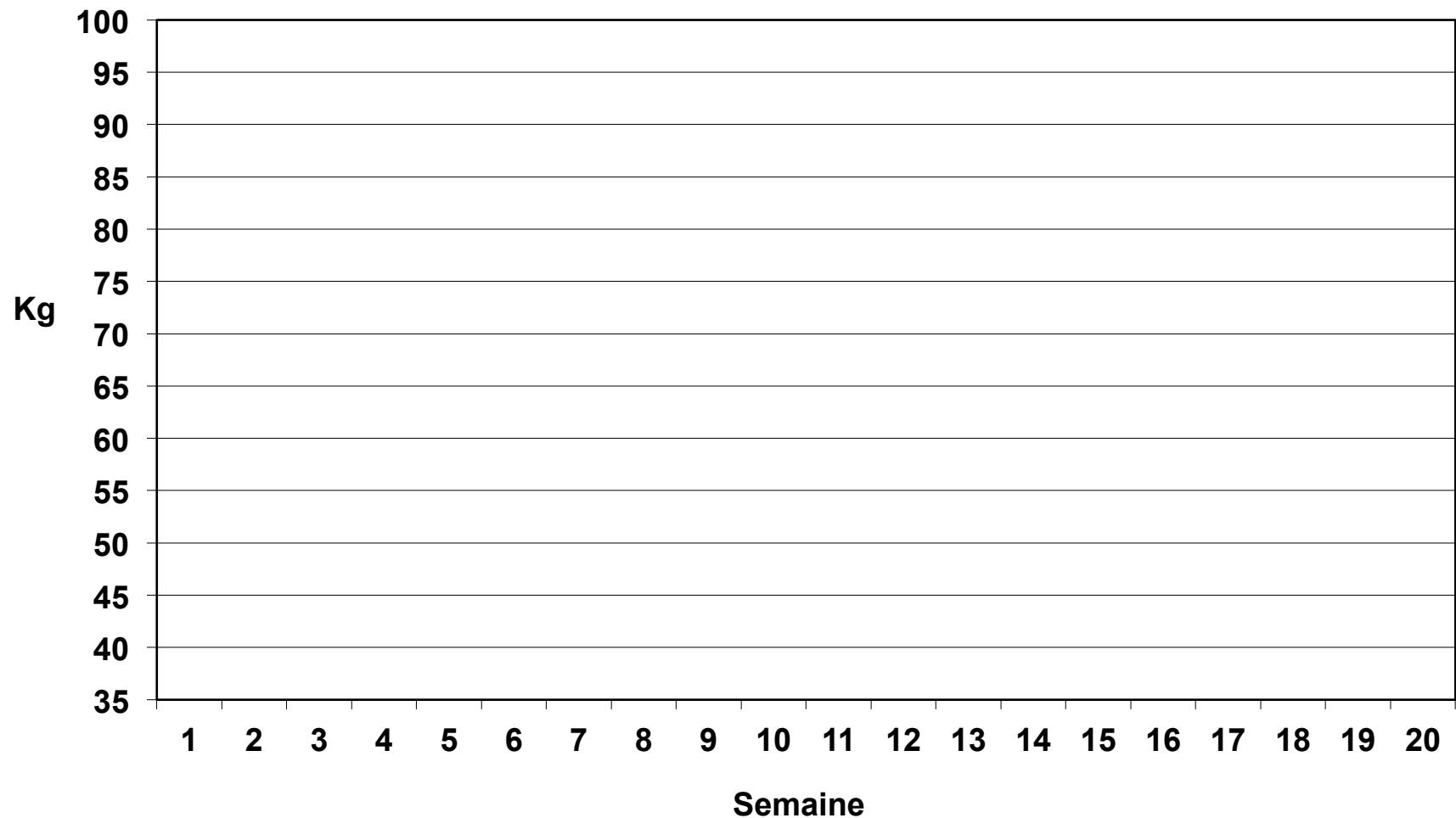
1. Faites un X sur l'échelle «A» vis-à-vis votre taille. Ex : 5'7"
2. Faites un X sur l'échelle «B» vis-à-vis votre poids actuel. Ex : 104 lbs
3. Avec une règle, tracez une ligne reliant les deux X.
4. Prolongez cette ligne sur l'échelle «C» pour trouver votre IMC. Ex : IMC = 16
Fenêtre de poids santé : 127 à 160 lbs
5. Pour le calculer :
 $\text{Poids (kg)} / (\text{taille (m)})^2 = \text{IMC (kg/m}^2\text{)}$
Ex : 47.3kg / (1,7m)² = 47.3 / 2.92 =
16.2

- 17,5 ou moins : anorexie
- 17,5 à 20 : problème de santé possible
- 20 à 25 : poids normal
- 25 à 27 : début d'excédent de poids
- 27 ou plus : excédent de poids
- 30 à 35 : Obésité classe I
- 35 à 40 : Obésité classe II
- Plus de 40 : Obésité classe III



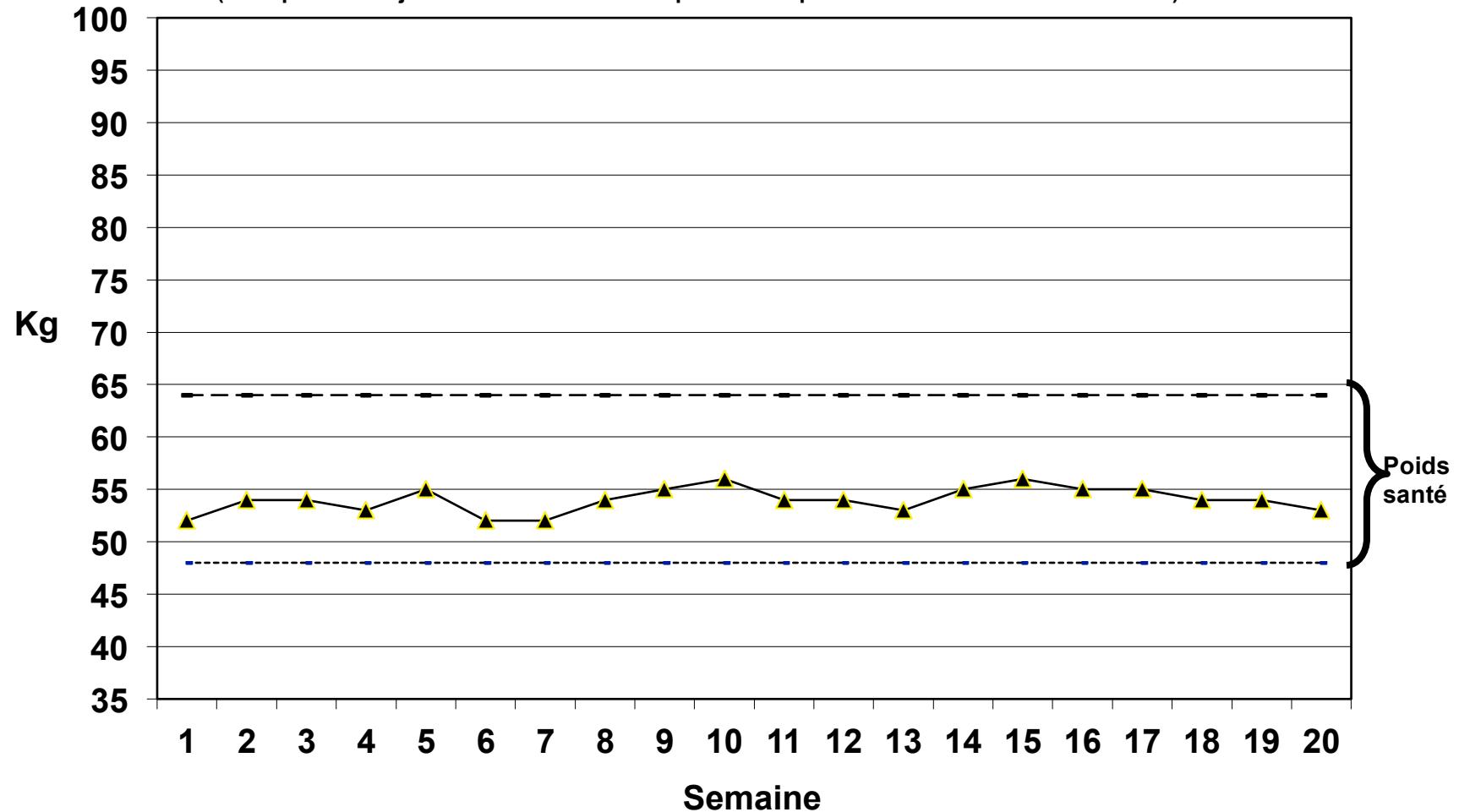
7.2 Courbe de poids

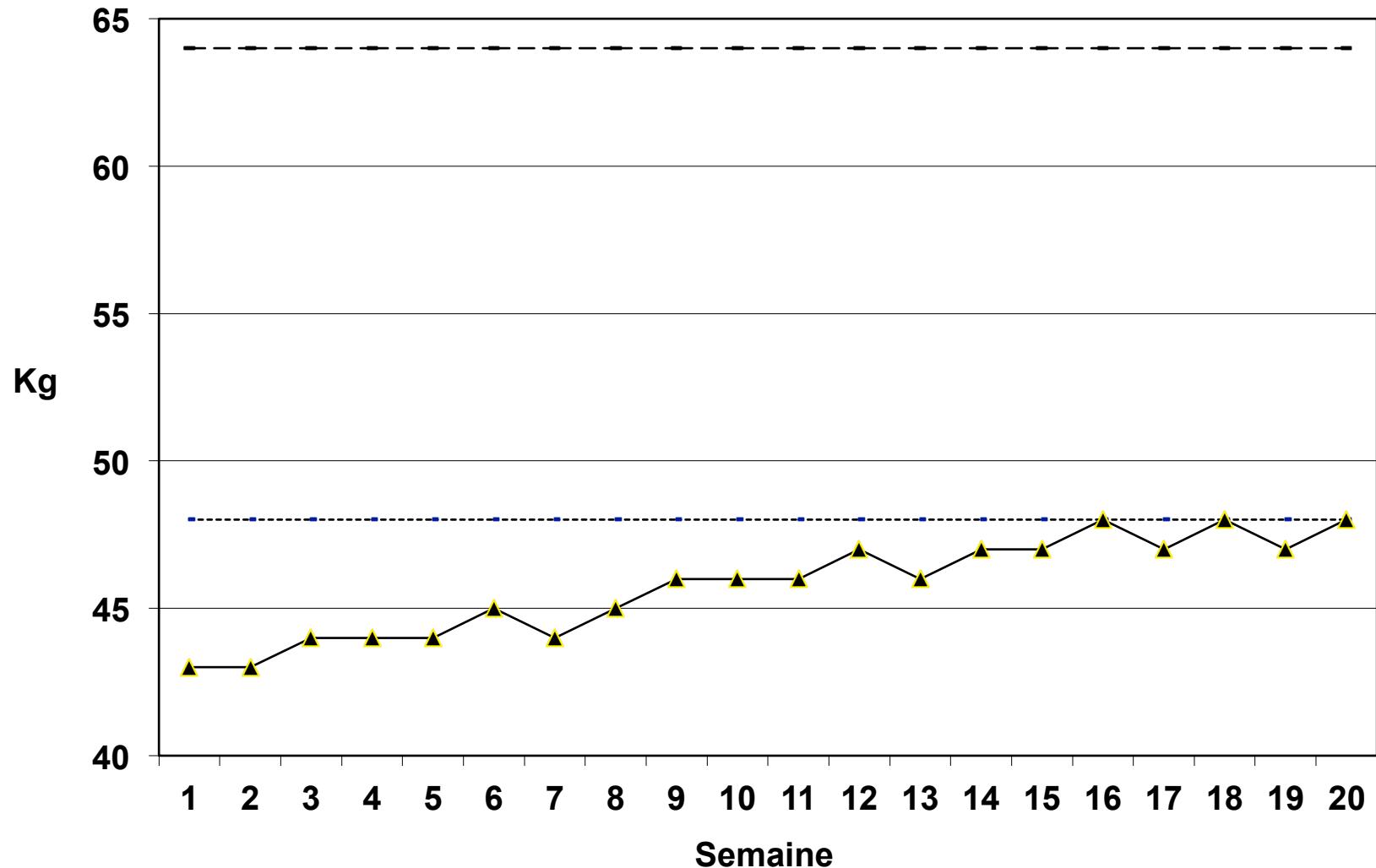
Courbe de poids



Courbe de poids

(exemple d'un sujet souffrant de boulimie qui avait un poids santé en début de traitement)



COURBE DE POIDS (exemple d'un sujet souffrant d'anorexie)

7.3 Eating Attitude Test (EAT 26)

EAT-26 (Eating Attitudes Test-26)

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

La plupart des questions portent directement sur vos habitudes alimentaires.

Veuillez cocher la case correspondant à votre situation, s'il vous plaît.

1. Je suis terrifié(e) à la pensée d'être trop gros(se).
 2. J'évite de manger quand j'ai faim.
 3. Je suis trop soucieux(se) de la nourriture.
 4. J'ai eu des épisodes de gloutonnerie durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger.
 5. Je découpe mes aliments en petits morceaux.
 6. J'ai conscience de la valeur calorique des aliments quand je mange.
 7. J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pomme de terre, riz...).
 8. Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange d'avantage.
 9. Je vomis après avoir mangé.
 10. Je me sens très coupable après avoir mangé.
 11. Le désir d'être plus mince me préoccupe.
 12. Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories.
 13. Les autres pensent que je suis trop mince.
 14. Je suis préoccupé(e) d'avoir trop de graisse sur le corps.
 15. Je prends plus de temps que les autres à prendre mes repas.
 16. J'évite de manger des aliments sucrés.
 17. Je mange des aliments diététiques.
 18. J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie.
 19. Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon alimentation.
 20. Je sens que les autres me poussent à manger.
 21. J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture.
 22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries.
 23. Je m'oblige à me mettre à la diète.
 24. J'aime avoir l'estomac vide.
 25. J'aime essayer des aliments nouveaux et riches.
 26. Je ressens le besoin de vomir après les repas.

Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)

L'échelle EAT-26 comporte 26 items formant 3 sous-échelles : 1) la diète (ou restriction alimentaire), qui comprend 13 items reliés à la préoccupation concernant la minceur ; 2) la boulimie regroupant 6 items qui évaluent les comportements boulimiques, tels que les orgies alimentaires, les vomissements provoqués et les purges ; 3) le contrôle de la prise alimentaire, regroupant 7 items reliés aux phénomènes observés chez des patients souffrant d'anorexie, tels que l'autocontrôle devant la nourriture et la perception de pressions sociales encourageant un gain de poids.

Ses 26 items permettent de déterminer la fréquence du comportement, des émotions ou des pensées décrits sur une échelle de 6 points (1 =jamais, 6 = toujours). Pour l'établissement du score EAT-26, pour tous les items (items directs) à l'exception du #25 (item inversé), chacune des réponses reçoit la valeur suivante:

Toujours = 3 / Très souvent = 2 / Souvent = 1 / Parfois = 0 / Rarement = 0 / Jamais = 0

Pour l'item #25, les réponses sont ainsi cotées:

Toujours = 0 / Très souvent = 0 / Souvent = 0 / Parfois = 1 / Rarement = 2 / Jamais = 3

Un score de 20 ou plus est un indicateur de la présence d'un trouble alimentaire.

L'autoquestionnaire Eating Attitudes Test-26 (University Health Center, University of Maryland) est une version abrégée de l'échelle EAT-40 initialement développée par ([Garner et al., 1982](#)) pour dépister l'anorexie où 14 items redondants ont été secondairement éliminés ([Garner & Garfinkel, 1979](#); [Garner et al., 1982](#)). La correspondance entre l'échelle originale et l'échelle abrégée s'étant avérée satisfaisante (corrélation de 0.98) ainsi que la sensibilité, spécificité et valeur prédictive positive de la EAT-26, cette dernière est devenue un outil de dépistage très utilisé des troubles alimentaires définis dans la DSM-IV ([Leichner et al., 1994](#); [Mintz & O'Halloran, 2000](#)). La validité de l'échelle a été confirmée depuis par différents auteurs à la lumière des restructurations nosologiques du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed ; American Psychiatric Association, 1994) ([Mintz & O'Halloran, 2000](#)). Ces auteurs ont rejeté les présomptions de scores élevés de faux positifs et de faible valeur positive prédictive liés à une utilisation dans des échantillons non cliniques de sujets. Ils ont démontré que la EAT-26 disposait d'une précision de 90% lors du diagnostic d'individus présentant ou non un trouble alimentaire défini dans la DSM-IV (i.e., anorexie, boulimie ou

EDNOS, Eating disorder not otherwise specified) et que les scores moyens de la EAT différaient parmi les individus présentant un tel trouble selon qu'ils étaient symptomatiques ou non. En revanche, l'échelle ne permet pas de dissocier les types de désordres alimentaires et n'est pas performante pour différencier les anorexies de type restrictif des conduites anorexiques de type boulimique (binge) ou purge (purging). L'intérêt de ce questionnaire est de permettre le dépistage de troubles alimentaires (mais non leur différenciation), de rechercher des éventuelles modifications du comportement alimentaire sans a priori sur leur forme d'expression du fait de l'exploration conjointe des versants boulimie et anorexie. Cette échelle paraît également intéressante pour le suivi des sujets.

La version française de la EAT-26, fournie par l'équipe du professeur Michel Perreault, Université McGill, Montréal a été validée au Québec ([Leichner et al., 1994](#)). Elle présente des caractéristiques psychométriques similaires à la version anglaise. Sur la base d'une étude réalisée auprès d'étudiantes et de patientes présentant un diagnostic d'anorexie ou de boulimie nerveuses, anglophones et francophones ([Leichner et al., 1994](#)) ont rapporté que la sensibilité pour détecter les cas pathologiques était de 87,5% pour la version anglaise, 89% pour la version française; la spécificité était de 87,9% pour la version anglaise, 89,9% pour la version française et que la valeur prédictive positive était de 77% pour la version anglaise et de 85,9% pour la version française. La version française permet donc de différencier un groupe de patients adultes et adolescentes (boulimiques et anorexiques) d'un groupe contrôle.

7.4 Inventaire de Beck de dépression et inventaire de Beck anxiété

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1.	Lisez attentivement toutes les phrases.			
2.	Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.			
3.	Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.			
1.	0 () Je ne me sens pas triste. 1 () Je me sens morose ou triste. 2 () Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. 2 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. 3 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.	11.	0 () Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. 1 () Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire 2 () Je me sens irrité(e) tout le temps. 3 () Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.	
2.	0 () Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. 1 () Je me sens découragé(e) à propos du futur. 2 () Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. 2 () Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. 3 () Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer	12.	0 () Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. 1 () Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. 2 () J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. 3 () J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.	
3.	0 () Je ne sens pas que je suis un échec. 1 () Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. 2 () Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. 2 () Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. 3 () Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).	13.	0 () Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. 1 () J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. 2 () J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. 3 () Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.	
4.	0 () Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). 1 () Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps. 2 () Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. 2 () Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. 3 () Je suis mécontent(e) de tout.	14.	0 () Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. 1 () Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait. 2 () Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. 3 () Je me sens laid(e) et répugnant(e).	
5.	0 () Je ne me sens pas particulièrement coupable. 1 () Je me sens souvent mauvais(e) ou indigné. 1 () Je me sens plutôt coupable. 2 () Je me sens mauvais(e) et indigné presque tout le temps. 3 () Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigné.	15.	0 () Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. 1 () J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. 2 () Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. 3 () J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit. Je ne peux faire aucun travail.	
6.	0 () Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). 1 () J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. 2 () Je sens que je suis ou sera puni(e). 3 () Je sens que je mérite d'être puni(e)	16.	0 () Je peux dormir aussi bien que d'habitude. 1 () Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude. 2 () Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. 3 () Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures.	
7.	0 () Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. 1 () Je suis déçu(e) de moi-même. 1 () Je ne m'aime pas. 2 () Je suis dégoûté(e) de moi-même. 3 () Je me hais.	17.	0 () Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. 1 () Je me fatigue plus facilement qu'avant. 2 () Je me fatigue à faire quoi que ce soit. 3 () Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.	
8.	0 () Je ne sens pas que je suis pire que les autres. 1 () Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. 2 () Je me blâme pour mes fautes. 3 () Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal.	18.	0 () Mon appétit est aussi bon que d'habitude. 1 () Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude. 2 () Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. 3 () Je n'ai plus d'appétit du tout.	
9.	0 () Je n'ai aucune idée de me faire du mal. 1 () J'ai des idées de me faire du mal, mais je ne les mettrai pas à exécution. 2 () Je sens que je serais mieux mort(e). 2 () Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). 3 () J'ai des plans définis pour un acte suicidaire. 3 () Je me tuerai si je le pouvais.	19.	0 () Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement). 1 () J'ai perdu plus de 5 livres. 2 () J'ai perdu plus de 10 livres. 3 () J'ai perdu plus de 15 livres.	
10.	0 () Je ne pleure pas plus que d'habitude. 1 () Je pleure plus maintenant qu'auparavant. 2 () Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter. 3 () Auparavant, j'étais capable de pleurer, mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.	20.	0 () Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. 1 () Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. 2 () Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. 3 () Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.	
		21.	0 () Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. 1 () Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. 2 () Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. 3 () J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.	

INVENTAIRE DE BECK ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant, mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
	0	1	2	3
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. «Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3

16.	Peur de mourir	0	1	2	3
17.	Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18.	Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19.	Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20.	Rouissement du visage	0	1	2	3
21.	Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

**COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS
DES INVENTAIRES DE BECK
POUR LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ**

0 à 9 :	normal
10 à 19 :	dépression ou anxiété légères
20 à 25 :	dépression ou anxiété modérées
26 à 29 :	dépression ou anxiété modérées à sévères
30 à 40 :	dépression ou anxiété sévères
41 ou plus :	dépression ou anxiété très sévères

7.5 Journal d'auto-observation

JOURNAL D'AUTO-OBSERVATION

Adapté de ([Fairburn, 2008](#))

Jour : _____

Date : _____

COMMENT COMPLÉTER LE JOURNAL D'AUTO-OBSERVATION .

Débutons par une mise en garde. Le journal d'auto-observation n'est pas une façon de contrôler ce que vous mangez ni de compter les calories ou peser les aliments. Il vous permet d'observer les facteurs qui influencent votre alimentation et les relations entre les comportements alimentaires, les événements, les pensées et les émotions. Même lorsqu'il est complété dans cet esprit, il se peut que vous ressentiez une augmentation passagère de vos préoccupations par rapport à la nourriture.

- **1^{ère} colonne :** Notez l'heure à laquelle vous avez mangé (ou bu).
- **2^e colonne :** Notez de façon détaillée ce que vous avez mangé, incluant les accès boulimiques. Ne notez pas les calories. Contentez-vous d'une simple description des aliments. Prenez vos notes dès que cela est possible après la prise d'aliments. Les notes complétées plusieurs heures plus tard sont beaucoup moins fiables. Il est très important de noter rapidement chacune de vos prises de nourriture. Les aliments considérés comme un repas seront suivis d'une parenthèse et les collations seront notées sans parenthèses.
- **3^{iéme} colonne :** Spécifiez le lieu où vous étiez lorsque vous avez consommé cette nourriture. Si vous êtes à la maison, précisez dans quelle pièce vous avez mangé.
- **4^e colonne :** Inscrivez un astérisque en face des aliments que vous avez absorbés rapidement et avec un sentiment de perte de contrôle. Les accès boulimiques apparaîtront sous la forme d'une série d'astérisques.
- Notez tout les vomissements de même que l'usage de laxatifs ou de diurétiques. Inscrivez V pour vomissement, L pour laxatif et D pour diurétique. S'il y a 3 vomissements consécutifs par exemple, vous pouvez inscrire : « V X 3 ». Si vous avez utilisé des laxatifs ou diurétiques, inscrivez le nom du médicament, la dose et le nombre de comprimés dans la colonne suivante intitulée : « contexte/commentaires ».
- **5^e colonne :** Vous pouvez inscrire tout ce qui a pu influencer votre alimentation. Notez particulièrement les facteurs qui semblent avoir déclenché vos accès boulimiques.

7.6 Suivi de thérapie

SUIVI DE THÉRAPIE

Semaine	Boulimies	V/L/D	Bonnes Journées	Poids	Événements, commentaires
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

1^{re} colonne : Nombres de semaines de traitement.

2^e colonne : Notez le nombre d'accès boulimiques survenus au cours de cette semaine.

3^e colonne : Notez le nombre de vomissements (V), combien de fois vous avez utilisé des laxatifs (L), combien de fois vous avez utilisé des diurétiques (D).

4^e colonne : Notez le nombre de « bonnes journées ». **Vous avez eu une bonne journée lorsque vous avez fait de votre mieux pour respecter les objectifs actuels du programme.** La définition évoluera en cours de traitement à mesure que les objectifs thérapeutiques progresseront. Par exemple si vous en êtes à l'étape où votre seul objectif consiste à compléter votre journal d'auto-observation, vous considérerez la journée comme bonne si vous avez bien complété le journal, et ce même si vous avez eu plusieurs boulimies.

5^e colonne : Notez votre poids. Si vous vous êtes pesé plus d'une fois dans la semaine, ne notez que le poids que vous aviez au moment prévu pour la pesée.

6^e colonne : Vous pouvez noter les évènements significatifs, la progression des étapes de thérapie, etc.

7.7 Instructions pour l'horaire alimentaire planifié

Instructions pour l'horaire alimentaire planifié

L'objectif à cette étape n'est pas de modifier la quantité de nourriture que vous prenez, mais bien le moment où la nourriture sera prise. On veut ici diminuer les périodes de jeûne et mettre en place un horaire alimentaire plus régulier.

Planifiez la veille ou le matin au lever, dans le haut de votre journal alimentaire, un horaire alimentaire comprenant trois repas et deux à trois collations.

Exemple : 7h déjeuner

10h30 collation AM à la pause (apporter ma pomme)

12h15 dîner (Ne pas oublier mon lunch)

15h collation PM (après la réunion, je prendrai ma barre tendre)

18h30 souper

21h collation de soirée

Instructions :

- Prenez chaque repas et chaque collation tels que planifiés
- Ne pas en sauter
- Ne pas rester plus de 4 heures sans manger (sauf la nuit)
- Ne pas manger entre les moments planifiés
- Évitez les comportements compensatoires après les repas et collations (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercices excessifs)
- À ce stade, vous choisissez les aliments et la quantité que vous voulez (au début, il est souvent préférable de ne pas garder d'aliments « dangereux » facilement disponibles).
- Sachez toujours à quel moment aura lieu votre prochaine prise d'aliments.

JOURNAL D'AUTO-OBSERVATION

Adapté de ([Fairburn, 2008](#))

Jour : _____

Date : _____

Planification de l'horaire :

- Planifiez 3 repas et 2 ou 3 collations
 - Pas plus de 4 heures sans manger
 - Prenez tous vos repas et collations
 - Ne mangez pas en dehors des périodes prévues
 - Mangez ce que vous voulez tant que vous pouvez le faire sans vomir ni compenser
 - Vous devez toujours savoir à quel moment aura lieu la prochaine prise de nourriture

7.8 Travail sur les déclencheurs d'accès boulimiques

Travail sur les déclencheurs d'accès boulimiques

- ✓ Mangez à **table** et non au comptoir ou près du réfrigérateur et des armoires.
- ✓ Utilisez une **assiette** et évitez de manger à même les contenants.
- ✓ Servez-vous des **portions raisonnables** (ni trop petites ni trop grosses).
- ✓ Rangez les **contenants à distance** lorsque vous mangez, quitte à vous relever pour vous servir à nouveau si vous avez encore faim lorsque vous avez terminé votre assiette.
- ✓ **Concentrez-vous sur le repas.** Vous pouvez converser pendant le repas, mais **évitez de vous distraire en écoutant la télé, en travaillant, en lisant...**
- ✓ **Mangez lentement** et prenez l'habitude de déposer la fourchette entre les bouchées.
- ✓ **Essayez d'apprécier** le goût de la nourriture et le plaisir de manger.
- ✓ « **Écoutez** » les signaux de faim et de satiété.
- ✓ **Cessez de manger lorsque vous n'avez plus faim**, même si il reste de la nourriture dans votre assiette.
- ✓ Au début, limitez la disponibilité des aliments « interdits ».
- ✓ Autres outils parfois utiles :
 - Si vous avez tendance à faire des accès boulimiques lorsque vous vous ennuyez ou lorsque vous êtes seul(e)s, utilisez votre **liste d'activités alternatives**.
 - Si vous avez tendance à faire des accès boulimiques lorsque vous éprouvez des émotions désagréables (tristesse, frustration, colère, anxiété, culpabilité, honte...) vous pouvez apprendre la **restructuration cognitive**.
 - Si vous avez tendance à faire des accès boulimiques lorsque vous n'arrivez pas à résoudre vos problèmes vous pouvez apprendre à utiliser une **technique de résolution de problème**.

7.9 Tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles

TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES PENSÉES DYSFONCTIONNELLES SELON BECK

ÉVÉNEMENT Situation ou occasion ou fil des pensées	ÉMOTION Spécifier l'émotion (0-100%)	PENSÉES IMMÉDIATES (Y COMPRIS LES PENSÉES AUTOMATIQUES) Écrire textuellement les pensées à l'origine de l'émotion (0-100 %)	PENSÉES RÉALISTES Écrire les pensées réalistes résultant de la restructuration cognitive (0-100 %)	RÉSULTAT Réévaluer l'intensité de l'émotion (0-100%)

7.10 Grille d'auto-observation des exercices d'exposition

GRILLE D'AUTO-OBSERVATION DES EXERCICES D'EXPOSITION

NOM : _____

DATE : _____

Exercice : _____

Pensées automatiques	Pensées réalistes

Date	Identifier si : vous étiez : 1. seul 2. accompagné	Avez-vous : 1. fait face à la situation 2. évité la situation 3. fait face avec neutralisation ou un objet sécurisant. Spécifiez	Combien de temps avez-vous fait face à la situation?	Niveau d'anxiété maximal atteint (0-10)	À quoi pensiez-vous ? Commentaires

7.11 Fiche : Résumé de thérapie

Résumé de thérapie

Ressortez toutes les feuilles d'exercices, les prescriptions de travaux à domicile et les lectures que vous avez faites dans le cadre de votre thérapie. Jetez-y un coup d'œil sans tout relire en détail dans le but de vous remettre en tête toutes les étapes du travail accompli au cours de cette thérapie. Notez ci-dessous ce qui vous a été le plus utile. Il s'agit d'un résumé très personnel. Il n'a pas pour but d'être complet, mais bien d'identifier les outils qui vous ont été utiles pour augmenter vos chances de les intégrer dans votre quotidien à long terme.

7.12 Fiche de prévention des rechutes

Fiche de prévention des rechutes

Est-ce que je fais une rechute?

Situations à risque	Quoi faire si je crois qu'il peut s'agir d'une rechute
Symptômes*	

* Décrivez ici les symptômes qui apparaissent lorsque vous faites une rechute. Portez une attention particulière à ceux qui sont les premiers à se présenter. Inscrivez bien en quoi ils sont différents des hauts et bas de votre fonctionnement habituel. Il serait préférable d'écrire quelque chose comme « Je ne dors pas plus de quatre heures par nuit presque tous les soirs pendant plusieurs semaines » plutôt que de se limiter à « Je ne dors pas bien ».

Fiche de prévention des rechutes : exemple

Est-ce que je fais une rechute?

Situations à risque :

- *L'hiver quand je prends un peu de poids*
- *Surcharge de travail, voyages d'affaires, beaucoup de restos*
- *Disputes avec mon conjoint*
- *Quand je n'ai plus le temps de m'entraîner*

Symptômes*

- *Je suis plus préoccupée par la nourriture*
- *Je me sens coupable quand je mange*
- *Je commence à éviter certains aliments*
- *J'ai très souvent envie d'aller vérifier si j'ai pris du poids*
- *Je me « pince le bourrelet » à répétition*
- *Je recommence à me priver (c'est un TRÈS mauvais signe!!!)*

Quoi faire si je crois qu'il peut s'agir d'une rechute

- *Rappeler mon thérapeute : Monsieur D., Tél. : 123-4567*
- *Appeler mon médecin Dr B. Tél. : 234-5678*
- *Discuter avec eux pour décider si je devrais reprendre le médicament qui m'a aidé c.-à-d. : Rx until, x mg, tous les matins*
- *Retire mon résumé de thérapie*
- *Reprendre les exercices qui m'ont aidé :*
- *Pesée hebdomadaire*
- *Horaire alimentaire planifié*
- *Ressortir ma fiche : « quoi faire quand je sens une impulsion de boulimie? »*
- *Mettre mes limites au travail*
- *Résolution de problème si nécessaire*

* Décrivez ici les symptômes qui apparaissent lorsque vous faites une rechute. Portez une attention particulière à ceux qui sont les premiers à se présenter. Inscrivez bien en quoi ils sont différents des hauts et bas de votre fonctionnement habituel. Il serait préférable d'écrire quelque chose comme « Je ne dors pas plus de quatre heures par nuit presque tous les soirs pendant plusieurs semaines » plutôt que de se limiter à « Je ne dors pas bien ».

7.13 Quelles sont les conséquences d'un poids trop bas?

Quelles sont les conséquences d'un poids trop bas?²

Elles sont nombreuses et touchent toutes les sphères de fonctionnement. Plusieurs d'entre elles contribuent à générer un cercle vicieux qui enferme la personne dans ses difficultés. Les informations qui suivent sont basées sur des données scientifiques obtenues dans le cadre de recherches portant sur les personnes souffrant de famines, de manque de nourriture et même d'expériences ou des volontaires ont été privés de nourriture.

Si votre poids est trop bas, il est probable que plusieurs des conséquences décrites ci-dessous s'appliquent à vous. Il arrive souvent, chez les personnes qui maintiennent un poids bas depuis longtemps, que ces conséquences passent inaperçues parce qu'elles sont considérées comme faisant partie de leur personnalité.

CONSÉQUENCES D'UN POIDS TROP BAS

- Effets psychologiques
 - Pensées : Pensées rigides, concentration plus difficile. L'alimentation devient obsédante et les autres intérêts sont souvent restreints.
 - Émotions : Plus de tristesse et d'irritabilité.
 - Comportements : Comportements plus rigides et rituels en particulier autour de l'alimentation. Moins de spontanéité.
- Effets sociaux : Isolement social.
- Effets sur votre corps
 - Cœur et circulation : Ralentissement du rythme cardiaque, baisse de la tension artérielle, étourdissements, faiblesse. Dans certains cas on peut même observer des troubles du rythme cardiaque qui peuvent être mortels.
 - Sexualité, hormones : Diminution des hormones sexuelles, de la libido et arrêt des menstruations
 - Os : Risque plus élevé d'ostéoporose et de fractures
 - Système digestif : Les intestins ralentissent et l'estomac met plus de temps à se vider ce qui explique la sensation de ballonnement.
 - Muscles : Faiblesse musculaire
 - Peau, cheveux : Apparition de duvet, perte de cheveux, sécheresse de la peau.
 - Température : Frilosité

² Adapté et résumé de ([Fairburn, 2008](#)) p.154-155.

7.14 Les avantages et les inconvénients

Les avantages et inconvénients (poids inférieur au poids santé)

Vous vous préparez à tenter de surmonter votre trouble alimentaire. Pour ce faire vous devrez faire des efforts importants et soutenus. En particulier, vous devrez prendre du poids pour revenir à un poids santé. Quelles sont vos craintes face à ces changements? Quels inconvénients pourrait-il y avoir si vous y arrivez? Notez le tout dans la première colonne du tableau ci-dessous.

Pour saisir quels seraient pour vous les avantages du changement, observez votre vie et tentez d'identifier toutes les conséquences négatives du trouble alimentaire dont vous pourriez être soulagé. Pensez aux conséquences à court et à long terme. Regardez la liste des conséquences d'un poids trop bas et détectez celles qui s'appliquent à vous. Notez ensuite à quel point chacune de ces conséquences interfère avec votre fonctionnement ou entrave vos projets. Notez aussi lesquelles sont les plus souffrantes pour vous. Imaginez comment serait votre vie sans ces conséquences et inscrivez les avantages du changement dans la deuxième colonne.

Les avantages et inconvénients (poids santé ou plus élevé)

Vous vous préparez à tenter de surmonter votre trouble alimentaire. Pour ce faire vous devrez faire des efforts importants et soutenus. Quelles sont vos craintes face à ces changements? Quels inconvénients pourrait-il y avoir si vous y arrivez? Notez le tout dans la première colonne du tableau ci-dessous.

Pour saisir quels seraient pour vous les avantages du changement, observez votre vie et tentez d'identifier toutes les conséquences négatives du trouble alimentaire dont vous pourriez être soulagé. Pensez aux conséquences à court et à long terme. Notez ensuite à quel point chacune de ces conséquences interfère avec votre fonctionnement ou entrave vos projets. Notez aussi lesquelles sont les plus souffrantes pour vous. Imaginez comment serait votre vie sans ces conséquences et inscrivez les avantages du changement dans la deuxième colonne.

Craindre ou inconvenients du changement	Avantages du changement

7.15 Fiche thérapeutique : « Mes motivations »

Mes motivations

Sur la fiche ci-dessous, résumez ce qui vous motive à surmonter votre trouble alimentaire. Notez ce qui est le plus important pour vous. Il y aura probablement des moments difficiles. Cette fiche vous aidera à persévéérer en vous rappelant ce qui compte vraiment pour vous dans cette démarche. Vous pourrez la conserver précieusement et la regarder aussi souvent que nécessaire. Certaines personnes aiment l'afficher à un endroit qu'ils regardent souvent (frigo, agenda, cellulaire...) d'autres la garde sur eux (porte-feuille, sac à main...), faites ce qui vous sera le plus utile.

Mes motivations

Je veux surmonter mon trouble alimentaire parce que :

Même si :

7.16 Conseils pour la famille et les proches

Comment agir avec une personne anorexique ou boulimique ?³

- Obtenez de l'information et partagez-la.
- Exprimez votre inquiétude, mais n'essayez pas de contrôler.
- Ne soyez pas surpris si la personne nie son problème.
- Encouragez la personne anorexique ou boulimique à consulter un professionnel.
 Insistez, s'il le faut.
- Évitez les discussions concernant la nourriture.
- Ne blâmez pas la personne.
- Attention aux comparaisons : l'estime personnelle des personnes souffrant de troubles de l'alimentation est parfois fragile.
- Faites preuve d'empathie : évitez les commentaires sur l'apparence et sur les comportements.
- Évitez de menacer ou de faire peur.
- Encouragez la personne à participer à des activités non liées à la nourriture.
- Lorsque la personne est en thérapie, lâchez prise.
- Soyez patient : cette maladie peut être longue et il est inutile d'espérer une guérison instantanée.
- Obtenez de l'aide pour vous : recherchez le soutien de votre famille, de vos amis ou d'un professionnel.

³ Reproduit à partir du site internet du programme des troubles de l'alimentation de l'institut universitaire en santé mentale Douglas: <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation-conseils-famille>

7.17 Ressources et groupes d'entraide

GROUPES D'ENTRAIDE

Fondation Anorexie et Boulimie du Québec (ANEBC)

<http://www.anebquebec.com>

Tél. : 514-630-0907, 1-800-630-0907

Outre-mangeurs Anonymes

<http://www.outremangeurs.org>

Tél. : 514-490-1939, 1-877-509-1939

Groupe d'entraide à Québec:

L'éclaircie www.maisoneclaircie.qc.ca

RESSOURCES HOSPITALIÈRES

Si âgés de 12 à 18 ans :

Montréal : Hôpital Ste-Justine, médecine adolescence Tél. : 514-345-4721

Québec : Hotel-Dieu du Sacré-Coeur de Québec, 418-525-4444

Cliniques pour adultes :

Montréal : Hôpital Douglas. <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation> Tél. : 514-761-6131

Québec : CHU, Programme d'intervention des troubles des conduites alimentaires (PITCA), www.chuq.qc.ca/fr/les_soins/psychiatrie/psychiatrie_pitca.htm, Tél. : 418-525-4444

7.18 Manuel d'information destiné aux patients

1. Introduction

Ce guide a été rédigé dans le but de vous accompagner dans votre thérapie pour diminuer l'emprise qu'a le trouble alimentaire sur votre vie. Dans certains cas légers, il pourra peut-être suffire à améliorer la situation, mais il a été pensé pour accompagner une thérapie. Il est probable que ce soit votre thérapeute qui vous en a recommandé la lecture et qu'il vous accompagnera tout au long du processus. Si vous n'avez pas de thérapeute, il faudra vraisemblablement consulter si vous souffrez d'un trouble alimentaire. Ces troubles peuvent avoir des conséquences très graves sur la santé et une bonne évaluation médicale de même qu'un suivi psychologique et parfois même l'aide d'un nutritionniste ou d'autres professionnels de la santé peuvent être nécessaires.

Le présent guide est divisé en deux parties. La première, intitulée « comprendre », vous donne des informations sur les symptômes des troubles alimentaires et les cercles vicieux qui font que ces problèmes persistent dans le temps, malgré le fait qu'ils soient souvent très dérangeants, voire même handicapants. La deuxième partie, intitulée « surmonter vos difficultés », présente les principales étapes de la thérapie cognitivo-comportementale des troubles alimentaires. Il s'agit de la forme de thérapie la mieux étudiée scientifiquement dans le traitement des troubles alimentaires. Elle a particulièrement fait ces preuves dans le traitement de la boulimie et du trouble hyperphagique boulistique. Comme chaque personne est unique, l'approche à choisir pour vous aider devra être personnalisée et votre thérapeute vous guidera pour savoir quelles étapes s'appliquent à vous et quels autres outils pourraient vous être utiles.

Nous vous invitons à consulter la section « grand public » de notre site internet (www.tccmontreal.com/section-grand-public). Ce site se consacre à la thérapie cognitivo-comportementale et propose plusieurs outils et liens. Vous y trouverez ce manuel, les questionnaires et les fiches que vous pourrez utiliser pour noter les exercices proposés dans ce guide.

Il existe plusieurs autres lectures qui pourraient être utiles selon le type de difficultés dont souffrez. Voici quelques bonnes références écrites pour le grand public :

- Boulimie ou trouble hyperphagique boulistique
 - Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming Binge Eating*. New-York: Guilford Press.
 - Apple, R. F., & Agras, W. S. (2007). *Overcoming Your Eating Disorders: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder Workbook*. Oxford University Press.

- Cooper, P. (2013). *Surmonter la boulimie, la suralimentation et le binge eating.* Paris: Dunod.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (1999). *La boulimie s'en sortir repas après repas:* Éditions Estem.
- Anorexie
 - Simon, Y., & Nef, F. (2002). *Comment sortir de l'anorexie?* : Éditions Odile Jacob.

Vous pouvez aussi obtenir des renseignements sur les sites internet des centres de traitement spécialisés ou auprès de certains groupes d'entraide. Voici quelques bonnes adresses :

 - Groupes d'entraide
 - Fondation Anorexie et Boulimie du Québec (ANEB)
 - <http://www.anebquebec.com>
 - Tél. : 514-630-0907, 1-800-630-0907
 - Outre-mangeurs Anonymes
 - <http://www.outremangeurs.org>
 - Tél. : 514-490-1939, 1-877-509-1939
 - Ressources hospitalières
 - Si âgés de 12 à 18 ans : Hôpital Ste-Justine, médecine adolescence
 - Tél. : 514-345-4721
 - Clinique pour adultes : Hôpital Douglas.
 - <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation>
 - Tél. : 514-761-6131

2. Comprendre

2.1 Qu'est-ce que la boulimie et le trouble hyperphagique boulimique?

La « *crise de boulimie* » ou l'accès boulimique est caractérisé par l'ingestion rapide d'une très grande quantité de nourriture souvent riche en sucres, en féculents et en gras, bref des aliments considérés comme dangereux ou interdits. Cette prise de nourriture se fait avec un sentiment de perte de contrôle. De tels accès peuvent survenir occasionnellement sans pour autant parler d'un trouble alimentaire. Lorsqu'ils surviennent régulièrement (plus d'une fois par semaine pendant au moins trois mois) et qu'ils provoquent de la souffrance ou nuisent au fonctionnement, il s'agira d'un trouble alimentaire. S'ils sont associés à des comportements compensatoires comme des vomissements, la prise de laxatifs ou de diurétiques ou de l'exercice excessif, il s'agira alors d'un trouble boulimique. S'ils ne sont pas accompagnés de tels comportements compensatoires, on parlera de trouble hyperphagique boulimique.

2.2 Qu'est-ce que l'anorexie?

Il s'agit d'une restriction de la consommation d'aliments qui conduit à un poids nettement inférieur au poids santé compte tenu de l'âge, du sexe et de la taille. Un poids inférieur à 85 % du poids normal ou un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 17.5 sont des repères souvent utilisés pour estimer si le poids est nettement trop bas. La personne qui en souffre ressent une crainte intense à l'idée de prendre du poids, et ce même lorsque celui-ci est très bas. Des perturbations de l'image corporelle et une difficulté à reconnaître l'importance du problème sont aussi souvent présentes.

L'anorexie peut dans certains cas être associée à des boulimies et des comportements compensatoires (voir boulimie ci-dessus).

2.3 Comment expliquer les troubles alimentaires? (Le modèle cognitivo-comportemental des troubles alimentaires)

Le fonctionnement normal de l'alimentation

L'alimentation est normalement gérée de façon automatique par la faim et la satiété dans le but de maintenir l'équilibre du corps humain. Ainsi l'ajustement spontané de la faim et de la satiété procure un apport de nutriments variés et en quantités suffisantes pour maintenir de façon optimale la forme physique et la santé.

Votre cerveau comporte une partie importante qui fonctionne automatiquement sans que vous en soyez conscient. Ces fonctions du cerveau ont été façonnées par l'évolution pour favoriser votre survie dans les conditions difficiles que vivaient les hommes des cavernes. C'est pour cette raison que votre cerveau est programmé pour vous pousser inconsciemment à faire des réserves de graisse après que votre corps ait été privé de nourriture.

L'alimentation est conçue pour bien s'ajuster de façon automatique comme le sommeil, la digestion ou de la respiration. Lorsque vous essayez de contrôler volontairement ces fonctions, vous risquez fort de les dérégler.

Ainsi l'individu, qui est convaincu que le manque de sommeil est une chose très grave, qu'il doit parfaitement contrôler son sommeil pour se sentir bien, sera sans doute un candidat idéal à l'insomnie.

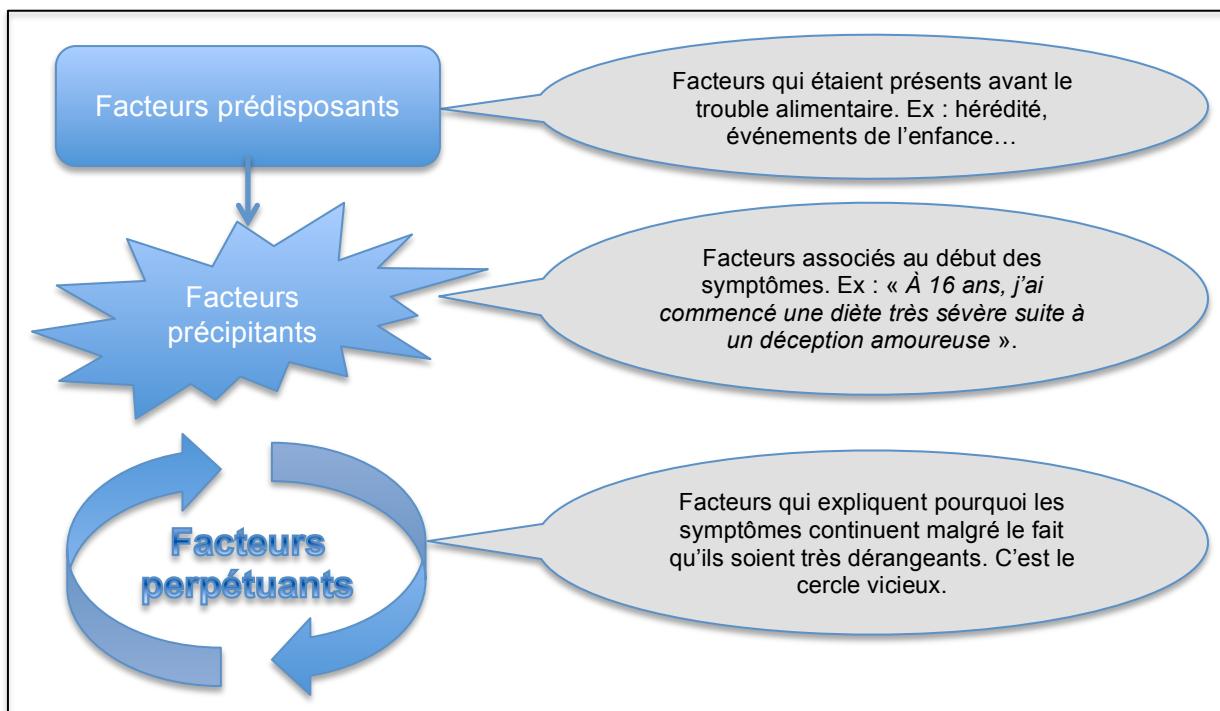
De la même manière, la personne qui est convaincue que sa valeur dépend de son apparence physique et de sa minceur voudra tout faire pour contrôler son poids et son alimentation par des jeûnes ou des régimes drastiques et deviendra un candidat aux troubles alimentaires.

Qu'est-ce qui fait que certaines personnes sont plus à risque de développer un trouble alimentaire?

On nomme ces éléments, les facteurs prédisposants. Ici, il n'y a pas une seule cause précise, mais un ensemble de facteurs qui varient beaucoup d'une personne à l'autre. Ces facteurs sont biologiques (comme l'hérédité), psychologiques et relationnels et peuvent prédisposer à l'apparition des cercles vicieux décrits ci-dessous.

L'importance exagérée accordée à la minceur, du poids et de son contrôle

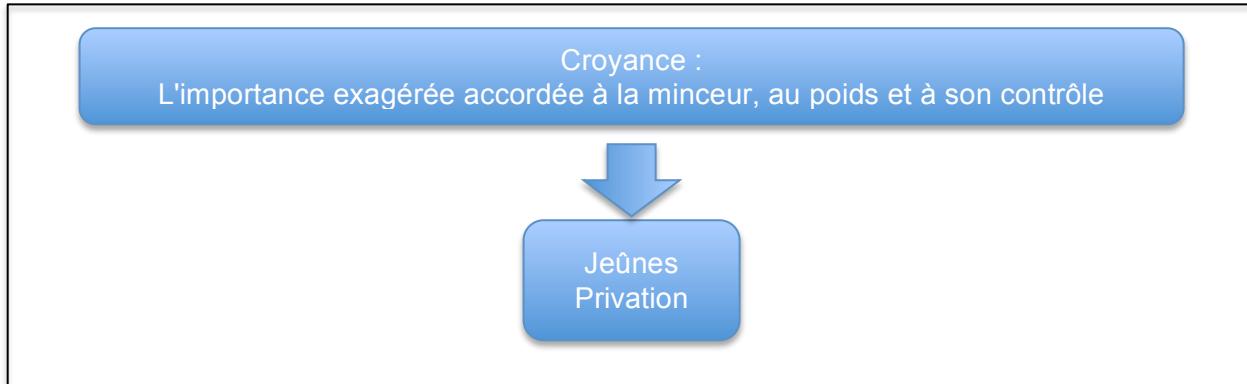
Comme on vient de le voir, ce qui mène à un trouble alimentaire est très différent d'une personne à l'autre. Par contre ce qui maintient le trouble alimentaire est beaucoup plus semblable. Ce sont les facteurs perpétuants. Ils sont très importants parce qu'ils expliquent pourquoi vous continuez ces comportements malgré le fait qu'ils soient dérangeants, souffrants, handicapants et peuvent sérieusement affecter votre qualité de vie. Le traitement cible spécifiquement ces facteurs perpétuants dans le but de vous aider à sortir du cercle vicieux.



Voyons maintenant les principaux facteurs perpétuants. Vous pouvez déjà commencer à identifier ceux qui s'appliquent à vous. Il y a de fortes chances que ce seront des cibles sur lesquelles vous travaillerez en thérapie. Dans la majorité des cas, on constate que les personnes qui souffrent de troubles alimentaires accordent une grande importance à leur image corporelle ou à leur poids. L'importance exagérée accordée à la minceur, du poids et de son contrôle constitue l'élément central de la conceptualisation cognitive comportementale des troubles alimentaires.

Quand le poids prend une très grande importance, on va souvent faire beaucoup d'efforts pour essayer de le contrôler. On écoute de moins en moins notre faim et notre satiété, à un point tel que souvent on en viendra à ne plus percevoir ces signaux. On tente de se priver de nourriture, de suivre des régimes sévères, de se mettre toutes sortes de règles. On risque

ainsi de rompre l'équilibre naturel décrit plus haut. Bref, la personne qui est convaincue que sa valeur dépend de son apparence physique et de sa minceur voudra tout faire pour contrôler son poids et son alimentation par des jeûnes, des régimes drastiques ou des règles alimentaires rigides. Elle deviendra candidate aux troubles alimentaires.



Qu'est-ce qui déclenche les accès boulimiques?

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à déclencher des accès boulimiques. Voici les plus courants : des événements ou émotions désagréables, le non-respect d'une règle alimentaire (trop rigide), l'inactivité, la solitude et surtout le jeûne. Pourquoi ces situations ne provoquent-elles pas de boulimies chez tout le monde? La privation et les jeûnes augmentent le risque de souffrir de boulimie. Comme on l'a vu, quand le cerveau perçoit un risque de privation de nourriture, il va inconsciemment pousser à faire des réserves. On a d'ailleurs observé de façon assez fréquente des accès boulimiques chez les personnes qui venaient d'être libérées de camps de concentration.

Il est primordial de bien comprendre que la boulimie est en fait une réponse normale au jeûne.



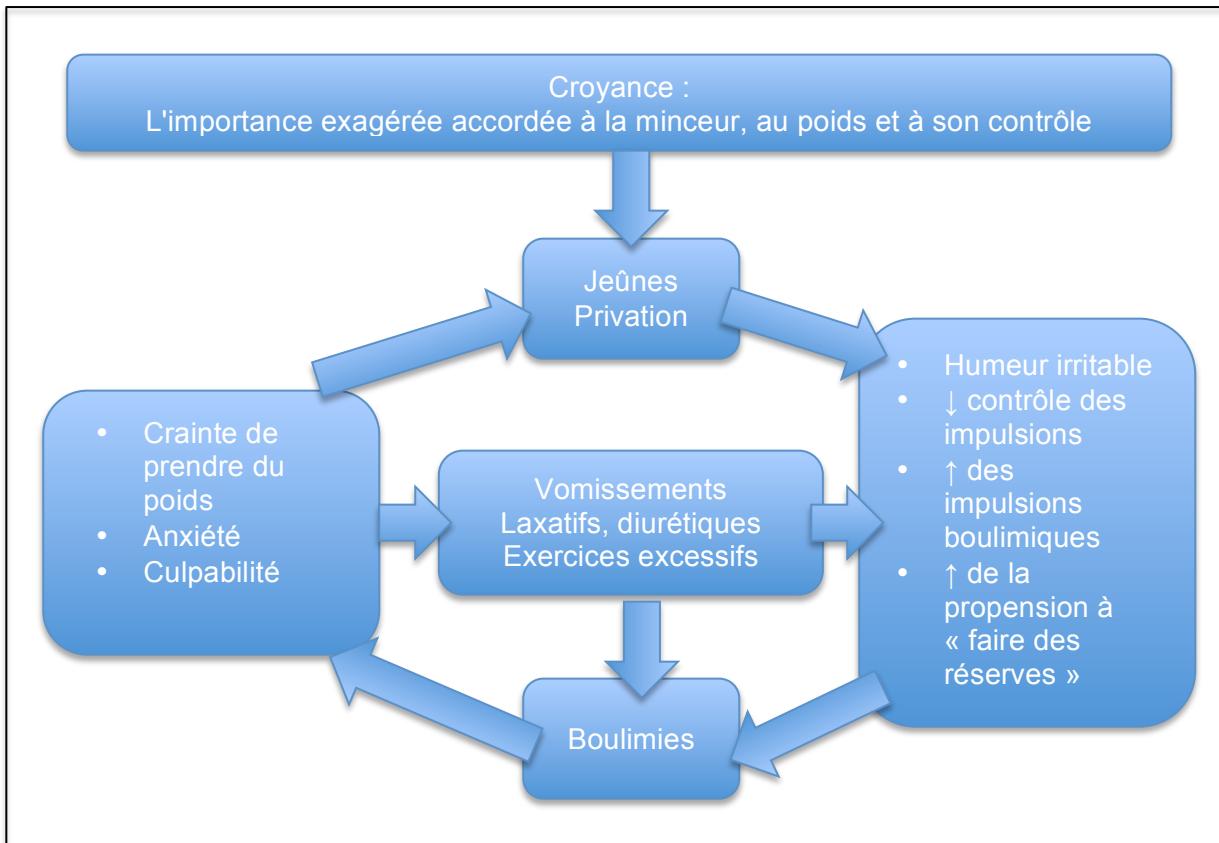
En conséquence, l'accent de la thérapie sera donc mis sur l'arrêt de ces périodes de jeûne et de privation de même que l'assouplissement des règles alimentaires plutôt que sur une tentative effrénée de contenir directement les accès boulimiques.

Effets des «diètes sévères», des restrictions alimentaires, des jeûnes et de la maigreur excessive

Les « diètes sévères » et les privations peuvent avoir des effets importants sur la santé. Elles peuvent affecter la mémoire, la concentration et l'humeur. L'étude de famine du Minnesota a démontré que lorsqu'on impose des restrictions alimentaires à des personnes ne souffrant pas de trouble alimentaire, elles deviennent plus irritable, perdent leurs intérêts, socialisent moins et leurs préoccupations deviennent centrées sur la nourriture. Un des effets les plus pernicieux de la privation est l'apparition de pensées intrusives à propos de la nourriture qui peut conduire à une prise de poids plus importante que le poids perdu.

Dans le cas des boulimies, le jeûne contribue à diminuer le contrôle des impulsions et augmente le risque d'avoir de plus en plus d'accès boulimiques. Les gens qui souffrent de boulimie disent souvent ressentir une tension grandissante avant l'épisode de boulimie qui est temporairement soulagée lorsqu'ils commencent à manger. Ce soulagement est généralement de très courte durée, mais contribue à augmenter le risque que la boulimie se répète. Il sera rapidement suivi de culpabilité et de la crainte de reprendre du poids. Ces émotions augmentent la tendance à se priver et à jeûner ce qui vient créer un cercle vicieux. En plus des privations, certaines personnes vont tenter de compenser par des vomissements ou des purgations ou encore, en prenant des laxatifs ou des diurétiques. Ces comportements compensatoires

augmentent le risque de perdre de contrôle. L'ensemble crée un cercle vicieux qui perpétue le trouble alimentaire.



Dans le cas de l'anorexie, le profil est généralement un peu différent. Le problème commence souvent plus jeune, à la puberté ou à l'adolescence. L'importance du contrôle sur l'alimentation, sur l'environnement et même sur le plan interpersonnel est souvent plus marquée que dans la boulimie.

La sous-alimentation est plus marquée et ses conséquences sont plus nombreuses. Elles peuvent toucher toutes les sphères de fonctionnement et plusieurs d'entre elles contribuent à générer un cercle vicieux qui enferme la personne dans ses difficultés.

Voici les principales conséquences de la sous-alimentation. Ces informations sont basées sur des données scientifiques obtenues dans le cadre de recherches portant sur les personnes souffrant de famines, de manque de nourriture et même d'expériences au cours desquelles des volontaires ont été privés de nourriture.

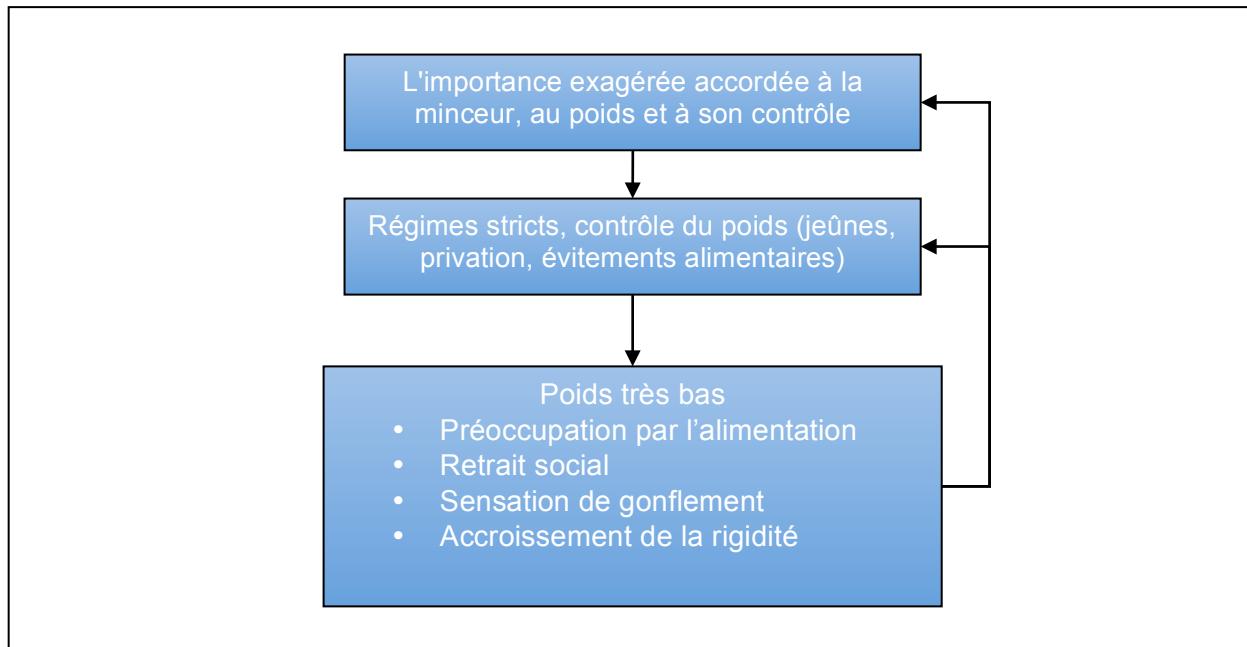
- Effets psychologiques
 - Pensées : Pensées rigides, concentration plus difficile. L'alimentation devient obsédante et les autres intérêts sont souvent restreints.
 - Émotions : Plus de tristesse et d'irritabilité.
 - Comportements : Comportements plus rigides et rituels en particulier autour de l'alimentation. Moins de spontanéité.
- Effets sociaux : Isolement social.
- Effets sur le corps
 - Cœur et circulation : Ralentissement du rythme cardiaque, baisse de la tension artérielle, étourdissements, faiblesse. Dans certains cas on peut même observer des troubles du rythme cardiaque qui peuvent être mortels.
 - Sexualité, hormones : Diminution des hormones sexuelles, de la libido et arrêt des menstruations
 - Os : Risque plus élevé d'ostéoporose et de fractures
 - Système digestif : Les intestins ralentissent et l'estomac met plus de temps à se vider ce qui explique la sensation de ballonnement.
 - Muscles : Faiblesse musculaire
 - Peau, cheveux : Apparition de duvet, perte de cheveux, sécheresse de la peau.
 - Température : Frilosité

L'effet sur les pensées fait en sorte que les attitudes, les croyances et les distorsions de l'image de soi deviennent de plus en plus rigides. Cette rigidité risque d'augmenter la perte de poids et ce cercle vicieux peut conduire à un poids si bas qu'il peut mettre la vie de la personne en danger. La concentration est plus difficile. Les pensées à propos de l'alimentation, du poids et de la nourriture deviennent de plus en plus envahissantes, ce qui a souvent pour effet de restreindre les autres champs d'intérêt. L'humeur devient plus maussade ou irritable.

L'anorexie fait en sorte que l'estomac se vide beaucoup plus lentement. C'est ce qui provoque la sensation de ballonnement qui suit la prise de nourriture. Cette sensation désagréable contribue à diminuer l'apport de nourriture et à accentuer le cercle vicieux.

La sous-alimentation peut aussi provoquer plusieurs autres problèmes parfois bénins, mais parfois graves : fatigue, sensibilité au froid, évanouissements, ostéoporose, faiblesse musculaire, anémie, enflure, arrêt des menstruations, diminution de la libido, infertilité,

problèmes cardiaques, perte de cheveux, sécheresse de la peau, présence de lanugo (duvet), constipation...



Ce sont les raisons pour lesquelles la sous-alimentation doit être traitée en priorité en cas d'anorexie. Si on n'attaque pas ce problème, il est bien difficile de sortir du cercle vicieux.

Effets des vomissements induits, abus de laxatifs ou diurétiques

Les vomissements induits ont pour effet de soulager la tension psychologique et la sensation de «ballonnement» qui suit la prise d'aliments. Ils procurent effectivement un soulagement immédiat, mais ce dernier vient augmenter le cercle vicieux des troubles alimentaires. Ce soulagement comme celui qu'on observe suite à l'accès boulimique est très bref et souvent suivi de culpabilité et de déception.

De plus, les vomissements induits ne sont pas très efficaces pour empêcher l'absorption de nourriture. La recherche scientifique nous a démontré que même lorsque le vomissement suit immédiatement un accès boulimique, environ la moitié de la nourriture est absorbée.

Mentionnons aussi que les vomissements répétés de façon prolongée provoquent des conséquences graves qui peuvent mettre la vie en danger (saignements, convulsions, problèmes de rythme cardiaque). Ils peuvent aussi user l'émail des dents, phénomène qui est

accentué lorsqu'on se brosse les dents immédiatement après le vomissement. Il faut donc éviter de se brosser les dents à ce moment. Il est préférable de rincer la bouche à l'eau claire.

L'usage abusif de laxatifs entraîne souvent de la constipation chronique. En plus, ils n'ont pas d'effet sur l'absorption des calories. Les diurétiques diminuent le poids de façon artificielle et temporaire en favorisant l'élimination d'eau. Ils sont donc totalement inefficaces pour contrôler le poids et peuvent présenter des dangers pour la santé.

Autres facteurs impliqués dans le cercle vicieux

Les préoccupations excessives concernant le poids peuvent conduire à adopter d'autres comportements ayant pour conséquence de vous enfermer davantage dans le cercle vicieux. La façon dont vous vous pesez peut jouer un rôle important. Les personnes qui souffrent de troubles alimentaires ont souvent tendance à se peser de façon excessive (jusqu'à plusieurs fois par jour) ou éviter complètement de se peser. Dans le premier cas, vous risquez d'accorder une importance démesurée au moindre changement de poids ce qui augmente votre anxiété. Dans le second cas, vous perdez vos repères objectifs et vous devez vous fier à vos impressions qui sont perturbées et entretiennent les fausses croyances.

À ceci s'ajoutent souvent des comportements d'évitement concernant certains types de nourriture et certains types de vêtements. Certaines personnes vont éviter de se regarder dans le miroir. Il arrive aussi qu'au contraire, elles surveillent de façon excessive certaines parties de leur corps qu'elles n'aiment pas (*body checking*).

Quel sera l'effet du traitement sur votre poids?

Vous êtes probablement très préoccupé par l'effet qu'aura le traitement sur votre poids. Cette inquiétude est souvent un des principaux facteurs qui limite l'efficacité de la thérapie.

Les recherches ont pourtant démontré que la plupart des patients boulimiques traités efficacement ne prennent pas de poids. Lorsque le poids est élevé, on peut même espérer une légère perte de poids. Par contre, lorsque le poids est trop bas et surtout s'il y a anorexie, la prise de poids est non seulement attendue, mais généralement nécessaire au succès thérapeutique. Soyez rassurés, car lorsque les étapes très progressives du traitement sont respectées, la perte de contrôle avec évolution vers l'obésité ne se produit pas. En fait les personnes qui souffrent d'anorexie et qui s'engagent avec détermination en thérapie sont souvent très surprises de constater qu'au contraire, il est très difficile de reprendre du poids.

3. Surmonter vos difficultés

N.B. Surtout, ne brûlez pas les étapes. Assurez-vous qu'une étape est bien maîtrisée avant de passer à la suivante. Travaillez régulièrement. Une trentaine de minutes de travaux à domicile tous les jours sera plus efficace que 4 heures de travail une fois par semaine. Il s'agit de changer des habitudes ce qui nécessite un effort soutenu.

3.1. Évaluation par le thérapeute

Votre thérapeute procédera à une évaluation. Il est parfois intimidant d'aborder ses problèmes et de raconter sa vie à un étranger. Cette étape est très importante non seulement pour vous assurer que votre thérapeute vous comprend bien, mais aussi pour tisser le lien de confiance qui vous permettra de vous confier et de vous sentir appuyé dans les moments difficiles.

3.2. Bien comprendre les troubles alimentaires et leur traitement

La section précédente, les explications de votre thérapeute et éventuellement les lectures qu'il vous suggérera pourront vous aider à atteindre cet objectif.

3.3. Établissement d'un plan de traitement

Évaluez vos objectifs et votre motivation. De là, vous pourrez vous entendre avec votre thérapeute sur un plan de traitement structuré et adapté à vos besoins. C'est à ce moment que vous pourrez ensemble décider quels éléments thérapeutiques de ce guide ont des chances de vous être bénéfiques. Il se peut aussi que d'autres approches thérapeutiques vous soient suggérées. Les étapes qui suivent vous sont présentées à titre indicatif. Elles sont assez caractéristiques du programme de thérapie cognitivo-comportementale tel que proposé aux personnes qui souffrent de boulimie ou de trouble hyperphagique boulimique. Si vous souffrez d'anorexie, l'étape de retour à un poids santé devra généralement être priorisée et sera souvent introduite tout de suite après la phase d'auto-observation.

3.4. Prescrire les médicaments si c'est indiqué

Votre médecin pourra vous dire s'il serait souhaitable de prescrire un médicament pour aider le contrôle de la boulimie ou pour un problème associé.

3.5. Auto-observation

3.5.1 Journal d'auto-observation :

Débutons par une mise en garde. Le journal d'auto-observation n'est pas une façon de contrôler ce que vous mangez ni de compter les calories ou peser les aliments. Il vous permet d'observer les facteurs qui influencent votre alimentation et les relations entre les comportements alimentaires, les événements, les pensées et les émotions. Même lorsqu'il est complété dans cet esprit, il se peut que vous ressentiez une augmentation passagère de vos préoccupations en lien avec la nourriture.

Cette étape est extrêmement importante. Elle permettra de mieux comprendre vos symptômes et en suivre l'évolution. De plus, elle favorise votre motivation et vous aide à voir les difficultés d'une manière plus mesurée et réaliste. En somme, le but est de mieux comprendre et moins juger.

Suivez les instructions écrites «Comment compléter le journal d'auto-observation». **On insiste sur le fait qu'à cette étape, vous ne devez pas faire d'efforts particuliers pour modifier votre façon de vous alimenter.**

Il arrive souvent que des personnes ressentent un malaise lorsqu'elles doivent noter certains comportements alimentaires. Il est très important de tout noter, et tout particulièrement ces comportements face auxquels vous éprouvez un malaise. Au besoin, discutez avec votre thérapeute des façons de procéder qui assureront l'entièvre confidentialité de ces informations précieuses.

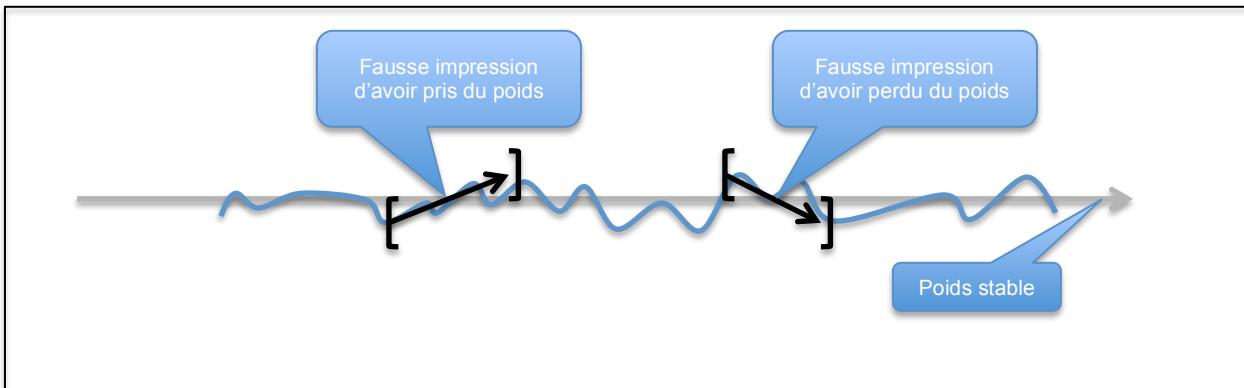
Observez bien votre journal pour découvrir les constantes.

3.5.2 Pesée :

On doit organiser une **pesée hebdomadaire**. Cette pesée se fera toujours **le même jour de la semaine à un moment précis, généralement au lever**, avec le même pèse-personne. **On ne doit se peser à aucun autre moment.** Il se peut que votre thérapeute vous suggère de

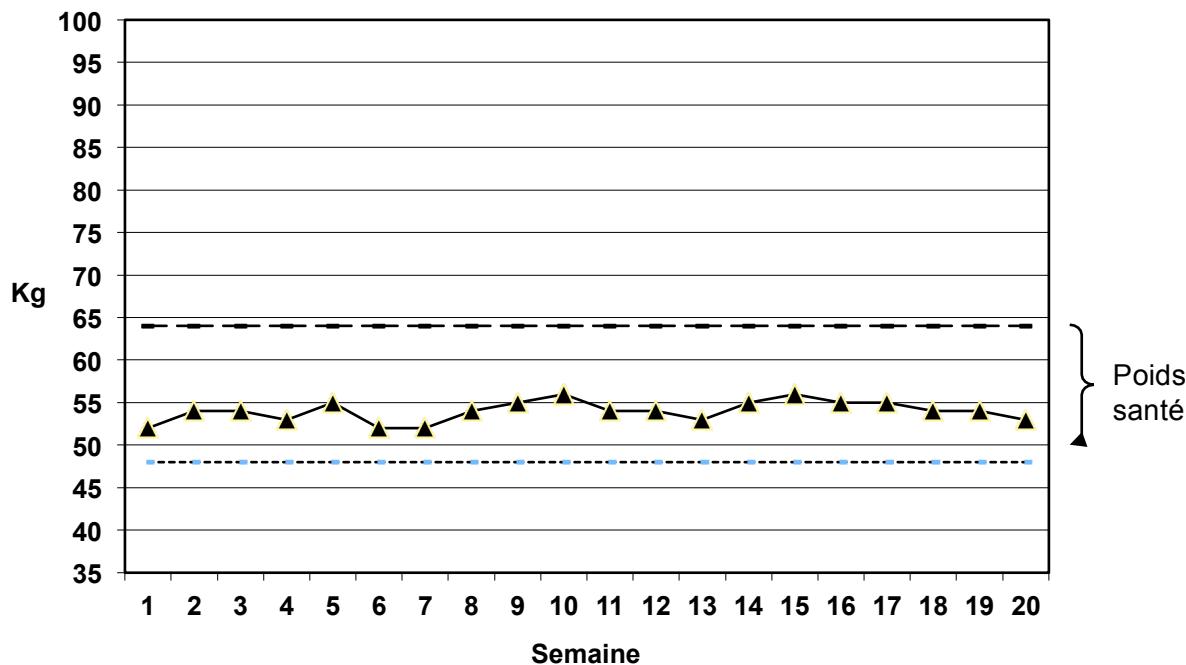
commencer par faire les pesées hebdomadaires lors des rendez-vous de thérapie, ce qui permet vous permettra de vous débarrasser temporairement de votre pèse-personne ou de le rendre difficilement accessible pour diminuer la tentation de vous peser à tout moment. Si vous procédez de cette façon, il sera souhaitable, en fin de thérapie, de reprendre le contrôle de la pesée en respectant les mêmes principes.

Lorsque vous vous pesez très souvent, vous portez alors une attention démesurée à de petits changements qui ne veulent rien dire. Les fluctuations rapides du poids n'ont rien à voir avec le poids réel, mais sont reliées au métabolisme de l'eau et que le fait d'y porter attention contribue uniquement à augmenter l'anxiété et les préoccupations excessives.



Ce qu'on veut observer c'est l'évolution progressive du poids. Des fluctuations de moins de 2 kg n'ont généralement pas de signification. De plus, une pesée isolée est généralement peu fiable. Ce qui importe, c'est lorsqu'une tendance s'installe sur trois semaines et qu'elle s'accompagne d'une variation de poids qui est significative (durée et quantité).

Votre poids sera reporté sur le graphique intitulé : « courbe de poids », ce qui vous aidera à suivre la courbe de poids pendant le traitement. Discutez avec votre thérapeute de vos inquiétudes et apprenez à distinguer les changements qui sont significatifs de ceux qui ne le sont pas. Vous pourrez aussi inscrire le haut et le bas de votre fenêtre de poids santé tel que vous pouvez le remarquer dans l'exemple ci-dessous.



3.6. Établissement d'un horaire alimentaire planifié

L'objectif à cette étape n'est pas de contrôler précisément le type ni la quantité de nourriture que vous prenez, mais bien le **moment** où la nourriture sera prise. On veut ici **diminuer les périodes de jeûne**.

On vous suggère de planifier la veille, dans le haut de votre journal d'auto-observation du lendemain, un horaire alimentaire comprenant trois repas et deux ou trois collations (chez certains patients, il faudra débuter avec un objectif plus restreint et augmenter progressivement).

Exemple : 8h déjeuner

 10h30 collation AM

 12h15 dîner

 15h collation PM

 18h30 souper

 21h collation de soirée

La planification va souvent varier d'un jour à l'autre, mais l'objectif est d'absorber au moins une petite quantité de nourriture de façon à éviter les jeûnes et à **ne pas rester plus de quatre heures sans manger** (sauf la nuit évidemment). On conseille généralement de prendre une proportion importante de la nourriture tôt dans la journée. Essayez de ne pas manger en dehors de ces périodes.

Il ne faut pas s'en faire si des boulimies surviennent; l'effort doit être mis à éviter les jeûnes. Suite à une boulimie, il est très important de continuer à s'alimenter selon l'horaire planifié. Il se peut qu'il soit plus facile de le respecter si vous ne mangez pas entre les périodes prévues. Vous devez cependant toujours connaître l'heure de votre prochaine collation ou de votre prochain repas.

On profite de cette étape pour apprendre à planifier l'achat de nourriture, à ne pas entreposer de trop grandes quantités de nourritures «dangereuses» et à éviter autant que possible les «dépanneurs» qui sont souvent associés à des achats impulsifs.

3.7. Les déclencheurs d'accès boulimatiques

On utilise le journal d'auto-observation pour observer les déclencheurs des accès boulimatiques sur lesquels on tentera de travailler.

Certains lieux ou contextes sont souvent associés aux accès boulimatiques. Il est préférable de manger à table, dans la cuisine ou la salle à manger. Il est aussi préférable de se concentrer sur le repas. On évitera donc de manger en lisant ou en écoutant de la musique, en regardant la télé, en travaillant...

L'absorption rapide de nourriture est aussi associée aux accès boulimatiques. On conseille donc de manger lentement, de déposer la fourchette entre chaque bouchée et d'essayer d'apprécier le goût des aliments. Cette façon de manger permet aussi de reprendre conscience des signaux de faim et de satiété. Lorsque le signal de satiété commence à apparaître, prenez l'habitude de laisser de la nourriture dans l'assiette lorsque vous n'avez plus faim.

Il est aussi préférable de ne pas manger à même le contenant, de se servir une portion raisonnable, de laisser le contenant à distance et d'aller s'asseoir avec son assiette avant de commencer à manger.

Certains types d'aliments sont aussi souvent associés aux accès boulimatiques. Au début du traitement, on vous conseille d'en limiter la disponibilité. Les aliments les plus «dangereux»

ne seront généralement réintroduits de façon contrôlée qu'à la fin du processus de réintroduction progressive des aliments évités.

Les émotions désagréables, l'ennui, la solitude et l'inactivité sont souvent des facteurs précipitants des accès boulimiques. Si c'est le cas pour vous, il pourrait être utile de préparer une liste d'activités que vous pourriez accomplir lorsque cela survient. Recherchez des activités plaisantes, interpersonnelles ou des activités physiques. Rédigez une fiche thérapeutique (*coping card*) à partir de cette liste que vous pourrez garder sur vous et utiliser au besoin.

3.8. L'importance exagérée accordée à la minceur, au poids et à son contrôle

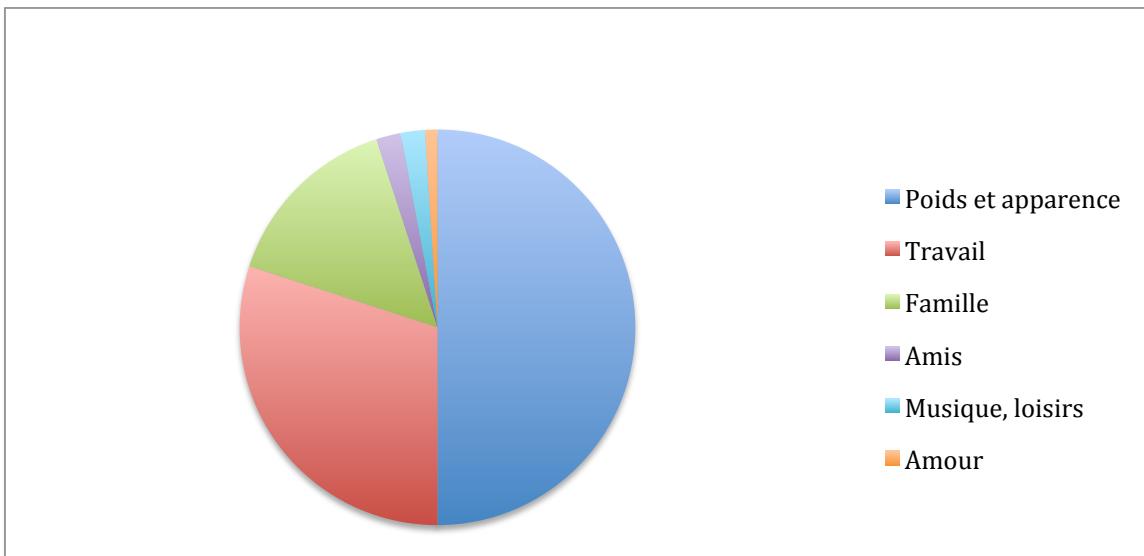
L'expérience clinique et la recherche suggèrent que le risque de rechute est plus élevé si l'importance exagérée accordée à la minceur et au poids n'a pas été abordée avec succès.

Nous aborderons les trois points suivants :

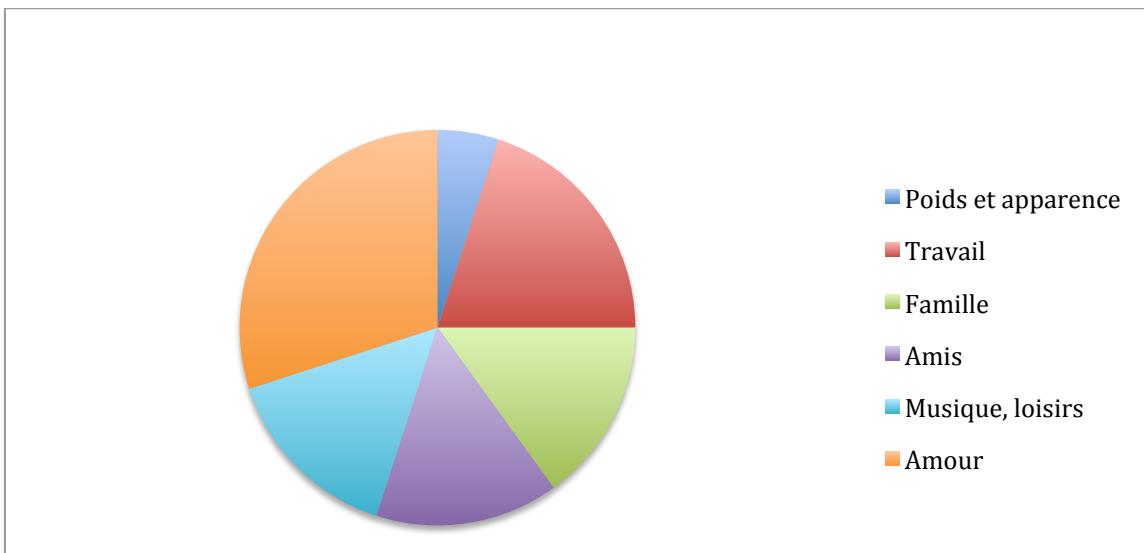
- L'importance exagérée accordée à la minceur et au poids
- La surveillance et l'évitement de l'image corporelle (*body checking and avoidance*)
- Se sentir gros

3.8.1 L'importance exagérée accordée à la minceur et au poids

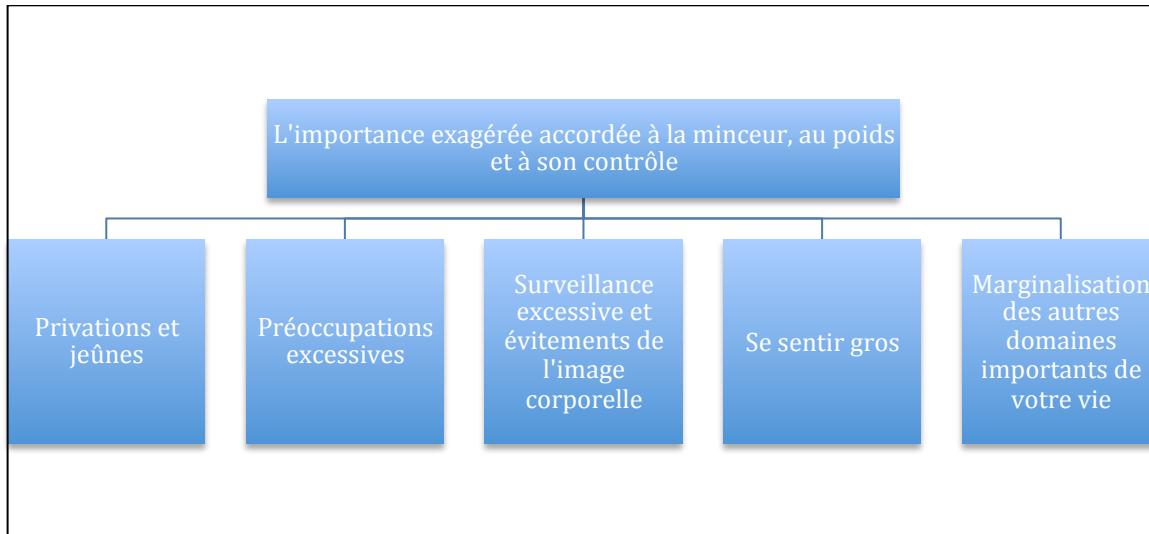
Il existe une pression sociale en faveur de la minceur et même de la maigreur en Occident. On doit constater qu'elle n'est pas présente dans toutes les cultures ni à toutes les époques. Cette pression sociale s'exerce de façon plus marquée chez certaines personnes plus vulnérables sur ce point. Essayez de réaliser à quel point ces préoccupations prennent un espace démesuré, génèrent de la souffrance et restreignent le reste de vos activités. Pour y arriver, votre thérapeute utilisera peut-être l'exercice des « pointes de tarte ». Il vous demandera de réfléchir aux différents aspects de votre vie auxquels vous pouvez vous consacrer. L'un d'entre eux concerne la place prise par les préoccupations au sujet de votre poids, de votre alimentation et de votre apparence. Vous pouvez en faire une liste. Ensuite, complétez un diagramme en pointes de tarte reflétant la place prise par chacun de ces domaines dans votre vie actuelle, en terme de temps, d'énergie et de préoccupation. Voici un exemple.



Réfléchissez ensuite à ce qui est vraiment important à vos yeux. C'est ce qui représente votre système de valeur. Faites ensuite un deuxième diagramme représentant les proportions qui illustreraient le mieux ce système de valeur. Plusieurs personnes qui souffrent d'un trouble alimentaire vont alors constater à quel point les préoccupations à propos du poids et de l'apparence prennent de la place et les empêchent de consacrer leur vie à ce qui est véritablement important à leurs yeux.



Cette importance excessive accordée à la minceur, au poids, à l'alimentation et à l'apparence a souvent plusieurs autres conséquences: privations, jeûnes, *body checking*, évitements, se sentir gros...



La thérapie cherche, bien sûr, à diminuer les symptômes de votre trouble alimentaire, mais aussi à permettre aux autres aspects qui sont importants pour vous de reprendre la place qu'ils méritent dans votre vie. Pour ce faire, vous pouvez choisir quelques activités pertinentes et réalistes et les remettre graduellement dans vos activités quotidiennes. Faites un suivi en le notant dans le journal d'auto-observation. Fixez des objectifs SMART c.-à-d. : spécifiques, mesurables, atteignable de manière réaliste dans un temps délimité.

3.8.2 La surveillance et l'évitement de l'image corporelle (*body checking and avoidance*)

La surveillance corporelle (*body checking*)

Avez-vous tendance à surveiller certaines parties de votre corps de manière excessive? En voici quelques exemples : regarder des parties spécifiques du corps directement ou dans un miroir, les pincer, les palper ou les mesurer à répétition.

Ces comportements sont des conséquences de l'importance excessive accordée à l'apparence. Ils ont tendance à augmenter l'anxiété de la même façon que lorsque vous vous pesez à répétition. De plus, on a souvent tendance à porter attention à des parties de son corps qu'on n'aime pas. C'est déprimant et ça amplifie le cercle vicieux.

Pour toutes ces raisons, votre thérapeute pourrait vous inviter à cesser ce type de comportements. Au besoin, vous pourrez les noter dans votre journal et procéder de manière

graduelle en débutant par ceux qui semblent les moins difficiles à cesser. Vous remarquerez souvent que l'inconfort a tendance à augmenter à court terme lorsque vous résistez à la tentation de surveiller votre corps, mais que les préoccupations ont tendance à diminuer à moyen et long terme. Il faut parfois déplacer ou retirer certains miroirs, gallon à mesurer...

Les évitements

Nous traiterons plus loin des évitements de certains types d'aliments considérés comme dangereux. Ici on s'intéresse aux tendances à éviter de s'exposer au regard des autres. Cette tendance peut se manifester de différentes façons, par exemple : éviter certains vêtements, certains lieux où le corps est exposé (piscines, plages...), éviter d'exposer son corps face à son conjoint. Est-ce que ça vous arrive? Si vous évitez certains vêtements, vous pouvez regarder dans votre garde-robe ou dans des boutiques, les vêtements que vous aimeriez être capable de porter si vous n'étiez pas si préoccupé par votre image corporelle. Vous pourrez ensuite procéder à des exercices d'exposition de façon graduelle avec l'aide de votre thérapeute. Il est généralement préférable de débuter par un exercice assez facile, qui ne provoque qu'un inconfort léger ou modéré, mais que vous faites longtemps et souvent, jusqu'à ce que vous soyez bien habitué. Une fois habitué, vous pourrez passer à des exercices de plus en plus difficiles de manière graduelle.

Se comparer aux autres

Est-ce que vous avez tendance à comparer votre image corporelle à celle des autres? Si oui, observez à qui vous avez tendance à vous comparer. Les comparaisons sont souvent les modèles vus dans les magazines ou à la télé. Si tel est votre cas, vous pouvez tenter une expérience où vous observez discrètement, mais sans aucune sélection tous les passants du même sexe et du même âge que vous dans un lieu public comme le bus par exemple. Vous constaterez qu'il existe une grande diversité des tailles et des formes des corps humains.

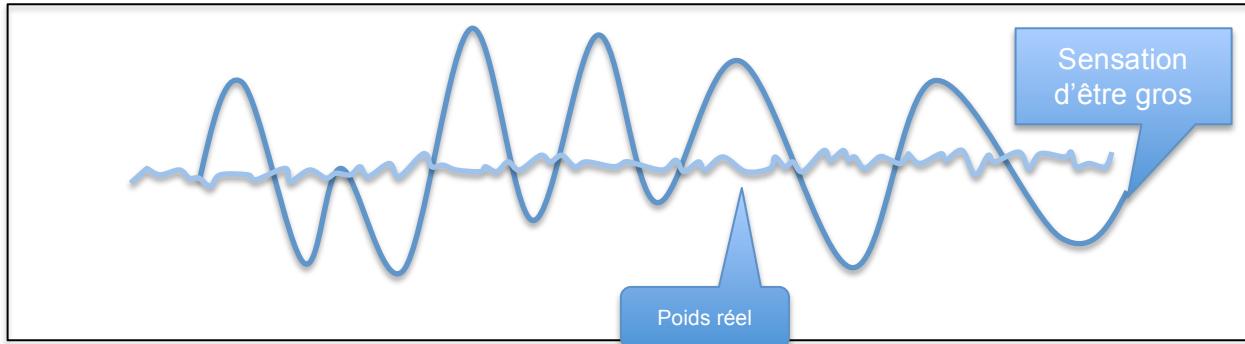
3.8.3 Se sentir gros

Le fait de se sentir gros est souvent une cible de traitement importante parce que beaucoup de gens qui souffrent de troubles alimentaires pensent ainsi : « *si je me sens gros, ça veut dire que je suis gros* ». Les personnes qui pensent ainsi vont souvent dire qu'ils ont raison de se sentir gros. Pourtant avez-vous remarqué que plusieurs personnes obèses n'ayant pas de

trouble alimentaire n'éprouvent pas cette sensation inconfortable et se sentent bien dans leur peau, même s'ils sont capables de reconnaître leur surplus de poids?

Souvent, on se sent gros parce qu'on identifie mal et qu'on confond certaines sensations physiques et émotions. Est-ce qu'il vous arrive de vous sentir gros? Si oui, observez à quelle fréquence et dans quelles circonstances ça survient. Utilisez au besoin, le journal d'auto-observation. Cette sensation va souvent masquer d'autres émotions ou sensations. Il n'y a généralement pas de relation entre le fait de sentir gros et le fait d'être gros. Même les gens qui sont anorexiques et d'une extrême maigreur éprouvent souvent cette sensation. On ne peut certainement pas dire qu'ils sont gros. Alors, pourquoi en est-il ainsi? Lorsqu'on est très préoccupé par une chose, on a tendance à observer et donner beaucoup d'importance à toutes nos perceptions qui vont dans le sens de cette préoccupation. Imaginez, par exemple, que plusieurs personnes proches de vous ont été victimes de grosses grippes et que vous avez très peur de l'attraper. Il ne serait pas surprenant que vous soyez attentif à des sensations physiques que vous n'auriez pas remarquées autrement. Vous aurez aussi tendance à rapidement conclure que certains de ces symptômes indiquent un début de grippe même si ce n'est pas le cas. On observe la réalité à travers les lunettes déformantes de nos croyances. Ce sont les distorsions cognitives. Le fait d'être très préoccupé par votre poids ou votre apparence risque de faire en sorte que vous porterez plus d'attention à ce qui confirme vos croyances qu'à ce qui les infirme.

Une autre petite expérience pourra vous aider à réaliser à quel point vos impressions d'être gros peuvent parfois vous tromper. Observez attentivement cette sensation de grosseur pendant quelques jours. Cotez son intensité de 0 à 10 sur 10 et notez le tout dans votre journal. Portez attention aux moments où elle est très forte et observez dans quels contextes ça survient. Vous remarquerez que plusieurs contextes très différents peuvent provoquer cette sensation. Ça pourrait par exemple être une sensation de ballonnement, d'ennui, d'avoir trop mangé, de frustration, de conflits, de toute autre émotion... (La sensation de ballonnement sera abordée à la section 3.10, car elle représente souvent un des obstacles au retour vers un poids santé.) Notez aussi l'intensité de votre sensation d'être gros à des moments choisis au hasard. Vous remarquerez qu'à d'autres moments elle peut être très faible. Il est souvent frappant de constater à quel point cette sensation varie beaucoup dans le temps, et ce de façon indépendante et très différente des variations de votre poids. La figure ci-dessous illustre ce concept.



3.9. Règles et restrictions alimentaires

Le **jeûne** consiste à éviter de s'alimenter pendant plusieurs heures. Nous en avons déjà parlé à l'étape 3.6 lors de l'établissement de l'horaire alimentaire planifié.

La **privation** alimentaire consiste à limiter la quantité de nourriture ingérée en deçà de ses besoins. Les patients qui se restreignent de façon excessive devront commencer par cesser de compter les calories, puis augmenter progressivement les quantités de nourriture. Dans l'anorexie restrictive, le travail sur cet objectif est prioritaire et vient souvent plus tôt dans les phases de traitement. Cette étape se retrouve à la section 3.10 de votre document.

Quand vous aurez atteint complété les étapes précédentes, il est fort possible que les comportements purgatifs (vomissements, laxatifs, diurétiques et exercices excessifs) aient déjà beaucoup diminués. Si des **vomissements** persistent, il faudra aborder directement le sujet avec votre thérapeute. Pour ce faire, vous pourrez d'abord augmenter le laps de temps qui s'écoule entre la fin de la boulimie et le début des vomissements. Apprenez à tolérer l'anxiété et l'inconfort passager que ça provoque. Vous remarquerez que plus vous arrivez à tolérer cet inconfort sans vous faire vomir, plus l'envie de vous faire vomir va diminuer. Si c'est trop difficile, vous pourrez essayer de le faire d'abord une fois sur cinq puis une fois sur deux et finalement de façon régulière. Vous pouvez aussi commencer par essayer de ne pas vomir après une boulimie moins importante. Pour noter ces exercices, votre thérapeute pourrait vous inviter à utiliser une grille d'auto-observation des exercices d'exposition. Comme vous l'avez vu, à cette étape vous vous habituez à prendre les aliments que vous consommez déjà, sans avoir de comportements compensatoires. Il faudra vous assurer que cette étape est bien maîtrisée avant de passer à la suivante. Parlez-en avec votre thérapeute.

La prochaine étape vous invitera à réintroduire de manière contrôlée les aliments que vous évitez. Si on procède trop rapidement on pourrait revoir apparaître des boulimies.

Pour ce faire, vous pouvez vous rendre à l'épicerie et parcourir les allées en notant les aliments que vous évitez. Vous pourrez choisir dans la liste quelques aliments (de 5 à 10), en prenant soin d'en sélectionner quelques-uns plus faciles, d'autres moyennement ou vraiment très difficiles. Vous pourrez ensuite leur attribuer une cote de 1 à 10 selon le degré de difficulté associée à la réintroduction de chacun de ces aliments, ce qui vous permettra de le faire de façon progressive en commençant par maîtriser le plus facile avant de passer au suivant. Consommer une petite quantité de l'aliment en question, en mangeant très lentement et en vous abstenant de tout comportement compensatoire. Certains de ces exercices d'exposition pourront être débutés au cours des séances de thérapie pour vous aider à tolérer l'inconfort passager qui en résulte.

On peut aussi procéder à d'autres exercices d'exposition pour des évitements comme la réticence à manger avec certaines personnes ou à certains endroits.

Ces exercices permettent d'assouplir vos règles alimentaires sans retomber dans les compensations. Si vous avez un réel surplus de poids (indice de masse corporelle au-dessus de 25), il peut être souhaitable de discuter avec votre thérapeute ou avec votre nutritionniste de la façon de changer vos habitudes alimentaires sans retomber dans les régimes et les règles alimentaires rigides qui sont responsables de votre trouble alimentaire.

3.10. En cas d'anorexie : retour à un poids santé

En cas d'anorexie cette étape sera souvent introduite immédiatement après l'auto-observation ou l'horaire alimentaire planifié. Comme nous le verrons ci-dessous, un poids très bas provoque des pensées et des comportements plus rigides. Il est donc plus difficile de réussir les autres étapes si on n'a pas d'abord procédé à une reprise de poids. C'est pour cette raison que le retour à un poids santé est ici prioritaire. Nous vous rappelons l'importance d'aller chercher de l'aide si vous souffrez d'anorexie. Ce trouble peut avoir des conséquences très graves sur la santé et une bonne évaluation médicale de même qu'un suivi psychologique et parfois même l'aide d'un nutritionniste ou d'autres professionnels de la santé seront généralement nécessaires.

La perspective d'une prise de poids et d'un retour à un poids santé est incontournable, mais elle sera souvent très difficile à accepter. Il faudra souvent consacrer plusieurs semaines à cette étape. Elle se divise en deux phases :

1. Reprise de poids
2. Maintien du poids santé

3.10.1 Reprise de poids

Cette phase est à la fois la plus difficile et la plus importante en cas d'anorexie. Il faudra être déterminé et persévérant pour atteindre un IMC de 19 à 20. Une prise de poids moindre n'est certainement pas une mauvaise chose, mais, comme les pensées et les comportements rigides qui maintiennent l'anorexie n'ont tendance à s'améliorer significativement qu'à partir de ce seuil, les gains moindres ont beaucoup plus de risque de ne pas se maintenir. La bonne nouvelle, c'est qu'une fois ce poids atteint, le maintien sera beaucoup plus facile. Il se peut même que vous trouviez que ce que vous pensiez être de mauvais côté de votre « caractère » se soit nettement amélioré. Il est compréhensible que vous craigniez une reprise de poids incontrôlée, mais c'est extrêmement improbable. En fait, le véritable danger est le découragement si vous hésitez trop à retrouver un poids santé. Il arrive que la prise de poids soit plus rapide au tout début, ce qui est généralement relié à la correction de la déshydratation. Cependant, les personnes anorexiques qui tentent de reprendre du poids sont généralement très surprises de constater par la suite que leur crainte de perdre le contrôle est injustifiée et qu'en fait il est très difficile de reprendre du poids. Fairburn utilise l'analogie du canoë pour illustrer ces principes. Le retour au poids santé ressemble à la remontée d'une rivière en canoë pour atteindre le lac calme de l'équilibre alimentaire. On doit ramer avec persévérance contre le courant de ses vieilles habitudes. La phase de remontée est difficile et il est normal d'avoir des moments de découragement. Cependant, lorsqu'on se décourage et qu'on arrête de ramer, on perd du terrain. On a donc intérêt à se ressaisir rapidement. Si on persévère, on atteint le lac calme de l'équilibre. Sur ce lac, la consolidation des bonnes habitudes alimentaires et l'assouplissement des croyances associé à un retour au poids santé permettent de maintenir un équilibre avec peu d'efforts.

Vous pourrez utiliser un graphique et y transcrire vos pesées hebdomadaires pour suivre la progression du retour vers votre poids santé. Quand vous regardez le graphique, pensez à la remontée de la rivière vers le lac paisible.

Comment faire pour prendre du poids? Il faut évidemment augmenter le nombre de calories consommées, mais de quelle façon? Les personnes qui souffrent d'anorexie consomment généralement des aliments qui ne contiennent pas beaucoup de calories. Se limiter à augmenter la quantité de ce type d'aliment risque d'être difficile, car, pour y arriver, il

faudrait en consommer de très grandes quantités. Comme l'estomac se vide beaucoup plus lentement quand on souffre d'anorexie, il peut en résulter de fortes sensations de ballonnements très désagréables même avec des quantités modestes de nourriture. C'est la raison pour laquelle on recommandera de consommer des aliments et des boissons concentrés en calories. Ce changement drastique est souvent difficile à atteindre. Si vous avez de la difficulté à percevoir les signaux de faim et de satiété, vous pouvez modeler votre alimentation sur des proches et ajouter des suppléments alimentaires riches en calories pendant la période de prise de poids. Ces derniers pourront être cessés lorsque l'objectif de poids sera atteint, sans avoir à changer la diète saine et variée que vous aurez mise en place. L'objectif de reprise de poids pourra varier selon les circonstances. Il pourrait se situer, à titre d'exemple, autour de 500g ou une livre par semaine. Pour atteindre cet objectif, il faut consommer 500 calories par jour de plus que les besoins.

Pour y arriver, on pourra par exemple suggérer trois repas et deux collations qui pourront couvrir les besoins caloriques pour votre taille et y ajouter une bouteille de suppléments alimentaires médicaux (de type Ensure) deux fois par jour, après le déjeuner et après la collation de soirée ou après le souper. Si votre poids n'est pas très bas (IMC de 17.5 à 19), il se peut que vous n'ayez pas besoin des suppléments alimentaires. Si vous les utilisez, on suggère de les prendre après les repas parce qu'ils provoquent une satiété rapide ce qui peut couper l'appétit s'ils sont consommés avant. Il peut valoir la peine de goûter différentes saveurs et différentes marques pour trouver un produit plus agréable (ou moins désagréable) pour vous.

Pendant cette phase, il y aura probablement des moments de découragement. Rappelez-vous alors les raisons pour lesquelles vous voulez surmonter ce problème. Rappelez-vous tout ce que vous voudriez faire de votre vie si le trouble alimentaire ne prenait pas tant de place. Rappelez-vous toutes les conséquences de votre trouble alimentaire sur votre qualité de vie. Rappelez-vous l'image de la remontée de la rivière en canoë et regardez le lac calme qui s'approche pour vous donner le courage de recommencer à ramer.

Pendant la reprise de poids, la sensation d'être gros sous toutes ses formes deviendra souvent un obstacle important. Elle comprend différents phénomènes qui se recoupent : la sensation interne de gonflement du ventre, la perception visuelle de l'abdomen qui ressort, les pensées où vous vous dites que vous avez trop mangé, les vêtements serrés et l'impression plus globale « d'être gros ».

La sensation interne de gonflement du ventre est en partie reliée au fait que l'estomac prend beaucoup plus de temps à se vider. Il doit se réhabituer graduellement à gérer des

quantités plus normales de nourriture. La réalimentation graduelle va généralement corriger la situation. Au début, cette sensation peut être très désagréable. Nous avons déjà discuté la façon d'utiliser les aliments à haute concentration calorique pour minimiser ce problème. Cette sensation peut aussi être traitée d'une manière semblable à l'anxiété provoquée par une phobie. À force de l'éviter, elle s'accentue alors qu'en y faisant face (en s'exposant) et en la tolérant elle s'atténue. Il est important de vous rappeler que celle-ci est la conséquence du trouble alimentaire et qu'elle ne doit pas être confondue avec la satiété. En ce sens, elle n'est pas une indication que vous avez assez mangé.

La perception visuelle de l'abdomen gonflé peut être diminuée en choisissant des aliments plus concentrés en calories. Il ne faut pas trop consommer de fibres alimentaires et de boissons gazeuses. Les préoccupations excessives concernant votre image corporelle vous amènent peut-être à trop surveiller votre ventre. C'est une forme de surveillance corporelle excessive (*body checking*) discutée à la section 3.8.2. Essayez d'éviter les vêtements trop serrés qui peuvent accentuer cette sensation. Choisissez des vêtements que vous aimez et qui sont « moins petits ». Il est préférable de le faire un peu à l'avance, avant que les vêtements usuels ne soient plus portables.

3.10.2 Maintien du poids

Lorsqu'on approche de l'objectif de poids, les suppléments alimentaires pourront être cessés graduellement (par exemple, le premier pourrait être cessé à un IMC de 19 et le second à 19.5). Il se peut très bien que vous soyez surpris, à ce stade, de constater à quel point vous pouvez manger sans prendre de poids. Consolidez vos bonnes habitudes alimentaires et tentez de trouver un nouvel équilibre. À ce stade, il se peut que vous retrouviez les véritables sensations de faim et de satiété. Pendant les semaines qui suivent, vous pourrez passer aux autres étapes en gardant un œil sur votre poids et vos habitudes alimentaires.

3.11. Prévention des rechutes

Au besoin votre thérapeute pourra vous proposer diverses techniques visant à augmenter vos chances de maintenir l'amélioration à long terme et même de poursuivre votre progression après la fin de la thérapie. On utilise parfois un résumé personnel de votre traitement, des techniques qui vous permettent de continuer la thérapie par vous-même, des

rendez-vous plus espacés en fin de thérapie et/ou une fiche thérapeutique qui peut vous aider à identifier les premiers signes de rechutes.

Exemple :

EST-CE QUE JE FAIS UNE RECHUTE?	
Symptômes à surveiller :	Quoi faire en cas de rechute :
➤ ➤ ➤ ➤ ➤ ➤ ➤	➤ ➤ ➤ ➤ ➤ ➤ ➤

Bibliographie

- Agras, W. S., & Apple, R. F. (2008). *Overcoming Eating Disorders: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder. Therapist Guide.* New-York: Oxford University Press.
- Aigner, M., Treasure, J., Kaye, W., & Kasper, S. (2011). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry*, 12(6), 400-443. doi: 10.3109/15622975.2011.602720
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5)* American Psychiatric Publishing.
- André, C. (2011). *Méditer jour après jour: L'iconoclaste.*
- Apple, R. F., & Agras, W. S. (2007). *Overcoming Your Eating Disorders: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder Workbook*: Oxford University Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (2nd ed.): Guilford Press.
- Bernstein, Douglas A., Borkovec, Thomas D., & Hazlett-Stevens, Holly. (2000). *New directions in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals. [References]*: (2000). vi, 171 pp. Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Burns, D. D. (1994). *Être bien dans sa peau*: Héritage.
- Chaloult, L., Ngo, T. L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*: Gaétan Morin Éditeur.
- Cooper, P. (2013). *Surmonter la boulimie, la suralimentation et le binge eating*. Paris: Dunod.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (G. Press Ed.). New-York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming Binge Eating*. New-York: Guilford Press.
- Flament, M. F., Bissada, H., & Spettigue, W. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*, 15(2), 189-207. doi: 10.1017/s1461145711000381
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9(2), 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*, 12(4), 871-878.
- Hay, P. J., Bacaltchuk, J., & Stefano, S. (2004). Psychotherapy for bulimia nervosa and binging. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD000562. doi: 10.1002/14651858.CD000562.pub2
- Hay, P. P., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and binging. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD000562. doi: 10.1002/14651858.CD000562.pub3
- Keys, A., Brožek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation. (2 vols)*. Oxford, England: Univ. of Minnesota Press.
- Leichner, P., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., Perreault, M., & Gottheil, N. (1994). [Validation of an eating attitude scale in a French-speaking Quebec population]. *Can J Psychiatry*, 39(1), 49-54.
- Linehan, M. M. (2000a). *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de la personnalité état-limite*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Linehan, M. M. (2000b). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état limite*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène.

- Mintz, L. B., & O'Halloran, M. S. (2000). The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *J Pers Assess*, 74(3), 489-503. doi: 10.1207/s15327752jpa7403_11
- Mitchell, J. E., Roerig, J., & Steffen, K. (2013). Biological therapies for eating disorders. *Int J Eat Disord*, 46(5), 470-477. doi: 10.1002/eat.22104
- Schmidt, U., & Treasure, J. (1999). *La boulimie s'en sortir repas après repas*: Éditions Estem.
- Simon, Y., & Nef, F. (2002). *Comment sortir de l'anorexie?* : Éditions Odile Jacob.
- Wilson, G. T., & Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet*, 365(9453), 79-81.