



MISE AU POINT

Approche motivationnelle des conduites de restriction alimentaires - Place du contre-engagement ciblé sur les mécanismes egosyntoniques de maintien du trouble des conduites alimentaires.

Jean Vignau¹

¹ Praticien Hospitalier - CHU de Lille - Hôpital Fontan 2. Service d'Addictologie. Rue André Verhaeghe. 59000 Lille

Souviens-toi de te comporter dans la vie comme dans un banquet. Quand le plat, faisant le tour des convives, arrive devant toi, tends la main et sers-toi comme il convient [...] Mais si, les choses t'étant offertes, tu t'abstiens même d'y toucher, d'y jeter les yeux, tu seras digne non seulement de boire avec les dieux, mais de régner comme eux. C'est ainsi qu'ont vécu Diogène, Héraclite et leurs semblables, s'égalant par-là aux dieux et gagnant le renom d'hommes divins.
Epictète- Manuel - 125 apr. J.-C.

Résumé : A l'instar des consommations de substances psychoactives (SPA), les conduites de restriction alimentaire (CRA) peuvent persister malgré la survenue de dommages et évoluer vers la compulsivité pour constituer de véritables troubles du comportement alimentaire (TCA) tels que l'anorexie mentale (AM) et la boulimie (BN). Cependant, à la différence des SPA, les CRA ont la particularité de se présenter initialement comme un engagement personnel dans une forme d'autodiscipline mobilisant les capacités d'autocontrôle des personnes et visant habituellement à améliorer l'estime de soi par une forme d'ascèse. Une fois le TCA constitué, si la motivation à réduire les dommages induits finit par emporter l'adhésion des patients et contribue à fonder l'alliance thérapeutique, la persistance d'une forte valorisation des comportements d'autocontrôle eux-mêmes (phénomène d'ego-syntonie) est source de confusion pour le patient et d'incompréhension dans ses relations avec les soignants et les aidants. Le premier postulat de l'approche motivationnelle spécifique que nous avons développée depuis plus de dix ans dans notre unité de jour au CHU de Lille est que l'ego-syntonie représente une cause majeure de résistance au traitement et de passage à la chronicité des TCA. C'est pourquoi le **premier principe thérapeutique** de notre approche cible spécifiquement la dimension d'engagement personnel propre à l'ego-syntonie des CRA par une proposition symétrique d'engagement personnel dans des expériences comportementales contre-attitudinales (empruntant aux thérapies d'exposition), après stabilisation de l'état nutritionnel. Le deuxième postulat de notre approche concerne la primauté du comportement sur la cognition dans l'évolution péjorative des CRA vers les TCA. En effet, l'envahissement cognitif par des pensées anxigènes et culpabilisantes qui accompagne cette évolution s'avère être le résultat, et non la cause, de la mise en place effective d'une stricte autodiscipline, dont la rigidité ira croissante avec les effets neurobiologiques de la privation de nourriture. Cela explique pourquoi la peur de prendre du poids augmente paradoxalement avec la profondeur de l'amaigrissement et l'extension des évitements alimentaires, et pourquoi les traits perfectionnistes tels que la ténacité et la persévérance (sollicitant une grande force comportementale) sont parmi les principaux facteurs prédisposant aux TCA. Ainsi, le **deuxième principe thérapeutique** de notre

approche consiste à accorder une plus grande importance aux changements comportementaux qu'aux éléments cognitifs et verbaux de la motivation exprimée par le patient, qu'il s'agisse du changement tangible des habitudes alimentaires et de la reprise pondérale pendant la phase de stabilisation nutritionnelle, ou du degré d'engagement dans les expériences contre-attitudinales proposées lors de la phase de psychothérapie. Enfin, notre approche motivationnelle prend en compte un troisième facteur majeur de confusion : bien que le patient revendique souvent un attachement personnel à sa maigreur (renforcement de l'estime de soi) indépendamment de l'opinion d'autrui, force est de constater que le groupe de pairs exerce un rôle déterminant dans l'installation des TCA à l'adolescence. En adéquation avec la théorie du sociomètre qui permet de dépasser cette apparente contradiction, nous postulons que l'estime de soi qui motive l'installation des CRA puis sous-tend l'ego-syntonie des TCA est profondément ancrée dans le besoin vital d'appartenance sociale. Ainsi, interrogés à distance de leur guérison (études qualitatives), les patients désignent la sortie de l'isolement social comme l'un des principaux facteurs contributifs. C'est pourquoi le **troisième principe thérapeutique** de notre approche repose sur l'utilisation préférentielle des groupes de pairs comme contexte des expériences comportementales contre-attitudinales. En effet, pour des adolescents et de jeunes adultes, relever le défi de s'engager dans une attitude résolument conviviale le temps d'un repas hebdomadaire avec un petit groupe de leurs amis constitue une expérience à même de replacer la satisfaction des besoins d'appartenance comme source physiologique, valable et accessible de l'estime de soi, au détriment des CRA.

Mots-clés : Anorexie mentale – Ego-syntonie – Motivation – Thérapies d'exposition - Estime de soi – Comportement – Attitude – Engagement - Adolescence – Influence du groupe de pairs

Abstract: Like the use of psychoactive substances, dieting behaviors (DBs) are likely to evolve into compulsivity (continuation despite the occurrence of damage) to constitute genuine eating disorders (EDs) such as anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN). However, unlike the former, DBs have the peculiarity of presenting themselves initially as a personal commitment to a form of self-discipline based on the mobilisation of people's self-control capacities and aimed at enhancing self-esteem through asceticism. Thus, while the motivation to reduce harm caused by EDs eventually wins over patients, and helps form the basis of the therapeutic alliance, the restrictive symptomatic component is subject to a certain degree of valorisation (social and personal). Typically perceived by patients as a solution to their physical dissatisfaction rather than a problem, the persistence of a strong attachment to their eating self-control behaviours is a source of confusion for patients themselves and misunderstanding in relationships with caregivers. This is why we first postulated this phenomenon, known as egosyntonicity, as a major cause of treatment resistance and the chronicity of EDs, and as such made it the focus of the specific motivational approach that we have been developing for over ten years in our day-care unit at the University Hospital of Lille. From this postulate, we actually derive the **first therapeutic principle** of our approach, i.e. to specifically target the dimension of personal commitment specific to the ego-syntonicity of DBs through a symmetrical proposal of personal commitment in counter-attitudinal behavioral experiences (borrowed from exposure therapies), after stabilization of the nutritional state. The second postulate is based on the primacy of behavior over thought in the evolution of DBs towards EDs. Indeed, the cognitive invasion by anxiety-provoking and guilt-inducing thoughts commonly observed by clinicians in ED patients proves to be the result and not the cause, of the translation of banal attempts at a low-calorie diet into strict self-discipline, the rigidity of which will increase with the neurobiological effects of starvation. This explains why the fear of gaining weight paradoxically increases with the depth of weight loss and the extension of food avoidance, and why perfectionist traits such as tenacity and perseverance are one of the main predisposing factors of EDs through behavioral strength training. From this postulate we derive the **second**

therapeutic principle of our motivational approach, i.e. to place greater emphasis on behavioral changes than on the cognitive and verbal elements of the motivation expressed by the patient, whether in terms of actual changes in eating habits and weight regain during the nutritional stabilization phase, or the degree of engagement in counter-attitudinal experiences during the psychotherapy phase. Finally, we serendipitously uncovered the effect of a confounding factor in the motivation of DBs, namely the social dimension of the goal they are usually aiming to achieve, i.e. improving self-esteem, during adolescence. Although adolescents with EDs often say that they are personally obsessed with their thinness, regardless of the opinions of others, there is considerable evidence that peer groups clearly play an important role in the development of these disorders. We then third postulated that the improvement in self-esteem that drives DBs is deeply rooted in the vital human need to belong. In the line with this postulate, qualitative studies of former eating disorder patients point to the importance to having returned to a positive social environment as a condition of the recovery process. After puberty, the significant role that the peer group suddenly assumes in the lives of adolescents and young adults leads us to the **third main therapeutic principle** of our motivational approach, i.e. the use of such peer groups as the preferred terrain for counter-attitudinal behavioral experimentation (e.g. through the sharing of convivial therapeutic normo-caloric meals), the only context that makes it possible to compete advantageously with DBs in the provision of self-esteem.

Key-words: Anorexia nervosa - Egosyntonicity - Motivation - Exposure therapies - Self-esteem - Behavior - Attitude - Commitment - Adolescence - Influence of peer group

Le modèle socio-cognitif de maintien de l'anorexie mentale (1,2) est l'un des plus éclairant sur le plan de la compréhension des enjeux motivationnels de cette pathologie. Il souligne en effet les trois obstacles majeurs qu'ont à franchir les soignants dans l'accompagnement des patients : (1) celui, très spécifique, de la valorisation des symptômes par le patient, (2) celui, omniprésent, de l'évitement comportemental en tant que trait de personnalité prémorbide et mécanisme fonctionnel d'installation et de maintien du trouble, et enfin (3) celui de l'intrication de facteurs intra et interpersonnels. S'appuyant sur ce modèle, l'équipe de l'unité d'hospitalisation de jour du service d'Addictologie du CHU de Lille a construit depuis dix ans une approche motivationnelle utilisant l'engagement dans des expériences comportementales et sociales (repas thérapeutiques, auto-traitement avec le groupe de pairs) comme levier de changement ciblant en particulier la dimension développementale socio-affective de l'ego-syntonie qui caractérise les conduites de restriction alimentaire chez les adolescents et jeunes adultes.

En préalable, soulignons que nous nous limiterons à cette même période développementale, d'abord parce qu'elle concentre la très grande majorité des cas (3) et surtout parce que les interventions motivationnelles y sont les plus spécifiques et les plus cruciales pour enrayer l'évolution vers la chronicité (4). Les formes chroniques et anciennes posent bien entendu des questions multiples et complexes (5,6) qui ne seront pas abordées dans cet article.

Soulignons ensuite qu'en matière de troubles des conduites alimentaires (TCA), les dimensions de restriction (excès de contrôle) et d'alimentation émotionnelle (perte de contrôle) se présentent de façon orthogonale (7). Le présent article ne s'intéressera qu'à la première de ces dimensions pour laquelle les termes « anorexie mentale » (AM) et « conduites de restriction alimentaire » (CRA) seront parfois utilisés de manière interchangeable. En effet, les données empiriques (8) établissent un continuum à la fois (1) entre des formes de restriction alimentaires associées à des niveaux de détresse variables (depuis l'insatisfaction



corporelle alléguée par 40 à 50% des femmes des sociétés occidentales jusqu'aux TCA avérés touchant 5% d'entre elles) (9) et (2) entre des catégories de troubles – anorexie mentale, boulimie et leurs formes incomplètes avec passage d'un diagnostic à l'autre – partageant un même noyau symptomatique restrictif ((10).

Motivation dans les addictions et les troubles des conduites alimentaires

Le processus par lequel un comportement rationnel – motivé par l'obtention d'un bénéfice – échappe secondairement au contrôle du sujet, et se perpétue en dépit des efforts de ce dernier pour le refréner en raison de la survenue de répercussions néfastes pour sa santé – est une caractéristique commune aux troubles addictifs et aux TCA.

Certains TCA, comme les accès hyperphagiques – dont le prototype est le *Binge Eating Disorder* – présentent un caractère hédonique avéré et sont dans une grande mesure congruents avec le modèle des addictions (11,12). Ils impliquent la stimulation des circuits de la récompense comme mécanisme d'entrée avec la mise en jeu des circuits aversifs dans le passage à la compulsion (13).

En revanche, les conduites de restriction alimentaires (CRA) – dont le prototype est l'anorexie mentale (AM) et qui sont également retrouvées dans la boulimie (BN) – semblent relever de mécanismes et de facteurs de risques distincts (14–16). La privation de nourriture ne possédant pas intrinsèquement de propriété de renforcement qui orienterait d'emblée vers la recherche d'un bénéfice, seule la composante aversive (peur de grossir) s'est imposée comme symptôme cardinal de l'AM et de la BN (Glashouwer et al. 2019). La composante renforçatrice n'a que récemment été reconnue comme facteur intrinsèque majeur de maintien (15,18,19) des CRA et, à ce titre, intégrée dans certains modèles de compréhension de l'AM (1) avec des implications cliniques comme par ex. le rôle médiateur de l'estime soi dans l'amélioration de la prédiction d'évolution sous traitement (20).

Sur le plan thérapeutique, les premiers développements des techniques motivationnelles (Entretien Motivationnel – EM) ont vu le jour dans le champ addictologique (21). L'application de ce modèle aux CRA a fait l'objet d'études mettant en évidence diverses formes d'interventions (22), allant de l'adoption d'une philosophie générale des soins centrée sur le patient, telle que définie dans l'EM, jusqu'à l'intégration dans certains programmes de soins de techniques spécifiques adaptées de l'EM et utilisées de façon adjuvante (*Cognitive Behavior Therapy* – CBT – (23) ou comme composante majeure de la thérapie (MANTRA – (24).

Quoi qu'il en soit, l'efficacité des interventions motivationnelles issues de l'EM dans l'AM se révèle modeste (25,26) comparée à celle observée dans les addictions (27), notamment lorsque ces interventions utilisent les construits issus du Modèle Transthéorique des Changements de Comportements (progression par étapes depuis la pré-contemplation jusqu'à l'action) (28) qui ne permettent pas de prédire l'évolution de l'AM de façon fiable (29).

L'intégration à l'EM de construits issus d'autres théories de la motivation détaillant les mécanismes sous-tendant la disposition au changement conduit à appréhender plus adéquatement les spécificités motivationnelles des CRA (30). Citons à ce propos l'importance de l'expérimentation comportementale et de l'influence de l'environnement social dans la modulation de la motivation aux changements comportementaux, diversement soulignée dans trois courants théoriques :

- (1) la Théorie de l'Autodétermination (31) qui explicite les processus d'intériorisation de la motivation des comportements adossés aux besoins psychologiques fondamentaux de l'être humain (besoins de compétence, d'autonomie et d'appartenance sociale),
- (2) la Théorie Sociale Cognitive (32) qui établit l'importance des mécanismes d'autorégulation (notamment de notre système de croyances à propos de notre efficacité personnelle) comme fondement de la motivation et du bien-être humains
- (3) et la Théorie du Comportement Planifié (33) qui s'intéresse aux relations entre attitude et comportement, identifiant trois facteurs déterminant dans la transformation d'une intention d'agir en une action donnée chez un individu, à savoir (1) son attitude et ses attentes vis-à-vis des résultats du comportement, (2) la conformité de ce comportement à ses normes subjectives et (3) la perception du contrôle effectif qu'il exerce sur son propre comportement.

Importance majeure de l'ego-syntonie dans l'état motivationnel sous-tendant les CRA

Les cliniciens du champ des TCA sont régulièrement confrontés à la détresse de patients qui, à l'évidence, sont profondément désireux d'obtenir leur aide afin d'améliorer leur situation (34), et, dans le meilleur des cas, disposés à reprendre du poids pour ce faire. Les motifs invoqués par les patients sont pour le moins convaincants : limiter la dégradation catastrophique de leur état de santé, se libérer de la pression de leurs proches, être délivrés des ruminations mentales qui les envahissent du matin au soir, sortir d'un isolement social mortifère, reprendre leurs études ou leur travail, mener à bien un projet de grossesse (35) ... et d'en déduire logiquement que ces patients envisagent véritablement de renoncer à leurs CRA afin d'atteindre leurs objectifs ... pour finalement en arriver au constat que ces mêmes patients mettent tout autant de force et d'énergie à préserver nombre de leurs symptômes qu'à réaliser leurs objectifs de changement (36). A titre d'exemple, citons la capacité à se plier à des règles strictes concernant l'alimentation et le poids qui caractérise les CRA et qui est très souvent vécue comme une source bénéfique de confiance en soi, de contrôle et de stabilité émotionnelle (37), c'est-à-dire comme une solution plutôt que comme un problème. Cette valorisation repose essentiellement sur le lien positif que le patient établit entre **contrôle de sa corpulence** et **estime de soi**, (38), et ceci en harmonie avec les croyances occidentales communes (« il est nécessaire de contrôler son poids » – (39,40). L'intégration des stratégies de contrôle alimentaire restrictif à son système de valeurs personnel est la source d'un **engagement actif** du patient dans des actes visant à les préserver (1). Ce phénomène désigné par le terme **d'ego-syntonie** (41) constitue l'un des principaux facteurs de maintien des CRA et est de nature à altérer significativement la disposition au changement (42). La psychologie sociale, au travers de la théorie de l'engagement, a largement exploré les mécanismes (notamment l'« effet de gel ») par lesquels un acte initial d'engagement compromet les possibilités de changements ultérieurs (43).

En rendant possible la poursuite des restrictions énergétiques au-delà de certaines limites, ce phénomène d'engagement va être décisif dans l'évolution des CRA vers la compulsivité et la constitution de TCA caractérisés. En effet, les effets neurobiologiques de la privation de nourriture vont secondairement amorcer un cercle vicieux résultant du conflit entre les besoins homéostatiques qui les sous-tendent et la motivation consciente des CRA enracinée dans les nouvelles exigences du besoin d'appartenance propres à la période post-pubertaire (19). Ces perturbations se traduisent sur le plan psychique notamment par une perte de la joie de vivre et un envahissement du champ de conscience par des pensées anxieuses et culpabilisantes, provoquant un inconfort psychologique de nature à rigidifier l'autodiscipline alimentaire comme source de stabilité émotionnelle. Cela explique pourquoi la peur de prendre du poids augmente paradoxalement avec



la profondeur de l'amaigrissement et l'extension des évitements alimentaires, et pourquoi les traits perfectionnistes tels que la ténacité et la persévérance (sollicitant une grande force comportementale) mis au service de cet engagement sont parmi les principaux facteurs prédisposant aux TCA (44).

*En conclusion, le **premier postulat** sur lequel repose notre approche motivationnelle est que, combinée à la peur de grossir (aversive), la valorisation des CRA (renforçatrice) (45) au regard des besoins vitaux d'appartenance désigne l'estime de soi comme moteur de l'engagement initial dans une autodiscipline alimentaire et, une fois installée, de « l'énigmatique persistance de l'AM » (46) sous l'effet du recrutement de forces homéostatiques contraires. Le **deuxième postulat** de notre approche concerne la primauté du comportement sur la cognition dans l'évolution péjorative des CRA vers les TCA.*

Conséquences pour les soins : nécessité d'une clarification des buts du changement comme condition à l'engagement du patient

Au regard de cette spécificité clinique (puissance des actes d'engagement), Glen Waller pointe très justement la **responsabilité des thérapeutes** qui persistent trop souvent selon lui à accorder une trop grande importance aux éléments cognitifs et verbaux de l'analyse de la motivation au changement (qu'il assimile à une sorte de « profession de foi » du patient), et ceci, au détriment de ses éléments comportementaux (ses mises en actes) (47).

Par voie de conséquence, le travail motivationnel concernant le traitement des TCA devra commencer par une indispensable mise à plat des buts visés par le changement, et ceci afin de créer les conditions d'un engagement actif du patient dans les soins au travers de plans d'action adaptés. Cette tâche est complexe à la fois pour les thérapeutes et pour le patient car les buts du changement sont variables chez un même patient, au fil du traitement en fonction du génie évolutif propre du TCA ; d'un patient à l'autre, ils varient selon l'histoire des éventuelles tentatives de changement et l'évaluation que le patient, ses proches et le thérapeute font de ses réelles possibilités de changement (47).

Pour des raisons éthiques et pragmatiques évidentes, les buts du changement s'ancrent nécessairement dans la réalité physique du patient, avec une prééminence des objectifs de stabilisation de l'état médical (reprise de poids et, le cas échéant, diminution des purges), sur les objectifs psychothérapeutiques proprement dits (Tableau 1).

Le but de gain contrôlé de poids

Ce but ne concerne naturellement que l'AM. Si la réduction de l'insuffisance pondérale constitue un but en soi, la précocité de sa survenue au cours du traitement est, de surcroît, corrélée à une meilleure réponse au traitement et à un meilleur pronostic du trouble (48), en particulier chez les adolescents (49,50). De manière plus générale, les **changements comportementaux précoces** semblent conditionner l'évolution ultérieure des TCA ; outre la réduction des effets délétères de la dénutrition sur les fonctions cérébrales (51,52), l'une des hypothèses invoquée est un soutien de la motivation du patient par le mécanisme de l'efficacité personnelle (30,32). Il est crucial d'informer le patient (et son entourage) de cette exigence de résultat (changements comportementaux et reprise de poids) et ce, dès le début du traitement. Cela implique, d'une part, une **attitude de franchise du thérapeute** lors de la phase préalable d'exposé des objectifs nutritionnels au patient (et à son entourage, le cas échéant), afin que ce dernier se prépare activement à la hausse progressive des apports énergétiques qu'il lui sera nécessaire d'accepter pour obtenir

une amélioration significative, et d'autre part, une **vigilance** active visant à permettre de détecter précocement – et ceci afin de les corriger – les éventuels défauts de résultats du traitement. L'engagement du patient (étendue à sa famille chez les jeunes adolescents) dans la mise en actes de changements comportementaux significatifs permet en outre d'établir le **principe d'une co-responsabilité** liant thérapeute et patient dans le parcours vers la guérison. Plus le patient est impliqué (motivation autonome) à l'entrée dans les soins, meilleur est le pronostic (53). De même, un prétraitement motivationnel (54) améliore les résultats du traitement. De son côté, le thérapeute a la responsabilité de ne pas retarder le processus de changement – par excès d'empathie ou par peur d'accabler le patient et/ou ses parents par trop d'exigences – qui conduirait à une réelle perte de chance et de motivation (55) (dont le thérapeute sera tenté *a posteriori* de blâmer le patient – (47).

Pour les patients les plus jeunes le rôle de la **famille** dans la reprise de poids est central. L'approche familiale la plus reconnue chez l'adolescent est le *Family Based Treatment* – FBT (56) qui repose sur un accompagnement de la reprise en main de l'alimentation de l'adolescent par les parents associés comme co-thérapeutes dans le processus thérapeutique. Pour les parents engagés aux côtés de leur enfant souffrant de TCA, la charge émotionnelle est considérable (57). La détresse ressentie par l'enfant lors des repas, notamment, se diffuse aux parents et sollicite leurs propres capacités de régulation émotionnelle (58). L'entretien d'une dynamique motivationnelle chez le patient se double alors d'un travail de soutien de la motivation des parents selon diverses modalités (entretiens familiaux, groupe de parents). L'obtention de résultats précoces en termes de gain pondéral y est un enjeu majeur. Une aide prometteuse est attendue de l'adaptation prochaine au domaine des TCA d'une approche stratégique, dite de Résistance Non Violente (59), initialement développée dans le domaine des conduites violentes ou à risque des enfants et proposant à leurs parents une combinaison de plusieurs techniques : modulation de leur vigilance à l'égard de leur enfant en fonction des risques auxquels il s'expose, initiation à des techniques de désescalade, rédaction d'écrits explicitant à leur enfant leurs décisions d'intervention, recrutement d'un groupe de supporters choisis parmi leurs proches pour les aider.

Pour terminer, il est important de souligner l'apport fondamental des études qualitatives sur la définition et les déterminants du processus de guérison (60) qui montrent que le but de gain de poids n'est pas exempt d'équivocité (61). En effet, ce dernier est tout à fait compatible avec le maintien, voire le renforcement d'un contrôle obsessionnel des apports énergétiques et de la corpulence (62), contribuant ainsi à la chronicisation des troubles malgré la reprise de poids (63), avec le risque de survenue ultérieurement de « rechutes » (qu'il serait plus juste de nommer « décompensations ») (6,64). De plus, notamment en cas de désordres émotionnels associés (par ex. troubles de personnalité liés à l'exposition à des psychotraumatismes), un gain de poids obtenu par une trop grande pression extérieure et mal accepté par le patient peut favoriser l'évolution d'une AM restrictive vers une forme avec purge ou vers la BN (65). Afin de limiter ces risques, nous avons pris le parti dans les soins prodigués dans notre centre de jour de ménager une marge suffisante d'autonomie au patient (66,67) et de déterminer avec lui le niveau de **poids de sécurité**¹ au-delà duquel le gain de poids sera abandonné comme but en soi, tout en demeurant un indice majeur d'évolution.

¹ Le « poids de sécurité » est celui qui permet de limiter significativement les effets délétères de l'insuffisance pondérale sur le fonctionnement psychique (rigidité cognitive et instabilité émotionnelle) (68) ainsi que les risques de syndrome de renutrition inappropriée (52) ; il correspond à 70% du poids idéal (69) ; la valeur que nous retenons en pratique à l'intérieur de la fourchette normale est celle qui correspond au poids d'équilibre (ou poids de consigne – (70) constaté

Le but du « lâcher-prise »

L'assouplissement du contrôle de l'alimentation et du poids se confondant largement avec le processus de guérison des TCA lui-même (6), il apparaît qu'en faire un but opérationnel de changement constitue à bien des égards un leurre thérapeutique. En effet, les traits de perfectionnisme et d'évitement du danger qui sont retrouvés dans la très grande majorité des cas (comme caractéristiques prémorbides et persistantes après guérison – (71–73) rendent l'injonction de lâcher-prise au mieux inopérante dans le contexte de l'AM et au pire risquée dans celui de la BN, où elle peut conduire à la perte de contrôle hyperphagique.

Plus fondamentalement, la conception d'un lâcher-prise progressif est remis en question par une approche novatrice en santé qui se **centre sur le processus de guérison**² et vient étayer la validité empirique du concept de « **point de basculement** » dans l'évolution des CRA (75,76). Il s'agit de rendre compte d'un phénomène subjectif de renversement dans l'orientation des efforts du patient vers le changement, soudain perçu comme une promesse tangible de retrouver un fonctionnement psychologique et social adéquat. Les données des études qualitatives sur l'analyse de la guérison – définie de façon très stricte par un recouvrement d'une liberté sur le plan cognitif et d'une qualité de vie satisfaisante, bien au-delà de la simple sortie des critères diagnostics – montrent que ce point de basculement est l'étape décisive dont le franchissement est progressivement compliqué par l'allongement de la durée de la maladie (6).

C'est pourquoi, et à l'instar de la reprise de poids, l'équipe thérapeutique du centre de jour a pris le parti d'adopter une **attitude de franchise** dans sa façon d'aborder l'excès de contrôle de la corpulence et de l'alimentation dans les interventions précoces. Cela consiste à convenir avec le patient de défis précis à relever, dont nous pouvons raisonnablement supposer qu'ils lui permettront d'obtenir des résultats tangibles (sentiment d'efficacité personnelle, estime de soi) dès les premières semaines de traitement, et ainsi soutenir sa motivation (77). Autrement dit, l'entretien d'une dynamique motivationnelle visant *in fine* au relâchement du contrôle de la corpulence et de l'alimentation est abordé de façon détournée par la proposition d'expériences proactives, répétées et régulières de **contre-engagement** (lors de repas thérapeutiques, par ex. – (78) **défiant l'engagement egosyntonique** qui sous-tend les CRA, et ceci **jusqu'au franchissement du point de basculement**. Notons que dans notre expérience, l'élaboration avec le patient de plans d'actions réclamant un engagement actif de sa part s'avère étonnamment plus acceptable par ce dernier que la négociation d'ajustements objectivement moins coûteux sur le plan des efforts à fournir. A condition que son état général le permette, ce n'est pas le niveau d'effort à consentir qui est le facteur limitant pour le patient, mais bien la **valeur** qu'il attribue au but visé par l'effort (79).

Ces expériences étant par nature contre-attitudinales, elles requièrent une certaine flexibilité cognitive (80) tout en sollicitant fortement les capacités de régulation émotionnelles du patient (81–84). Par conséquent, leur utilisation n'est proposée qu'après stabilisation de l'état physique et psychologique (maintien de la corpulence au-dessus du poids de sécurité et, le cas échéant, une relative maîtrise des manœuvres de purges) et assortie d'un temps de préparation ainsi que d'un accompagnement sur le plan émotionnel, faisant appel par exemple aux modules *Mindfulness* et Régulation Emotionnelle des thérapies dialectiques (85,86).

à l'âge adulte lors de périodes exemptes de désordres pondéraux, ou estimé par une extrapolation de la courbe d'IMC pour les patients de moins de 20 ans.

² Cette approche s'avère très pertinente dans l'abord de nombreuses problématiques de santé et a été adoptée par les Autorités Sanitaires de plusieurs Etats (74)

Rôle des besoins d'appartenance sociale dans la motivation des CRA à l'adolescence

L'égosyntonie désigne explicitement le système de valeurs personnel – notamment la place privilégiée du contrôle qui sous-tend les traits préexistants de perfectionnisme – comme facteur déterminant de l'intériorisation de la motivation des CRA. Ce faisant, elle laisse dans l'ombre l'enracinement profond de ces CRA dans l'irruption de besoins nouveaux d'appartenance sociale caractérisant l'adolescence. Cette phase du développement s'accompagne en effet d'un accroissement considérable du rôle joué par le groupe des pairs dans le quotidien des adolescents et les processus d'autonomisation conditionnant l'émergence de leur subjectivité (87).

Par ailleurs, ce que l'on désigne habituellement comme l'estime de soi peut être considérée du point de vue de l'évolution comme l'expression cognitivo-verbale propre à l'espèce humaine d'une fonction commune aux espèces animales dites « sociales » – c'est-à-dire dont les stratégies d'adaptation et de survie sont fondées sur la coopération entre les membres d'un groupe. Cette fonction « sociométrique » consiste en une évaluation constante du risque vital pour chaque individu d'être exclu de son groupe de référence. Selon ce point de vue, l'estime de soi résulte de l'évaluation que nous faisons de notre propre **valeur relationnelle** (88). Par conséquent, si nous cherchons par exemple à augmenter intentionnellement notre estime personnelle par l'engagement dans une autodiscipline alimentaire, c'est *in fine* dans le but d'accroître notre valeur relationnelle, c'est-à-dire **nos chances d'être accepté du groupe de pairs** dont nous dépendons désormais pour notre sécurité et notre développement, et cela, que nous en soyons conscients ou que nous nous en défendions.

Ainsi, il existe une abondante littérature (89–91) montrant le rôle joué par quatre facteurs de risque liés au besoin d'appartenance à un groupe de pairs dans l'installation des CRA, à savoir (1) l'exposition à des conversations sur la corpulence, (2) la valorisation des opinions exprimées par les amies sur le poids, (3) l'exposition à des moqueries sur l'apparence et le poids ainsi que (4) l'attribution par les amies de critères physiques comme facteur déterminant de popularité au sein du groupe de pairs. Or, ces facteurs augmentent le risque d'une insatisfaction corporelle, de dysfonctionnements alimentaires et d'une **chute de l'estime de soi** chez les adolescents de sexe féminin. Les principaux médiateurs de cette influence des pairs sont (1) l'internalisation de l'idéal de minceur, (2) la comparaison de l'apparence physique et (3) l'inhibition des besoins propres au profit de la conformité à des standards externes et/ou de l'effacement personnel en cas de menace de conflit. Nous pouvons raisonnablement faire l'hypothèse que les adolescentes s'engageant dans une autodiscipline alimentaire restrictive sont *in fine* mues par une recherche d'acceptation par le groupe de pairs sur laquelle repose leur estime de soi. Sur les réseaux sociaux, les stratégies de renforcement de l'estime de soi par l'exercice d'un contrôle négatif sur la corpulence, font l'objet de propositions de type « *Fitspiration* » très populaires auprès de jeunes (92). Quel que soit le niveau de corpulence de départ, et dans une perspective perfectionniste, l'arrêt des sucreries et des aliments ultra-transformés, l'entrée dans un végétarisme avec des tendances orthorexiques conduisant à une réduction des matières grasses, l'augmentation de l'exercice physique, etc., sont devenus un mode habituel pour les adolescentes de renforcer leur confiance personnelle et d'aborder leur vie sociale avec la promesse d'une garantie accrue d'être bien acceptées par le groupe pairs. L'amélioration par ce biais de l'image corporelle a toutes les allures d'une première entreprise réellement personnelle à valeur d'engagement, car décidée et conduite de manière autonome. A la faveur des prédispositions de ténacité et de persévérance liées aux traits de perfectionnisme, cette entreprise est très rapidement couronnée de succès (perte de poids, sentiment d'efficacité personnelle, retours très positifs du groupe de pairs et des proches) (93). Les premières conséquences négatives de la perte de masse corporelle qui marqueront l'entrée dans un TCA



seront (la plupart du temps naïvement) vécues comme autant d'obstacles faciles à surmonter, renforçant par là même la valeur de leur engagement dans cette voie, jusqu'à la prise de conscience simultanée du danger qu'elles représentent et de l'impossibilité de faire marche arrière (compulsivité).

En effet, la perspective d'une reprise de poids est alors perçue comme une source aversive de souffrance supplémentaire, de sentiments d'autodépréciation (94), de honte et d'anxiété sociale (95), notamment liée au physique (38). Ainsi, à la phase d'état des TCA, **les CRA perturbent massivement le fonctionnement social**, avec en particulier des évitements (58,96) conduisant à un isolement progressif (44,97-99). La solitude touchant tôt ou tard les adolescents ayant développé un TCA (100) les prive en outre de toute actualisation de leurs schémas de pensée dysfonctionnels par de nouvelles expériences potentiellement invalidantes de partage avec le groupe de pairs et contribue significativement au maintien des troubles (101,102).

*Conclusion : nous inscrivant en droite ligne de la théorie du sociomètre, notre **troisième postulat** est que l'estime de soi qui motive l'installation des CRA et leur poursuite compulsive dans les TCA est profondément ancrée dans le besoin vital d'appartenance.*

Conséquences pour les soins : utilisation du groupe de pairs comme contexte modérateur du basculement de la motivation au changement

L'ancrage de l'estime de soi motivant les CRA dans le besoin d'appartenance conduit à envisager la guérison des TCA comme le rétablissement des processus physiologiques d'acquisition d'estime personnelle. Ces processus, selon la théorie du sociomètre, reposent sur de la perception de signaux d'approbation/désapprobation attestant de la valeur relationnelle d'un individu au travers du flux régulier de ses interactions avec les congénères de son groupe. Le problème étant posé en ces termes, la motivation au changement dans les TCA fait nécessairement appel à une reprise des expériences de partage avec le groupe de pairs, source naturelle de sécurité et d'estime personnelle à cette période du développement.

Interrogées à distance de leur séjour en clinique spécialisée sur ce qui les a le plus aidées dans le processus de guérison de leur AM, 68 patientes désignent en premier les amis (43% des cas), puis le traitement lui-même (31%) et enfin leur famille (17%) (103). Par ailleurs, la thérapie menée en groupe favorise l'amélioration concomitante de l'estime de soi et de la motivation au changement (104,105). Chez ces patients en grande majorité adolescents et jeunes adultes (14), la reprise des processus de développement sociocognitif et d'auto-régulation au contact et avec le soutien de leurs pairs, ainsi que l'amélioration de l'estime de soi sont des enjeux majeurs pour la dynamique d'engagement et de maintien dans les soins.

En particulier, l'obtention d'un **résultat positif précoce** pour le patient sur le terrain de ses **valeurs personnelles** et de son **estime personnelle** est une condition primordiale pour soutenir sa motivation et son engagement expérientiel vers une amélioration clinique durable de son TCA (106). Nous avons ainsi érigé en principe thérapeutique majeur l'utilisation, chaque fois que cela est possible, du rôle modérateur joué par le **groupe de pairs** dans la poursuite de cet objectif thérapeutique.

Le repas thérapeutique comme reconquête de l'estime de soi par l'engagement personnel

Comme nous l'avons exposé précédemment, l'approche motivationnelle que nous utilisons dans le traitement des CRA en centre de jour passe par des expériences de contre-engagement lors de repas

thérapeutiques hebdomadaires en groupe (dix patients par jour) (Tableau 1 : Thérapie expérientielle). Ces repas sont encadrés par trois à quatre soignants. Il s'agit d'une forme d'exposition à une expérience de transgression des règles restrictives personnelles du patient par la prise d'un repas standard normo-calorique visant à favoriser le basculement de la motivation au changement.

| HDJ-TCA | PSN Programme de Soutien Nutritionnel | Thérapie par Défis psychothérapie expérientielle |
|--------------------------------|--|--|
| Fréquence hebdomadaire | 2 journées/sem. (Lundi et jeudi) | 1 journée/sem. en général (du lundi au vendredi) |
| Durée | 2 à 6 semaines | 3 à 9 mois |
| But | Reprendre des forces | Jouer avec ses peurs |
| Conditions minimales | Valide, consciente (Glasgow = 15) Transport VSL Sur liste de pré-hospitalisation | TCA compensé Poids de sécurité atteint et stable (En général : IMC ≥ 15) |
| Conditions de motivation | Absence de refus | Engagement, motivation |
| Stratégie de soins (place) | Attente/Alternative hospitalisation conventionnelle | En complément des consultations Après hospitalisation ou PSN |
| Critère d'efficacité | Augmentation effective de la ration calorique et du poids | Augmentation du sentiment de liberté (extinction des croyances, attitudes et évitements anorexiques) |
| Repas en HDJ : allure générale | "Un peu plus qu'à la maison" (progressivité) | "Totalement différent de la maison" (défi) |
| Repas en HDJ : spécificités | Accompagnement de l'augmentation de la ration calorique (chiffrée) (compléments oraux, sonde naso-gastrique si nécessaire) | Ciblage sur les aliments "interdits" et les situations alimentaires les plus anxiogènes |
| Préconisations pour la maison | Suivre les prescriptions de ration calorique | Ne rien changer (dans l'immédiat) ! |
| Participation de l'entourage | Encouragements, Neutralité émotionnelle, Abstention de critiques négatives | Formation des proches à la technique = possible (en vue d'un auto-traitement) |

Tableau 1 : Programmes thérapeutiques de l'unité de jour TCA du CHU de Lille en fonction du but recherché.

Favoriser le contre-engagement

Comme le soulignent Joule et Beauvois (43), il est possible de maximiser le caractère d'engagement d'un acte en jouant sur plusieurs facteurs, parmi lesquels :

1. Les raisons de l'acte : un acte est d'autant plus engageant qu'il est détaché de raisons externes (récompense ou punition) et directement imputable à des raisons internes (valeurs personnelles, traits de personnalité).
2. Le caractère public de l'acte : un acte réalisé publiquement est plus engageant qu'un acte réalisé dans l'anonymat.
3. La répétition de l'acte : un acte que l'on répète est plus engageant qu'un acte qu'on ne réalise qu'une fois.
4. Le coût de l'acte : un acte est d'autant plus engageant qu'il est coûteux.

Le cadre institutionnel du **repas thérapeutique** normo-calorique en groupe et consenti par le patient sur une base hebdomadaire permet de réunir l'ensemble de ces conditions.

Le cadre amical (**groupe naturel de pairs**) est complémentaire car il permet, entre autres, de jouer sur un cinquième facteur :

5. *Le contexte de liberté dans lequel l'acte est réalisé* : un acte réalisé dans un contexte de liberté est plus engageant qu'un acte réalisé dans un contexte de contrainte.

Favoriser le gain d'estime personnelle

La façon d'aborder l'estime de soi en groupe dans le traitement des TCA reste à préciser et les ateliers thérapeutiques conçus à cet effet semblent peu efficaces (107).

Nous proposons une approche indirecte de l'estime de soi reprenant la théorie du sociomètre qui rapporte celle-ci à un sentiment d'acceptation (ou son anticipation) par le groupe dont nous dépendons pour notre sécurité et notre développement. Selon cette approche, il est légitime de postuler que le caractère anxiogène de la transgression par le patient d'une règle restrictive egosyntonique est la conséquence de l'anticipation de ses effets négatifs sur sa valeur sociale : « Absorber une ration calorique supérieure à la limite que je me suis fixée est un premier pas dans la perte du contrôle restrictif que j'exerce sur mon image corporelle et qui risque, à terme, de susciter un rejet de la part de mes pairs ». Selon la Théorie du Comportement Planifié (TCP) (33) la modification des attentes négatives liées au renoncement de CRA est une condition nécessaire pour que les intentions de changement se concrétise. C'est ainsi qu'en complément des mesures thérapeutiques de psychoéducation et de restructuration cognitive permettant de corriger les multiples distorsions jalonnant ce raisonnement (relativisation du risque objectif de surpoids, de l'importance du critère de minceur attribuée aux pairs, caractère dichotomique de la pensée, etc.), nous proposons aux patients de relever le défi de s'engager dans une expérience sensible de convivialité avec un groupe de pairs rompant radicalement (contre attitude) avec les habitudes d'évitement installées à la faveur du TCA. Selon la TCP, ce type d'expérience présente de nombreux avantages motivationnels : une distraction des ruminations anxieuses et culpabilisantes qui s'y rattachent (Figure 1), une prise de conscience par le patient de sa capacité réelle de contrôle de son comportement restrictif compulsif (au moins le temps d'un repas), un effet normatif du groupe, une adéquation avec le système de valeurs plaçant généralement le partage et l'amitié au-dessus de l'apparence physique, une perception de sa propre valeur relationnelle fondant le sentiment d'appartenance.

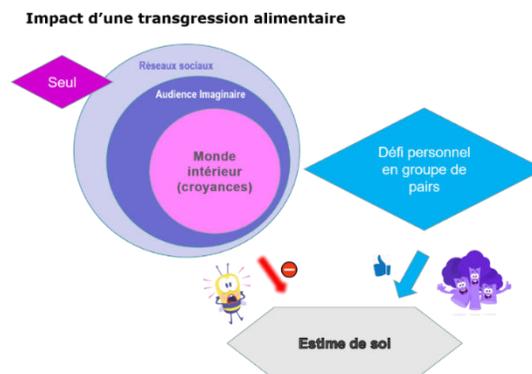


Figure 1 : Expérience de transgression de règles ego-syntoniques. Neutralisation des ruminations mentales négatives par le feedback du groupe de pairs.

Afin de faciliter ce processus, nous demandons explicitement au patient d'investir ses efforts psychologiques pour inhiber volontairement toute manifestation comportementale de son attitude négative vis-à-vis de la prise de nourriture lors du repas thérapeutique. La progression de sa capacité contre-attitudinale est évaluée à l'issue de chaque repas par la cotation d'une échelle reprenant un outil validé (*Eating Behavior Rating Scale* – EBRS – (108). En accord avec la thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT) (105), nous pensons que les échecs de traitement sont en grande partie explicable par un évitement expérientiel élevé, le peu de contact avec l'instant présent et un manque de motivation. C'est ainsi que les encadrants du repas (infirmières, diététicienne, psychologue, aide-soignante) veillent à promouvoir une ambiance conviviale et un engagement des patients dans des échanges afin de donner encore plus de sens à leurs efforts contre-attitudinaux.

Le repas thérapeutique conçu comme formation à l'auto-traitement des CRA

En parallèle, ou après un temps d'entraînement par des repas thérapeutiques, les patients sont invités à reproduire leur engagement convivial dans un cadre amical naturel (leur groupe d'amis). Brièvement, les consignes pour ces expériences reprennent les principes du repas thérapeutique :

1. Engagement contre-attitudinal total : efforts pour que l'attitude ne laisse rien paraître des CRA, le repas doit radicalement se dérouler « comme avant » (préférence pour la reproduction de contextes de repas antérieurs aux TCA), en excluant toute adaptation restrictive et tout signal de sécurité (« suivre le mouvement et faire comme tout le monde »),
2. Liberté de choix (« je prends mon ticket de participation ») mais obligation d'aller jusqu'au bout de l'expérience,
3. Début par une rythmicité hebdomadaire compte tenu du coût émotionnel et cognitif important.

CONCLUSION

Etant donné la profonde intériorisation de la motivation sous-tendant l'engagement egosyntonique du patient dans ses efforts de contrôle, l'enjeu de l'approche motivationnelle est que le patient perçoive intimement que le but du changement s'inscrit dans son propre système de valeurs. L'ambition d'un tel objectif peut paraître déraisonnable si l'on s'en tient à l'incroyable déploiement de manifestations de résistance que provoque toute proposition de modification, même minime, des habitudes de vie liées à la corpulence (alimentation et exercice physique principalement). C'est oublier que derrière ces résistances d'expression univoque existe une profonde ambivalence dans laquelle l'espoir de guérison n'a pas disparu mais est souvent obéré par les premiers échecs antérieurs et les affects dépressifs qui accompagnent le constat de cette impuissance. Or, s'il ne comporte pas de réel espoir de guérison, le moindre effort de changement est rationnellement perçu comme une charge émotionnelle et cognitive supplémentaire et un surcroît de souffrance inutile. Comme le souligne avec beaucoup d'humanité William Miller, co-fondateur de l'EM, s'il souhaite agir dans la perspective d'une philosophie de soins centrée sur le patient, le thérapeute doit nécessairement lui témoigner sa confiance dans ses possibilités de changer tout au long de son parcours. Nous plaçant dans le cadre d'interventions précoces chez des adolescents et jeunes adultes, il est de la responsabilité des thérapeutes de mettre à jour et soutenir radicalement le désir de guérison du patient dès le début des soins. Pour qu'il en soit ainsi, il est indispensable pour le thérapeute de veiller à clarifier les buts du changement, d'œuvrer en sorte que le patient constate par lui-même l'obtention de résultats positifs de ses changements dans des délais raisonnables et de garder à l'esprit que ces résultats doivent nécessairement porter sur l'estime personnelle du patient et la reprise de son développement social.

Liens d'intérêt. Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Citation de l'article : Approche motivationnelle des conduites de restriction alimentaires - Place du contre-engagement ciblé sur les mécanismes egosyntoniques de maintien du trouble des conduites alimentaires : Vignau S, Alcoologie et Addictologie, 2020, 42(TCA) : 51-67.

REFERENCES

1. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol.* sept 2006;45(Pt 3):343-66.
2. Treasure J, Schmidt U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders.* 15 avr 2013;1(1):13.
3. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* nov 2013;26(6):543-8.
4. Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *Br J Psychiatry.* juill 2011;199(1):5-7.
5. Fichter MM, Quadflieg N, Crosby RD, Koch S. Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders.* 2017;50(9):1018-30.
6. Dawson L, Rhodes P, Touyz S. "Doing the Impossible": The Process of Recovery From Chronic Anorexia Nervosa. *Qual Health Res.* 1 avr 2014;24(4):494-505.
7. Wierenga C, Bischoff-Grethe A, Melrose AJ, Grenesko-Stevens E, Irvine Z, Wagner A, et al. Altered BOLD Response during Inhibitory and Error Processing in Adolescents with Anorexia Nervosa. Soriano-Mas C, éditeur. *PLoS ONE.* 20 mars 2014;9(3):e92017.
8. Garner DM, Olmsted MP, Garfinkel PE. Does anorexia nervosa occur on a continuum? Subgroups of weight-preoccupied women and their relationship to anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders.* 1983;2(4):11-20.
9. Ferguson CJ, Winegard B, Winegard BM. Who is the fairest one of all? How evolution guides peer and media influences on female body dissatisfaction. *Review of General Psychology.* 2011;15(1):11-28.
10. Del Giudice M. An evolutionary life history framework for psychopathology. *Psychological Inquiry.* 2014;25(3-4):261-300.
11. Davis C, Carter JC. Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. *Appetite.* août 2009;53(1):1-8.
12. Berthoz S. Concept d'alimentation émotionnelle : mesure et données expérimentales. *European Psychiatry.* 1 nov 2015;30(8, Supplement):S29-30.
13. Koob GF, Le Moal M. Plasticity of reward neurocircuitry and the « dark side » of drug addiction. *Nat Neurosci.* nov 2005;8(11):1442-4.
14. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* sept 2002;128(5):825-48.
15. O'Hara CB, Campbell IC, Schmidt U. A reward-centred model of anorexia nervosa: a focussed narrative review of the neurological and psychophysiological literature. *Neurosci Biobehav Rev.* mai 2015;52:131-52.
16. Coniglio KA, Christensen KA, Haynos AF, Rienecke RD, Selby EA. The posited effect of positive affect in anorexia nervosa: Advocating for a forgotten piece of a puzzling disease. *International Journal of Eating Disorders.* 2019;52(9):971-6.
17. Glashouwer KA, van der Veer RML, Adipatria F, de Jong PJ, Vocks S. The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2019;74:101771.
18. Steinglass JE, Foerde K. Reward System Abnormalities in Anorexia Nervosa: Navigating a Path Forward. *JAMA Psychiatry.* 1 oct 2018;75(10):993-4.
19. Frank GKW, DeGuzman MC, Shott ME. Motivation to eat and not to eat - The psycho-biological conflict in anorexia nervosa. *Physiol Behav.* 01 2019;206:185-90.
20. Kästner D, Löwe B, Weigel A, Osen B, Voderholzer U, Gumz A. Factors influencing the length of hospital stay of patients with anorexia nervosa - results of a prospective multi-center study. *BMC Health Serv Res.* 15 janv 2018;18(1):22.
21. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd ed. *Journal For Healthcare Quality.* 1 mai 2003;25:46.
22. Macdonald P, Hibbs R, Corfield F, Treasure J. The use of motivational interviewing in eating disorders: A systematic review. *Psychiatry Research.* 30 nov 2012;200(1):1-11.
23. Fairburn CG. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders.* New York: Guilford Press; 2008. 324 p.
24. Schmidt U, Wade TD, Treasure J. The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, Key Features, and Preliminary Evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 1 janv 2014;28(1):48-71.
25. Knowles L, Anokhina A, Serpell L. Motivational interventions in the eating disorders: What is the evidence? *International Journal of Eating Disorders.* 2013;46(2):97-107.
26. Romano M, Peters L. Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review.* 1 juin 2015;38:1-12.

27. Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*. 1 mars 2010;20(2):137-60.
28. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1982;19(3):276-88.
29. Dray J, Wade TD. Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. *Clinical Psychology Review*. 1 août 2012;32(6):558-65.
30. Dawson L, Mullan B, Sainsbury K. Using the theory of planned behaviour to measure motivation for recovery in anorexia nervosa. *Appetite*. janv 2015;84:309-15.
31. Deci EL, Ryan RM. Self-Determination Theory. In: *Handbook of Theories of Social Psychology*: [Internet]. SAGE Publications Ltd. London; 2012. p. 416-37. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446249215.n21>
32. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1 déc 1991;50(2):248-87.
33. Ajzen I. From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Kuhl J, Beckmann J, éditeurs. *Action Control: From Cognition to Behavior* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 1985 [cité 24 févr 2021]. p. 11-39. (SSSP Springer Series in Social Psychology). Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2
34. Sibeoni J, Orri M, Colin S, Valentin M, Pradère J, Revah-Levy A. The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents, and professionals: A metasynthesis. *Int J Nurs Stud*. janv 2017;65:25-34.
35. Arkell J, Robinson P. A pilot case series using qualitative and quantitative methods: Biological, psychological and social outcome in severe and enduring eating disorder (anorexia nervosa). *International Journal of Eating Disorders*. 2008;41(7):650-6.
36. Vitousek K, Watson S, Wilson GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*. 1 juin 1998;18(4):391-420.
37. Mulkerrin Ú, Bamford B, Serpell L. How well does Anorexia Nervosa fit with personal values? An exploratory study. *J Eat Disord* [Internet]. 19 juill 2016 [cité 3 oct 2020];4. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4950713/>
38. Brunet J, Sabiston CM, Dorsch KD, McCreary DR. Exploring a model linking social physique anxiety, drive for muscularity, drive for thinness and self-esteem among adolescent boys and girls. *Body Image*. 1 mars 2010;7(2):137-42.
39. Brytek-Matera A. Restrained Eating and Vegan, Vegetarian and Omnivore Dietary Intakes. *Nutrients*. 17 juill 2020;12(7).
40. Burnette CB, Simpson CC, Mazzeo SE. Relation of BMI and weight suppression to eating pathology in undergraduates. *Eat Behav*. 2018;30:16-21.
41. Gregertsen EC, Mandy W, Serpell L. The Egosyntonic Nature of Anorexia: An Impediment to Recovery in Anorexia Nervosa Treatment. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:2273.
42. Geller J, Brown KE, Zaitsoff SL, Menna R, Bates ME, Dunn EC. Assessing readiness for change in adolescents with eating disorders. *Psychol Assess*. mars 2008;20(1):63-9.
43. Joule RV, Beauvois JL. La soumission librement consentie [Internet]. Presses Universitaires de France; 2010 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-soumission-librement-consentie--9782130578826.htm>
44. Treasure J, Willmott D, Ambwani S, Cardi V, Clark Bryan D, Rowlands K, et al. Cognitive Interpersonal Model for Anorexia Nervosa Revisited: The Perpetuating Factors that Contribute to the Development of the Severe and Enduring Illness. *Journal of Clinical Medicine*. mars 2020;9(3):630.
45. Selby EA, Cornelius T, Fehling KB, Kranzler A, Panza EA, Lavender JM, et al. A perfect storm: examining the synergistic effects of negative and positive emotional instability on promoting weight loss activities in anorexia nervosa. *Front Psychol* [Internet]. 31 août 2015 [cité 13 févr 2021];6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4553383/>
46. Walsh BT. The Enigmatic Persistence of Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry*. 1 mai 2013;170(5):477-84.
47. Waller G. The myths of motivation: time for a fresh look at some received wisdom in the eating disorders? *Int J Eat Disord*. janv 2012;45(1):1-16.
48. Danielsen M, Bjørnelv S, Weider S, Myklebust TÅ, Lundh H, Rø Ø. The outcome at follow-up after inpatient eating disorder treatment: a naturalistic study. *Journal of Eating Disorders*. 2 déc 2020;8(1):67.
49. Castro-Fornieles J, Casulà V, Saura B, Martínez E, Lazaro L, Vila M, et al. Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(2):129-35.
50. Le Grange D, Accurso EC, Lock J, Agras S, Bryson SW. Early weight gain predicts outcome in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. mars 2014;47(2):124-9.
51. Keys A. *The Biology of Human Starvation*. 1950.
52. Mehler PS, Winkelman AB, Andersen DM, Gaudiani JL. Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient. *J Nutr Metab*. 2010;2010.
53. Sansaçon J, Gauvin L, Fletcher É, Cottier D, Rossi E, Kahan E, et al. Prognostic value of autonomous and controlled motivation in outpatient eating-disorder treatment. *Int J Eat Disord*. oct 2018;51(10):1194-200.
54. Sansaçon J, Boijj L, Gauvin L, Fletcher É, Islam F, Israël M, et al. Pretreatment motivation and therapy outcomes in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2020;53(12):1879-900.
55. Accurso EC, Ciao AC, Fitzsimmons-Craft EE, Lock JD, Le Grange D. Is weight gain really a catalyst for broader recovery?: The impact of weight gain on psychological symptoms in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*. 1 mai 2014;56:1-6.
56. Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grange D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry*. sept 2000;41(6):727-36.

57. Treasure J, Todd G. Interpersonal Maintaining Factors in Eating Disorder: Skill Sharing Interventions for Carers. In: Latzer Y, Stein D, éditeurs. *Bio-Psycho-Social Contributions to Understanding Eating Disorders* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2016 [cité 13 févr 2021]. p. 125-37. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-319-32742-6_9
58. Christensen KA, Haynos AF. A theoretical review of interpersonal emotion regulation in eating disorders: enhancing knowledge by bridging interpersonal and affective dysfunction. *J Eat Disord* [Internet]. 1 juin 2020 [cité 13 févr 2021];8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262763/>
59. Omer H. *Non-Violent Resistance: A New Approach to Violent and Self-destructive Children* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2003 [cité 13 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/books/nonviolent-resistance/FA573706168AA66C6E6E7295FE629F69>
60. Karlsson S, Friberg W, Rask M, Tuvesson H. Patients' Experiences and Perceptions of Recovering from Anorexia Nervosa While Having Contact with Psychiatric Care: A Literature Review and Narrative Synthesis of Qualitative Studies. *Issues in Mental Health Nursing*. 8 déc 2020;0(0):1-11.
61. Natenshon AH. Discretion or Disorder? The Impact of Weight Management Issues on the Diagnosis and Treatment of Disordered Eating and Clinical Eating Disorders. *Weight Management* [Internet]. 30 avr 2020 [cité 25 janv 2021]; Disponible sur: <https://www.intechopen.com/books/weight-management/discretion-or-disorder-the-impact-of-weight-management-issues-on-the-diagnosis-and-treatment-of-diso>
62. Khalsa SS, Portnoff LC, McCurdy-McKinnon D, Feusner JD. What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2017;5:20.
63. Bardone-Cone AM, Hunt RA, Watson HJ. An Overview of Conceptualizations of Eating Disorder Recovery, Recent Findings, and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep*. 9 août 2018;20(9):79.
64. Sysko R, Walsh BT, Schebendach J, Wilson GT. Eating behavior among women with anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr*. août 2005;82(2):296-301.
65. Mitchell KS, Mazzeo SE, Schlesinger MR, Brewerton TD, Smith BN. Comorbidity of partial and subthreshold ptsd among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study. *International Journal of Eating Disorders*. 2012;45(3):307-15.
66. Kaap-Deeder J van der, Vansteenkiste M, Soenens B, Verstuyf J, Boone L, Smets J. Fostering self-endorsed motivation to change in patients with an eating disorder: The role of perceived autonomy support and psychological need satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*. 2014;47(6):585-600.
67. Hodge CP, Gauvin L, St-Hilaire A, Israel M, Azzi M, Kahan E, et al. A naturalistic comparison of two inpatient treatment protocols for adults with anorexia nervosa: Does reducing duration of treatment and external controls compromise outcome? *International Journal of Eating Disorders*. 2019;52(9):1015-23.
68. Olivo G, Gaudio S, Schiöth HB. Brain and Cognitive Development in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Systematic Review of fMRI Studies. *Nutrients*. 15 août 2019;11(8).
69. Cuerda C, Vasiloglou MF, Arhip L. Nutritional Management and Outcomes in Malnourished Medical Inpatients: Anorexia Nervosa. *J Clin Med* [Internet]. 17 juill 2019 [cité 13 févr 2021];8(7). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6679071/>
70. Morton GJ, Cummings DE, Baskin DG, Barsh GS, Schwartz MW. Central nervous system control of food intake and body weight. *Nature*. sept 2006;443(7109):289-95.
71. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clin Psychol Rev*. mars 2011;31(2):203-12.
72. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-Control Comparisons. *Arch Gen Psychiatry*. 1 mai 1999;56(5):468.
73. Agras WS, Brandt HA, Bulik CM, Dolan-Sewell R, Fairburn CG, Halmi KA, et al. Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2004;35(4):509-21.
74. Australian Department of Health. Principles of recovery oriented mental health practice [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-i-nongov-toc-mentalpubs-i-nongov-pri>
75. Stockford C, Stenfert Kroese B, Beesley A, Leung N. Women's recovery from anorexia nervosa: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Eat Disord*. août 2019;27(4):343-68.
76. Fogarty S, Ramjan LM. The tipping point of change in Anorexia Nervosa (AN): Qualitative findings from an online study. *Women Health*. oct 2018;58(9):1050-61.
77. Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement : a meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*. 2006;38:69-119.
78. Hage TW, Rø Ø, Moen A. « Do you see what I mean? » staff collaboration in eating disorder units during mealtimes. *BMC Nurs*. 2017;16:40.
79. Selby EA, Coniglio KA. Positive emotion and motivational dynamics in anorexia nervosa: A positive emotion amplification model (PE-AMP). *Psychol Rev*. oct 2020;127(5):853-90.
80. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Moyer A, Bryson SW, Jo B, et al. Moderators and Mediators of Remission in Family-Based Treatment and Adolescent Focused Therapy for Anorexia Nervosa. *Behav Res Ther*. févr 2012;50(2):85-92.
81. Levinson CA, Sala M, Fewell L, Brosol LC, Fournier L, Lenze EJ. Meal and Snack-time Eating Disorder Cognitions Predict Eating Disorder Behaviors and Vice Versa in a Treatment Seeking Sample: A Mobile Technology Based Ecological Momentary Assessment Study. *Behav Res Ther*. juin 2018;105:36-42.
82. Long S, Wallis D, Leung N, Meyer C. « All eyes are on you »: anorexia nervosa patient perspectives of in-patient mealtimes. *J Health Psychol*. avr 2012;17(3):419-28.

83. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 1 nov 2017;57:141-63.
84. Seidel M, King JA, Ritschel F, Boehm I, Geisler D, Bernardoni F, et al. The real-life costs of emotion regulation in anorexia nervosa: a combined ecological momentary assessment and fMRI study. *Transl Psychiatry* [Internet]. 24 janv 2018 [cité 7 déc 2020];8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5802555/>
85. Linehan M M. Guilford Press. 1993 [cité 18 févr 2021]. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Disponible sur: <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Behavioral-Treatment-of-Borderline-Personality-Disorder/Marsha-Linehan/9780898621839>
86. Linehan M M. Guilford Press. 2014 [cité 18 févr 2021]. *DBT Skills Training Manual: Second Edition*. Disponible sur: <https://www.guilford.com/books/DBT-Skills-Training-Manual/Marsha-Linehan/9781462516995>
87. Cuin CH. Esquisse d'une théorie sociologique de l'adolescence. *Revue européenne des sciences sociales European Journal of Social Sciences*. 15 déc 2011;(49-2):71-92.
88. Leary M. Leary, M. R. Sociometer theory and the pursuit of relational value: Getting to the root of self-esteem. *European Review of Social Psychology*, 16, 75-111. *European Review of Social Psychology Vol 16*. 1 janv 2005;16.
89. Paxton SJ, Schutz HK, Wertheim EH, Muir SL. Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *J Abnorm Psychol*. mai 1999;108(2):255-66.
90. Shroff H, Thompson JK. Peer influences, body-image dissatisfaction, eating dysfunction and self-esteem in adolescent girls. *J Health Psychol*. juill 2006;11(4):533-51.
91. Palmeroni N, Luyckx K, Verschueren M, Claes L. Body Dissatisfaction as a Mediator between Identity Formation and Eating Disorder Symptomatology in Adolescents and Emerging Adults. *Psychol Belg*. 29 sept 2020;60(1):328-46.
92. Easton S, Morton K, Tappy Z, Francis D, Dennison L. Young People's Experiences of Viewing the Fitness Social Media Trend: Qualitative Study. *J Med Internet Res*. 18 juin 2018;20(6):e219-e219.
93. Strong KG, Huon GF. An evaluation of a structural model for studies of the initiation of dieting among adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*. 1 mars 1998;44(3):315-26.
94. Bell K, Coulthard H, Wildbur D. Self-Disgust within Eating Disordered Groups: Associations with Anxiety, Disgust Sensitivity and Sensory Processing. *Eur Eat Disord Rev*. sept 2017;25(5):373-80.
95. Grabhorn R, Stenner H, Stangier U, Kaufhold J. Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: the mediating role of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2006;13(1):12-9.
96. Mendes AL, Ferreira C, Marta-Simões J. Experiential avoidance versus decentering abilities: the role of different emotional processes on disordered eating. *Eat Weight Disord*. 1 sept 2017;22(3):467-74.
97. Cardi V, Mallorqui-Bague N, Albano G, Monteleone AM, Fernandez-Aranda F, Treasure J. Social Difficulties As Risk and Maintaining Factors in Anorexia Nervosa: A Mixed-Method Investigation. *Front Psychiatry* [Internet]. 26 févr 2018 [cité 25 janv 2021];9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5834472/>
98. Westwood H, Lawrence V, Fleming C, Tchanturia K. Exploration of Friendship Experiences, before and after Illness Onset in Females with Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. *PLoS One*. 2016;11(9):e0163528.
99. Cardi V, Turton R, Schifano S, Leppanen J, Hirsch CR, Treasure J. Biased Interpretation of Ambiguous Social Scenarios in Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. janv 2017;25(1):60-4.
100. Levine MP. Loneliness and eating disorders. *J Psychol*. avr 2012;146(1-2):243-57.
101. Stewart W. The Role of Perceived Loneliness and Isolation in the Relapse from Recovery in Patients with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Clinical Social Work Journal*. 1 juin 2004;32(2):185-96.
102. Fox A, Harrop C, Trower P, Leung N. A consideration of developmental egocentrism in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*. janv 2009;10(1):10-5.
103. Nilsson K, Hägglöf B. Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*. 1 sept 2006;14(4):305-11.
104. Adamson J, Ozenc C, Baillie C, Tchanturia K. Self-Esteem Group: Useful Intervention for Inpatients with Anorexia Nervosa? *Brain Sci* [Internet]. 13 janv 2019 [cité 26 janv 2021];9(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6356529/>
105. Juarascio A, Shaw J, Forman E, Timko CA, Herbert J, Butryn M, et al. Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behav Modif*. juill 2013;37(4):459-89.
106. Kästner D, Löwe B, Gumz A. The role of self-esteem in the treatment of patients with anorexia nervosa - A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2019;52(2):101-16.
107. Fleming C, Doris E, Tchanturia K. Self-esteem group work for inpatients with anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders*. 2 sept 2014;2(3):233-40.
108. Wilson AJ, Touyz SW, Dunn SM, Beumont P. The eating behavior rating scale (EBRS): A measure of eating pathology in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1989;8(5):583-92.