Science et Comportement (1991)
Vol. 21 n° 4, p. 291-314.

Traitements cognitivo-comportementalistes de la boulimie.

IVAN-DRUON NOTE.

Hôpital de Sainte-Marguerite, Marseille

Les thérapies comportementales et cognitives de la boulimie proposent depuis un quinzaine d'années une ensemble de techniques qui ont été significativement associées à l'amélioration des patientes dans les études cliniques. Des variables importantes pour obtenir des résultat plus spécifiques et plus durables sont actuellement à l'étude. En particulier, les troubles de l'image du corps font depuis peu l'objet de recherches et de tentatives de traitements. Il semble important de préciser l'évolution des concepts thérapeutiques et des techniques de changement et de souligner la complémentarité des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies corporelles dans la boulimie.

Epidémiologie

La boulimie est une affection de la jeune fille ou de la jeune femme et la prévalence actuelle se situe autour de 1,5% à 2% de la population féminine, et entre 4% et 8-10% dans la population étudiante et lycéenne, en France. La prévalence sur la vie est d'environ 12%. Cette différence entre la prévalence actuelle et celle sur la vie tendrait à démontrer que la boulimie est une pathologie transitoire évoluant spontanément vers la rémission dans bien des cas (Hardy et Dantchev , 1989).

Définition et caractéristiques

Contrairement à l'anorexie mentale, la boulimie n'a été décrite que récemment, principalement par Russel (1979). Sa définition a fait l'objet de plusieurs remaniements depuis dix ans (DSMIII, 1980, Russel, 1983), et les critères retenus actuellement sont (DSMIII-R, 1987) présentés au tableau 1.

Service de Mr. le professeur Yves POINSO, Hôpital de Sainte Marguerite, 270 Bd. de Sainte Marguerite, 13009, Marseille. Tel: 91/74/40/82.

Tableau 1. *Critères DSMIII-R de la boulimie*

1. Épisodes récurrents de frénésie alimentaire («Binge eating») (consommation rapide d'une importante quantité de nourriture dans un temps limite.).
2. Sentiment de perte du contrôle du comportement alimentaire durant les épisodes de Boulimie.
3. Le sujet à régulièrement recours à des vomissements provoqués, à l'utilisation de laxatifs ou de diurétiques, aux régimes stricts ou au jeune, ou à l'hyperactivité physique afin d'éviter la prise de poids.
4. La fréquence moyenne minimum des accès est de deux par semaine durant au moins trois mois.
5. Préoccupations excessives et persistantes concernant le poids et les formes corporelles.

Ethiopathogénie

Evolution rapide des classifications

Le syndrome boulimique est assez cohérent et facile à reconnaître. L'étiologie pathologique de ces conduites n'est, par contre, pas assurée, ce qui conduit les cliniciens à réviser régulièrement leurs classifications. Les modifications proposées pour le future DSM-IV proposent une redéfinition du trouble et pose de surcroît le problème des relations entre la boulimie et l'anorexie mentale en décrivant deux sous-types d'anorexies: anorexies boulimique et non boulimique (Walsh, 1991) . Ces définitions classificatoires ne seront sans doute pas les dernières, et les différentes recherches dans les domaines différents d'expression clinique de la boulimie proposent chacune des classifications de cette affection, qui reflètent bien l'effort pour comprendre les mécanismes et les causes de celle-ci . Ainsi, des approches biologiques (boulimie sucrée-boulimie salée, par exemple) (Vindreau et Ginestet, 1987) , sociologiques, familiales, psychopathologiques, proposent des catégorisations de plus en plus fines mais aussi de plus en plus spécifiques à chacun des domaines différents d'étude de la boulimie.Passons rapidement en revue quelques données de la recherche clinique actuelle.

Poly-impulsivité

Les cliniciens insistent depuis peu sur la notion de poly-impulsivité chez les patientes boulimiques (Lacey, 1991) . (Venisse, Emery, Zins-Ritter et Sanchez-Cardenas, 1991) . Dans notre expérience nous avons eu à prendre en charge à

plusieurs reprises des patientes boulimiques-vomisseuses qui décrivaient la perte du contrôle et de la maitrise d'elles-mêmes en dehors du sydrome boulimique, et qui vivaient d'une façon très contraignante et culpabilisante de fréquents épisodes de nymphomanie, de kleptomanie, d'alcoolisation ou d'impulsions agressives.

Sérotonine et boulimie

Ces travaux sur la poly-impulsivité des boulimiques sont à rapprocher des recherches actuelles sur le rôle de la sérotonine dans le contrôle du comportement alimentaire d'une part, mais aussi dans le contrôle des impulsions en général, dans la capacité à différer les conduites (Soubrie, 1986) , et dans le contrôle de l'agressivité (Linnoila, Virkunnen, Scheinin, Nuutila, Rimon et Goodwin, 1983) La sérotonine est très souvent citée comme étant probablement une amine biogène impliquée de préférence dans la boulimie, ce qui a par ailleurs entrainé des tentatives de traitement par médicaments sérotoninergiques dans cette affection Nathan (1991). La 5-HT modifie plusieurs paramètres du comportement alimentaire avec notamment diminution de la quantité calorique absorbée lors d'un repas test ou sur 24 heures, rapidité d'ingestion, et de la prise interprandiale d'aliment (snacks).

Troubles de l'image du corps

Par ailleurs, depuis une dizaine d'années, les différents cliniciens insistent de façon croissante sur les troubles de l'image du corps dans cette affection (Birtchnell, Lacey et Harte, 1985; Cooper et Taylor, 1988), le trouble de l'image du corps devenant un problème central dans la boulimie au point que l'amélioration sensible du vécu corporel des patientes est considérée par certains comme un des critères majeurs de guérison.(Freeman, Beach, Davis et Solym, 1985).

Dépression et boulimie

Il existe une prévalence nette de la dépression chez les patientes boulimiques. L'étude du Réseau INSERM sur la boulimie montre que 64% des patientes boulimiques évaluées présentent une dépression (Venisse, 1991) . Parmi 15 boulimiques traitées dans notre service, les scores à la BDI (13 items) ne sont pas significativement différents de ceux d'un groupe de 31 patients dépressifs non endogènes. Cependant, dépression et boulimie apparaissent actuellement comme des entités distinctes ; on ne peut définir la boulimie comme une variante de la dépression. (Levy et al., 1989 ; Cooper et Fairburn, 1986). La dépression est le plus souvent secondaire dans la boulimie, même si les troubles de l'humeur engendrent par eux-mêmes des modifications du style alimentaire.

Systèmes de communication déficients dans les familles de boulimiques

Les familles des boulimiques sont fréquement décrites comme étant perturbées, mais il n'existe pas de structure familiale type dans la boulimie. Les difficultés décrites dans les études (Kaganski et Remy, 1989) ne paraissent pas spécifiques de la boulimie et se retrouvent sans doute dans d'autres pathologies et même dans des familles sans histoire clinique. Dans une perspective plus expérimentale, plus tournée vers l'observation des variables associées à l'apparition, au maintien ou à la modification des comportements dysfonctionnels dans la famille, une approche s'inspirant de l'étude de l'émotionnalité éprouvée dans les familles donnerait peut-être plus d'information pertinentes sur les processus dysfonctionnels dans les familles de boulimiques. Pour Schwartz, Barrett et Pirke (1985), par comparaison avec les anorexiques (Minuchin, Rosman et Baker, 1978), peu d'études sont consacrées au contexte familial des boulimiques, probablement parce que ces patientes, plus âgées que les anorexiques, ne vivent plus au domicile de leur parents au moment où elles sont prises en charge. D'autres facteurs sont sans doute aussi responsables de cette «mise à l'écart» de sa famille par la patiente boulimique, et ces auteurs soulignent, à juste titre, l'importance de l'implication familiale dans le problème des patientes.

Influences sociologiques

On note une corrélation entre l'apparition de ces conduites et le contexte environnant. Ainsi, la fréquence est plus élevée dans les écoles à plus haute compétitivité. L'impact des facteurs socio-culturels parait plus déterminant pour la boulimie que pour l'anorexiementale, mais d'autres études ont montré une prévalence supérieure dans les classes moins favorisées. Certains groupes sociaux professionnels apparaissent comme des groupes à risque pour les dysfonctionnements alimentaires; ce sont ceux où le corps est particulièrement valorisé et la exposé au jugement d'autrui : mannequins, danseuses, athlètes. Les troubles de conduites alimentaire se manifestent davantage dans les pays occidentaux et dans les groupes sociaux en voie d'occidentalisation. Dans un même pays, les sujets sont variablement exposés selon leur ethnie d'origine (Sanchez, 1990).

Structure de personnalité

Chez 35 patientes souffrant de boulimie , anorexie ou boulimie-anorexie, Garner, Garfinkel, Stancer et Coscina (1989) mettent en évidence la présence de troubles de la personnalité (DSMIII-R). Les plus fréquement retrouvés sont les états limites, l'évitement et les conduites d'échecs.

Malgré la fiabilité parfois incertaine de ces critères de personnalité (Blashfield et al., 1989) cette étude apporte des arguments en faveur de la complexité des problèmes reliés aux dysfonctions alimentaires. D'ailleurs, Pope et al. (1987) , comparant des déprimés majeurs et des boulimiques, ne retrouvent pas plus de

personnalité (borderline) chez les boulimiques, par rapport aux patients déprimés. Les recherches sur les paramètres de personnalité associés à la boulimie décrivent aussi les tendances impulsives et compulsives de ces patient(e)s.

Cependant, toutes ces pistes éthiopathogéniques n'ont pas mené jusqu'à présent les cliniciens et les chercheurs à la découverte des causes directes de la boulimie, ni même à un modèle intégratif apte à prendre en compte l'ensemble des données. L'approche bio-médicale classique (qui relie des ensemble de signes à des causes bien définies, selon un modèle à causalité linéaire directe) ne semble d'ailleurs pas pouvoir fournir un cadre de réflexion scientifique adéquate pour le syndrome boulimique. À cet égard, Vindreau (1988) insiste sur le fait que le modèle médical est inapplicable aux boulimies. C'est donc la main forcée que l'on parle de déterminisme multifactoriel dans cette affection, et si un tel point de vue est exact, il ne fait que décrire cette accummulation des faits dont Claude Bernard disait qu'il ne peut à lui seul constituer la science.

En présence de comportemements complexes, à haut niveau d'organisation, comme la boulimie, de tels modèles à causalité linéaire ne permettent donc pas d'intégrer l'ensemble des données ni de proposer une description opérationnelle des faits. En pratique, et assez spontanément , les thérapeutes adoptent cependant une approche qui est pourtant bien plus que simplement éclectique et qui tient probablement compte des déterminismes réciproques entre les différentes influences responsables du maintien du trouble.

Si l'on s'en tient à ce qui est raisonnablement observable plutôt qu'à ce qui est supposé vrai, il s'agit donc d'un ensemble de conduites *externes* («scénario» alimentaire dysfonctionnel, contrôle du poids par des moyens contraignants, hyperactivité physique, interactions sociales perturbées,) et d'événements *internes* (perception négative de son corps, sensations physiques pénibles, discours intérieur dévalorisant, émotions et affects pénibles: anxiété, dépression de l'humeur). Ces différents comportements sont présentés par un sujet en interaction avec son environnement (physique, familial, social) qui l'influence et qu'il influence en retour.

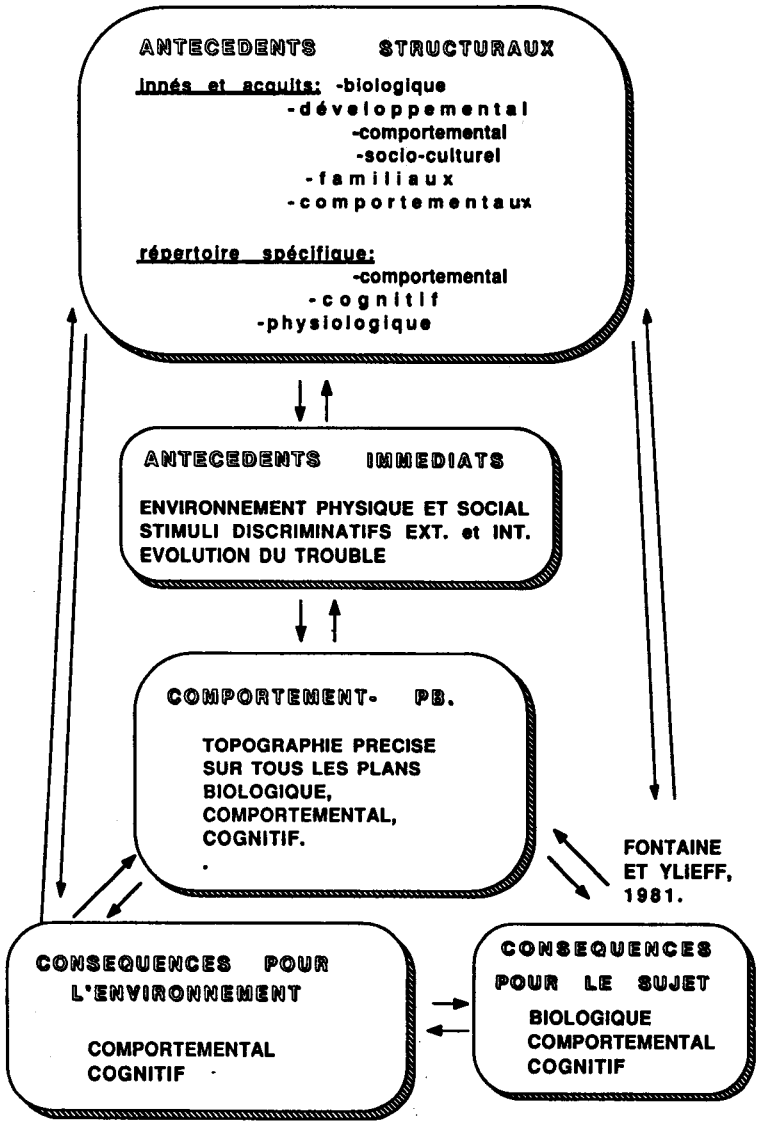
L'observation des interactions de ces différentes variables entre elles et du déterminisme circulaire des différents stimuli discriminatifs, du comportement et de ses conséquences, permet une conceptualisation plus opératoire de chaque cas-problème. L'analyse fonctionnelle appliquée à la boulimie se focalise donc sur les antécédents externes et internes, les comportements externes et internes et les conséquences externes et internes .

A cet égard, le modèle d'analyse fonctionnelle de Fontaine et Ylieff (1981) représente un guide utile pour évaluer et établir une stratégie thérapeutique adaptée.

Tableau 2. *Schéma de base de l'analyse fonctionnelle*

ATCD ⟷ Comportement ⟷ CSQ

Tableau 3.



Par exemple, une application à la boulimie de ce modèle d'analyse fonctionnelle permet de redistribuer les différentes variables affectant le comportement de la manière suivante (Roussel et Note, 1990),

Tableau 4. *Analyse fonctionnelle, application à la boulimie*

Antécédents structuraux	
facteurs socio-culturels	minceur idéalisée rôle de la femme
facteurs familiaux	difficultés relationnelles avec les parents
facteurs individuels	doute concernant la féminité perfectionisme scolaire isolement social
Antécédents immédiats	
difficultés de discrimination des stimuli internes voir externes restrictions alimentaires itératives facteurs de stress externes et internes sentiment de perte de contrôle	
Comportement-problème	
topographie – fréquence – durée – intensité	
Conséquences	
variations pondérales carences alimentaires vomissements prises de médicaments renforcement de la perte de contrôle, honte, culpabilité. réaction négative de l'entourage familial, social	

Traitement

Buts du traitement

Les thérapies comportementale et cognitive de la boulimie proposent depuis une dizaine d'années un ensemble de techniques qui ont été significativement associées à l'amélioration des patientes dans les études cliniques. Par comparaison avec l'anorexie mentale, dont l'évolution est plus défavorable, la boulimie peut conduire à des rémissions ou même à des guérisons (Herzog et al., 1988).

D'après Note et Roussel (1989), et Roussel et Note (1990), ces traitements cognitivo-comportementalistes de la boulimie ont pour but de modifier favorablement le scénario alimentaire dysfonctionnel des patientes, d'augmenter les compétences sociales, et de prévenir les rechutes.

Comme toute démarche comportementale, ces traitements s'inscrivent dans une perspective interactionniste (Endler et Magnusson, 1976) et les protocoles de changement sont élaborés à la suite d'une analyse fonctionnelle du cas-problème, qui prend en compte l'activité de la personne en interaction avec son environnement tant externe qu'interne. Le comportement est étudié et envisagé en fonction des antécédents externes et internes et des conséquences externes et internes qui contribuent au maintien du problème. Les techniques de traitement viseront donc le comportement, les antécédents et les conséquences de celui-ci.

Description des techniques

Les techniques comportementales et cognitives visent les stimuli, le comportement, les conséquences, respectivement dans leurs modalités externes et internes. Nous tenterons de définir les modalités thérapeutiques comportementalistes ou cognitivistes qui sont plus volontiers applicables à chacune de ces séquences dysfonctionnelles du comportement boulimique.

Les techniques visant le stimulus

Exposition à la pulsion à manger. L'exposition à la pulsion à manger consiste en a de la mise en présence de nourriture, de l'exposition au maximum de stimuli alimentaires, visuels et olfactifs.

Repérage des sensations. Le repérage consiste a apprendre à repérer la faim, l'envie de manger, la fatigue, des émotions, telles l'angoisse ainsi que des événements associés à l'apparition de la pulsion à manger.

Ainsi, une de nos patientes, enregistrée en Vidéo, ne reconnaissait plus les signes habituels de la faim et les classait tout simplement dans la catégorie des déclencheurs physiques de la boulimie. Par ailleurs, une étude récente a permis de vérifier en milieu contrôlé l'impact de la boulimie sur les troubles émotionnels, en particulier l'angoisse, tendant à démontrer que les patientes cherchent à remédier à l'angoisse par la prise alimentaire (Kaye, Gwirtsmann, George, Weiss et Jimmerson, 1986). Mais ces patientes confondent peut-être angoisse et faim, et se mettent à manger pour apaiser une sensation physique pénible qu'elles ne repèrent pas comme de l'angoisse, mais à tort comme de la faim. L'entrainement au repérage exact des sensations physiologiques permet habituellement une définition plus adaptée de ces états internes et donc un réaménagemment des réponses comportementales chez les patientes boulimiques

Consignes comportementales. Les consignes comportementales constituent des activités alternatives telles que rentrer plus tard le soir à la maison, pratiquer un sport, développer des loisirs, prendre un bain, téléphoner à des amis, quitter la maison ou l'appartement et aller marcher, dans les moments où apparait la pulsion à manger ou encore ne conserver à la maison que peu de nourriture «à risque»,

Restructuration cognitive. La restructuration cognitive visant les stimulus, prend en compte toutes les pensées dysfonctionnelles concernant l'inaptitude à contrôler les impulsions boulimiques («je vais craquer. . . , je ne vais pas tenir le coup»). Les boulimiques ont un style personnel caractérisé par le désir de contrôler les événements. Ailleurs, leur symptomatologie même est le reflet de cette tendance. Mais ce risque de perte de contrôle est une source de tension anxieuse telle qu'elles préfèrent parfois décider de faire une boulimie, ce qui leur donne de surcroit un sentiment de maitrise de la situation («j'ai tellement peur de craquer que je préfère carrémment faire une boulimie et vomir ensuite»). La thérapie cognitive s'attache à assouplir cette tyrannie du contrôle à tout prix, que l'on retrouve dans d'autres domaines de leur existence.

Mais la restructuration cognitive est aussi utile au niveau des stimuli, pour prendre en compte les émotions pénibles associées au déclenchement de la prise alimentaire. En particulier, les sentiments d'ennui et de solitude sont très fréquemment retrouvés parmi les déclencheurs de la prise alimentaire. Les patientes sont entrainées à retrouver les idées et les pensées négatives associées à ces états émotinnels pénibles et à en vérifier la validité. Dans l'ensemble, ces stratégies émotionnels permettent un autocontrôle progressif du comportement alimentaire.

Relaxation et désensibilisation systématique. Dans la plupart des cas, les boulimiques ont de la difficulté à mettre en oeuvre les techniques de relaxation lorsqu'une impulsion boulimique survient. La relaxation est cependant une technique de contrôle du stimulus qui leur est utile pour développer leur contôle des réponses d'anxiété. Réussir à se relaxer peut revétir une signification importante pour une boulimique, car la patiente se donne ainsi la preuve qu'elle peut maitrise des états internes, et cela contribue autant que la relaxation elle-même à augmenter son sentiment d'efficacité personnelle. Par la suite, un programme de désensibilisation systématique pourra être proposé, que la patiente saura développer seule à domicile.

Les techniques visant le comportement boulimique

Tenue du journal alimentaire. La tenue d'un journal permet de prendre conscience de la qualité et de la quantité de la ration alimentaire; mais il contribue au changement dans la mesure ou il amène les patientes à suivre «pas à pas» le déroulement du scénario alimentaire et à repérer des situations ou des événements parfois minimes plus fréquement associées aux boulimies

Apprentissage diététique. Les sensations de fringale chez ces patientes sont souvent causées par les modifications métaboliques induites par les restrictions alimentaires. (Devlin, 1990).

Prévention de la réponse de boulimie. Comme dans le traitement des DOC ou de l'agoraphobie, la prévention de la réponse consiste à entrainer les patientes à s' exposer progressivement au stimulus (ici l'impulsion boulimique) et à bloquer les répon-

ses de boulimies. Les patientes doivent rester suffisammant longtemps exposées pour que la diminution de l'impulsion boulimique puisse être repérée nettement. Ce qui rend l'EPR efficace est l'augmentation de minutes en minutes du sentiment de maitrise qu'éprouve les patientes lorsqu'elles voient diminuer progressivement l'impulsion à manger, sans rien faire d'autre que d'attendre cette diminution. L'augmentation du sentiment de force personnelle va de pair avec la diminution de l'impulsion à manger. On peut donc donner ce conseil aux patients: «ne maitrisez pas la boulimie, vous vous maitriserez beaucoup mieux vous vous mêmes».

Consignes comportementales (autocontrôle): Les consignes d'autocontrôle consistent par exemple à:
a) manger assise, au même endroit, dans un environnement alimentaire, sans faire autre chose, en diminuant la vitesse d'ingestion, b) en réapprenant à déguster les aliments «interdits», et à les apprécier (chocolat), et c) en adoptant des comportements alimentaires à longue séquence. Si la boulimie est impossible à éviter, il s'agit alors à l'organiser, par exemple en installant sur la table tout ce qui va servir à l'éventuelle boulimie, avant de commencer.

Il exclu aussi les techniques de relaxation et de restructuration cognitive.

Les techniques visant les conséquences

Prévention des réponses de vomissement. Rosen et Leitenberg (1982, 1985) traitent six patientes boulimiques en utilisant l'exposition avec prévention de la réponse de vomissements. Pour ces auteurs, le vomissement est réducteur de l'anxiété comme dans le cas du rituel compulsif dans les troubles obsessionnels-compulsifs; ils demandent à leurs patientes de s'exposer au stimulus évocateur d'anxiété (manger une certaine quantité de nourriture ou un certain type de nourriture) et de résister au maximum à la réponse d'évitement actif (le vomissement). Comme dans le cas des troubles obsessionnels-compulsifs, les séances sont longues de façon à ce que l'anxiété ait diminué de manière significative. Cinq des six patientes sont très améliorées et le résultat se maintient après 10 mois. Welch (1979), propose une technique comparable dite de «délai de réponse». Il entraine les patientes à tolérer un intervalle de temps de plus en plus long entre la prise de nourriture et le vomissement. Dans notre service, nous proposons aussi aux patientes de contrôler le vomissement par un moyen différent de la prévention de la réponse, mais qui peut être associé à cette technique. Les patientes sont entrainées à repérer la quantité de nourriture qu'elles peuvent accepter de manger à chaque repas sans risque de vomir ensuite. Elles sont autorisées à commencer par des quantités minimes de nourriture en début de traitement, et le projet est de normaliser la ration calorique quotidienne, à partir du niveau de base.

Restructuration cognitive. La restructuration cognitive est une technique efficace dans le syndrome boulimique. Cooper et Fairburn (1986) comparent des déprimés

majeurs endogènes et des boulimiques à l'aide de la MADRS et de la PSE (Present State Examination). Pour ces auteurs, il existe des différences dans l'expression de la dépression dans les deux groupes. Les ruminations obsédantes sont plus fréquentes et l'anxiété est plus importante chez les boulimiques. La dépression est plutôt secondaire au trouble de l'alimentation. Cette étude confirme les autres travaux tendant à souligner les différences entre boulimie et dépression majeure (Levy *et al.*, 1989). Il y a donc lieu de bien distinguer les troubles cognitifs directemment reliés à la boulimie et les troubles cognitifs de la dépression associée au syndrome boulimique. Pour sa part, Phelan (1987) a mis au point le «Cognitive Questionnaire» qui évalue les pensées dysfonctionnelles associées à la boulimie, l'évaluation de soi, l'efficacité personnelle perçue, et les croyances de base des patientes. Il s'agit là d'évaluer des troubles cognitifs plus directement reliés à la boulimie. De même, Thompson, Berg et Chatford (1987) décrivent bien les cognitions dysfonctionnelles et les distorsions logiques des boulimiques: a- *inférence arbitraire* (tirer des conclusions sans preuve), «il suffit de regarder un gâteau pour grossir»; le sucre se transforme instantanément en graisse«; je n'y arriverai jamais», b- *maximalisation:* (exagération) «si je prends un seul kilo, je vais être hideuse», c- *personnalisation* (surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu); «au bureau, lorsque je tourne le dos, les gens parlent entre eux de mon poids», d- *abstraction sélective* (se concentrer sur un détail et ne pas tenir compte du contexte général)« ces deux kilos de trop, c'est la preuve que ça ne marchera pas», e- *pensée dichotomique* (en tout ou rien), «il y a de bons aliments et d'autres, interdits», «à 51 kilos je suis bien, à 52 kilos, je suis horrible à voir».

Mais à côté de ces dysfontions cognitive directement reliées à la boulimie, de nombreuses patientes présentent des épisodes de dépression au cours de l'évolution du syndrome boulimique. Ces états dépressifs font alors l'objet d'un traitement spécifique. Ces troubles cognitifs dépressifs répondent peut-être plus favorablement à la restructuration cognitive que les troubles cognitifs directement reliés à la boulimie.

Par ailleurs, tout un travail de restructuration cognitive est le plus souvent à effectuer en particulier sur certaine attitudes de base, telles qu'on peut les repérer à l'échelle DAS de Beck et Weissmann, ou au cours d'entretiens. Le plus fréquement, ce sont les croyances de base reliées au perfectionnisme et aux standards élevés ou catégoriques auxquels le thérapeute est confronté le plus souvent. Prenons des exemples: les patientes auront tendance à adopter une attitude dévalorisante en soulignant que les petits progrès ne sont qu'une goutte d'eau dans l'océan et que si on progresse à cette vitesse, elle seront guéries à 75 ans, par exemple, et pour reprendre des propos souvent entendus. Ou encore, rien ne sera possible si elles ne pèsent pas un poids qu'elles ont établi comme le poids idéal, et l'obsession du poids idéal reste parfois aigüe, chez des patients qui ne s'en écartent guère que de deux ou trois kilos.

Affirmation de soi. Le contexte culturel et social joue vraisemblablement un rôle dans le maintien du syndrome boulimique. Les critères de la mode renforcent le désir de contrôle à tout prix du poids chez les boulimiques et augmente le risque de vomissements ou d'abus de laxatifs. Par ailleurs, le contexte familial, s'il ne

présente pas de particularités par rapport à d'autres domaines psychopathologiques, est souvent perturbé chez les boulimiques, et contribue aussi de ce fait à entretenir le syndrome. Face à ces influences externes, les patientes boulimiques manquent souvent d'un répertoire comportemental adapté dans le domaine des interactions sociales

Ce ne sont pas tant les aptitudes à échanger des propos avec l'entourage qui sont perturbées que la capacité assertive pure, la capacité à défendre et à faire respecter ses droits efficacement. Les patientes boulimiques sont souvent aptes à exposer correctement une idée, à suivre le déroulement d'un entretien. Elles sont mêmes souvent brillantes sur le plan intellectuel, et le déficit dans les interactions sociales est plus volontiers associé aux troubles émotionnels, à l'anxiété et à la mauvaise estime d'elles-mêmes.

Par définition, l'affirmation de soi consiste à agir au mieux de ses intérêts, à défendre son point de vue sans anxiété exagérée, à exprimer avec aisance ses sentiments et à exercer ses droits sans dénier ceux des autres (Alberti et Emmons, 1978). Communiquer consiste essentiellement à échanger son point de vue avec autrui.

Les différentes techniques d'A.D.S. et de communication (Beaudry et Boisvert, 1981) vont développer les compétences des patientes dans les domaines de la communication non verbale et verbale, puis à développer leur capacité assertive pure. L'ordre dans lequel les stratégies sont mises en jeu dépend du problème de chaque patiente, mais dans l'ensemble les techniques les plus simples sont enseignées en premier.

Les stratégies mises en jeu dans la communication non verbale contribuent à améliorer le langage du corps des patientes. Les difficultés en communication qu'elles présentent sont aussi dues bien souvent au désaccord existant entre leur message verbal et leur attitude corporelle qui «dit le contraire». Ainsi, par exemple, des propos catégoriques sont parfois verbalisés par des patientes dont le comportement non verbal est passif, replié, timide. Ou encore, telle patiente semble chercher un accord au cours d'un entretien, (c'est tout du moins ce qui ressort de ses propos), mais son comportement non verbal est caractérisé dans l'interaction par une rigidité musculaire défensive. Ce divorce entre les paramètres verbaux et non verbaux de la communication ne sont pas spécifiques des boulimiques et se rencontre dans tout le champ de la psychopathologie. Cependant, le travail d'apprentissage ou de réapprentissage de ces comportements non verbaux de la communication est d'une aide précieuse au cours de la prise en charge des boulimiques. Ainsi, les gestes expressifs (exprimant les émotions, par exemple) ou descriptifs, lorsqu'ils sont redevenus appropriés, témoignent de changements importants dans le domaine de la communication mais aussi de l'image du corps et ne sont pas que le reflet d'un simple dressage gestuel. Dans cet esprit, les capacités des patientes sont améliorées dans les registres de la mimique, la posture, la voix (ton, modulation rythme, volume) et du contact visuel. Ces techniques font appel au travail en imagination qui consiste à se représenter quelqu'un («modelage» en imagination) ou soi-même (jeu de rôle en imagination) effectuant de façon correcte une séquence comportementale choisie. Mais elles font aussi appel

au jeu de rôle dans la réalité qui amène progressivement les patientes à se prescrire elles-mêmes «in vivo» de façon appropriée à l'intérieur d'un groupe ou face à un thérapeute. Ce travail est considérablement formateur et anxiolytique, à condition de tenir compte des très grandes difficultés initiales des patientes à jouer des rôles d'interactions sociales, du fait des représentations péjoratives qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur image corporelle, au début de la prise en charge. C'est dire si, au début du traitement, les séquences comportementales «in vivo» proposées aux patientes seront toujours très simples (travail sur une seule modalité comportementale, par exemple) et très brèves (pas plus de 10 à 20 secondes), le thérapeute soulignant et renforçant systématiquement toutes les améliorations obtenues par les patientes, mêmes les plus minimes. Par la suite, et toujours en respectant le niveau de possibilités et le confort subjectif des patientes, il sera possible de leur proposer d'acquérir des stratégies plus complexes.

Les techniques de communication verbale se combinent habituellement aux précédentes. En général, les patientes boulimiques sont performantes sur le plan intellectuel, et cela masque parfois des troubles subtils dans *l'émission* et la *réception* des messages verbaux, résultant en une diminution de la qualité de l'interaction, souvent responsable d'une anxiété accrue. Les différents points à perfectionner concerneront tout d'abord l'émission du message, qui nécessite dans le meilleur des cas que soient acquises les possibilités de 1) s'exprimer en langage positif (exemple: «ne viens pas me voir aujourd'hui» étant la version négative de la formulation positive «je désire rester seule aujourd'hui»), 2) parler en utilisant le «JE» plutôt que le «TU» (exemple: «tu ne m'as pas rendu mon livre» est moins efficace que «j'aimerais récupérer mon livre»), exprimer clairement ses idées et ses sentiments, et aussi ses buts (ce qui nécessite d'apprendre à vraiment bien les connaître soi-même), vérifier que le message émis a été bien compris par l'interlocuteur.

Les techniques de réception du message, qui constituent le deuxième volet de ces stratégies de communication verbale, consistent principalement en techniques d'écoute passive (attitude réceptive et ouverte, bon contact visuel,) et active, au cours de laquelle la patiente est entrainée à reformuler le message et à donner son sentiment et ses idées sur celui-ci.

L'entrainement aux techniques d'A.D.S. débute par un apprentissage à discerner avec plus d'efficacité entre les modalités respectives des différents types de comportements agressif, passif, assertif ou manipulateur. Les patientes développent ensuite leur aptitudes à 1) émettre des comportements efficaces de demandes, de refus, de réponses aux différents types de critiques vraies, fausses ou «floues»; 2) accepter ou faire des compliments; 3) débuter, maintenir, mettre fin aux conversations; 4) résoudre les conflits, en faisant appel à des «recettes» comportementales efficaces, en les associant aux techniques de communication verbale et non verbale.

Auto-renforcement. Bien souvent les patientes ont un système de renforcement et d'auto-renforcement très peu efficace. Cela peut se rapporter à la dépression fréquente chez les boulimiques et les hypothèses comportementales de la dépression, qui insistent sur la perte de la quantité, de la qualité des stimuli de renforce-

ment en particulier sociaux dans le déterminisme de celle-ci sont utiles à connaître à cet égard. Mais cette inaptitude des boulimiques à profiter de ces stimuli disponibles dans le milieu est aussi à rapprocher de leur perfectionnisme sévère, de l'état de désespoir où elles se trouvent de ne pouvoir plus maîtriser les événements, du style logique en «tout-ou-rien» qui est caractéristique à la fois du perfectionnisme mais aussi de la dépression chronique, et enfin des ravages de l'anticipation anxieuse, qui les amène en permanence à avoir les yeux fixés sur le but final à atteindre coûte que coûte, et à ne plus remarquer ce qui peut se faire de positif et de plaisant, ici et maintenant. Il est possible d'enseigner aux patientes à utiliser les auto-évaluations quotidiennes , à repérer dans un premier temps les activités et les changements positifs si minimes soient-ils. La technique maitrise- plaisir de Beck leur permet par la suite de réapprendre à enregistrer quels événements sont associés chez elles au plaisir, à l'agrément. Enfin, on leur proposera de choisir parmi ces activités plaisantes celles que l'on rendra contingentes des progrés effectués dans la maitrise du syndrome boulimique.

Apprentissage au sevrage médicamenteux progressif. Les boulimiques n'abusent pas tant de «coupe-faim» que de laxatifs. Le sevrage progressif s'effectue sur la base d'une prévention progressive des prises de laxatifs, qui laisse les patientes exposées à la crainte de grossir. Il s'agit là d'une technique d'exposition au stimulus évocateur d'anxiété (crainte de grossir) avec prévention des réponses d'évitement actif (prise de laxatifs).

Résultats

L'ensemble de ces techniques de changement sont proposées, discutées et choisies avec les patientes, en fonction des résultats de l'analyse fonctionnelle du cas. Les modalités de prescription de chaque technique ou de chaque consigne s'inscrivent dans une stratégie de progression établie à l'avance, mais modulable en fonction des capacités de la patiente à suivre le programme de changement. En effet, la motivation pour changer ne saurait suffire en soi. Les études (Bandura et Adams, 1977) valident la thèse selon laquelle les objectifs et les buts à atteindre doivent être fragmentés en une succession de cibles proximales successives. Cette stratégie augmente l'autorégulation du comportement par le malade et déclenche la plupart du temps un démarrage du changement, même chez des patients initialement réfractaires à la thérapie. Dans l'ensemble donc, une succession de buts à court terme est préférable à un objectif final et définitif à atteindre à long terme.

De nombreuses études ont testé la valeur des thérapies comportementales-cognitives dans la boulimie, en individuel ou en groupe. (Boskind et White, 1976; Fairburn, 1981, 1991 ; Kirkley, Schneider, Agrus et Backmann, (sous presse), Lacey, 1983; Lee et Rush, 1984; Schneider et Agras 1985; White, 1981). Dans l'ensemble les résultats sont encourageants, voir favorables, en particulier chez les boulimiques vomisseuses ou non, dépourvues d'antécédents d'anorexie

mentale, ce dernier point étant important à souligner. Par ailleurs les études de suivi sont encore rares et ne sont actuellement pas à plus de 12 ou 18 mois (Freeman *et al.* 1988). Des études de suivi à cinq ans au moins sont nécessaires pour évaluer l'efficacité à long terme des thérapies comportementales-cognitives dans la boulimie.

Quelques études concernant des traitements cognitivo-comportementaux de la boulimie permettent de situer les résultats obtenus ces dix dernières années par plusieurs équipes de thérapeutes.

Boskind et White (1976) comparent 13 patientes boulimiques à un groupe contrôle de 13 patientes non traitées, en liste d'attente. La boulimie évoluait depuis trois ans en moyenne. Le traitement consistait essentiellement en de l'autocontrôle et de l'A.D.S. La séance comporta 11 séances de traitement de 2 heures chacune. Au suivi de 3 mois, 10 des 13 patientes traitées restaient améliorées contre 1 sur 13 dans le groupe de contrôle.

White et Boskind (1981) traitent 14 boulimiques normopondérales dont l' âge variait de 14 à 45 ans et qui effectuaient en moyenne une boulimie par jour. Les techniques utilisées étaient l'A.D.S. en groupe, pendant une durée totale de 25 heures. A 12 mois de suivi, 10 sur 14 patientes restaient améliorées.

Fairburn (1981) traite 11 boulimiques âgées en moyenne de 21 ans, présentant une surcharge pondérale de 85 à 115% par rapport à la normale. La boulimie évoluait en moyenne depuis 3,9 ans. Les patientes effectuaient trois boulimies et trois vomissements par jour. Les techniques de traitement ont associé l'information, l'autocontrôle, la restructuration cognitive, les consignes diététiques, et un programme de prévention des rechutes. Le traitement, appliqué en individuel, dura sept mois. A la fin du programme, 9 des 11 patientes étaient améliorées (fréquence des boulimies et des vomissements: 1 par mois). Par ailleurs, l'E.D., les attitudes dysfonctionnelles étaient modifiées positivement et l'anxiété des patientes avait diminué. En fin de traitement, le poids des patientes n'avait cependant pas changé. Au suivi à 10 mois, 7 patientes sur 11 restaient améliorées.

Kirkley *et al.* (sous presse), comparent deux groupes de 14 patientes boulimiques vomisseuses. L'âge moyen était de 28,3 ans. L'évolution du trouble remontait à 9-10 ans. Les patientes effectuaient en moyenne 13 vomissements par semaine. Un groupe de patients (G1) reçut un traitement cognitivo-comportemental en groupe. Le deuxième groupe (G2) reçut un traitement non directif. Les traitements se déroulèrent en séances de 90 minutes, une fois par semaine, pendant 16 semaines. La fréquence des vomissements dans le G1 tomba à une moyenne de 0,62 par semaine, et diminua aussi, mais dans une moindre proportion (4 par semaine) dans le G2. Au suivi à 3 mois, 10 patientes sur 14 restaient améliorées dans le G1 contre 8 sur 14 dans le G2.

Lee et Rush (1984), comparent deux groupes de 14 patientes âgées en moyenne de 27 ans, effectuant depuis environ 6 mois, 12,5 boulimies et 13 vomissements par semaine. Le traitement cognitivo-comportemental comportait aussi de la relaxation. Le groupe non traité était constitué par une liste d'attente. Le programme thérapeutique comprenait deux séances de traitement par semaine pendant une durée de six semaines. En fin de traitement 10 des 14 patientes traitées

étaient améliorées contre 3 sur 14 dans la liste d'attente. La fréquence des boulimies était tombée à 3,7 par semaine, celle des vomissements à 4,2 par semaine. Les scores à l'échelle de dépression de Beck étaient par ailleurs diminués (de 19,5 à 6,8) témoignant d'une amélioration de l'humeur. Par contre, dans le groupe de contrôle, la fréquence des boulimies et des vomissements était respectivement de 12,5 et 13 par semaine. Au suivi à quatre mois, 10 patientes traitées sur 14 restaient améliorées.

Schneider et Agras (1985) traitent 13 patientes âgées en moyenne de 29 ans, dont les troubles remontaient à cinq ans. La fréquence des vomissements était de 24 par semaine. Le traitement a associé l'E.P.R., l'A.D.S. et la relaxation. Le traitement se déroula en groupe pendant quatre mois. Sept patientes sur 13 furent améliorées, la fréquence des vomissements étant passée à 2,2 par semaine. Par ailleurs, l'assertivité et l'humeur des patientes s'améliora. Au suivi de six mois, 5 patientes sur 13 restaient améliorées. Les quelques études résumées ici mettent en évidence l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives dans la boulimie. Les protocoles thérapeutiques font appel à des techniques comportementales et cognitives, mais les traitements ne sont pas encore parfaitement codifiés. Les études de suivi manquent aussi et il sera intérressant dans l'avenir de connaître les résultats des thérapies comportementales et cognitives à cinq ans, ainsi que les éventuels facteurs thérapeutiques associés au maintien des acquis thérapeutiques.

Lacey (1983) présente les résultats de six groupes de cinq patientes traitées pendant 10 semaines. Le traitement combine une approche comportementale suivie d'une prise en charge de type analytique. Les résultats sont excellents et se maintiennent pendant plusieurs mois.

De nombreuses études ont testé la valeur des thérapies comportementales et cognitives dans la boulimie, en individuel ou en groupe. (Boskind et White, 1976; Fairburn, 1981, Kirkley *et al.*, (sous presse), Lacey, 1983, White, 1981). Freeman *et al.*, (1988) comparent la thérapie comportementale, la thérapie cognitive, une thérapie de groupe et une liste d'attente chez 92 femmes boulimiques, pendant 15 semaines. Soixante dix sept pourcent des patientes traitées étaient significativement améliorées à la fin des différents traitements par rapport à la ligne de base et à la liste d'attente sur les variables suivantes: comportement alimentaire, dépression et estime de soi. Cette amélioration se maintient au suivi à un an.

Problèmes et limites

Si une satisfaction globale est permise dans le domaine des traitements cognitivo-comportementalistes de la boulimie, une certaine habitude de leur application en clinique chez des patientes tant externes qu'hospitalisées a mis en présence des cas pour lesquels l'efficacité de la thérapie était due à des facteurs de changement non spécifiques ou encore des cas pour lesquels des obstacles à la

mise en place ou à la conduite du traitement ne trouvaient pas de solution dans le champ des techniques cognitivo-comportementales validées.

La recherche d'autres variables associées au maintien des troubles dysfonctionnels a donc été effectuée en particulier dans le domaine des troubles de l'image du corps.

Il n'est pas de trouble sérieux et durable du comportement alimentaire qui ne soit intimement lié à des perturbations de l'image du corps (Aimez et Rovar, 1986). Les perturbations de l'image du corps bien étudiées chez les anorexiques et les obèses se retrouvent aussi chez les boulimiques. Une confusion est établie bien souvent à ce sujet entre anorexie mentale et boulimie, confusion qui se comprend dans la mesure où les deux pathologies se recouvrent partiellement. Cependant des études consacrées spécifiquement aux boulimiques mettent en évidence de tels troubles de l'image du corps (Wilmuth et al., 1986, Bullerwell-Ravar, 1987, Cooper et Taylor, 1988). Pour Fairburn, Leitenberg, Rosen, Foncardo, (1986) les préoccupations incessantes pour l'image du corps constituent le problème central de la maladie et sa non-résolution augmente le risque de chronicisation. La façon dont ces dysfonctions ont été abordées et étudiées chez les boulimiques a donc attiré notre attention.

L'image du corps correspond à la représentation intérieure du corps et constitue la somme des émotions et des attitudes concernant cette image. L'image du corps s'étaye progressivement au cours du développement sur des acquisitions visuelles, mais aussi kinesthésiques, cognitivo-affectives et sociales.

Dans le champ des thérapies cognitivo-comportementales, l'évaluation des distortions de l'image du corps fait actuellement appel à de nombreuses techniques qui se répartissent en deux groupes. Le premier inclut les techniques utilisant la distortion des images, destinées à évaluer plutôt l'ensemble du corps tel le mirroir déformant (Traub et Orbach, 1964) la déformation de photographie (Garner, Garfinkel, Stancer et Coscina, 1976) ou la manipulation d'images télévisées (Allebeck, Hallberg et Espmark, 1976, Meerman,1983, Freeman *et al.*, 1984). Le deuxième groupe inclut des techniques d'estimation de la forme du corps, évaluant plus volontiers des parties du corps, telles l'Estimation visuelle de la taille (movable caliper task) (Reitman et Cleveland, 1964) ou encore la procédure de marquage d'images (Askevold, 1975).

Ces techniques d'investigation ont été appliquée de façon très rigoureuses et ont donc mis en ordre et en place un certain nombre de données. Plusieurs études faisant appel aux techniques de *manipulation d'images télévisées* montrent une surestimation de la taille globale du corps chez les boulimiques, par rapport à des sujets d'un groupe de contrôle (Garner *et al.*, 1985, Freeman *et al.*, 1985, Whitehouse *et al.*, 1986, Cooper *et al.*, 1988). Par ailleurs, des études utilisant les techniques *d'estimation de la forme de certaines parties du corps* montrent aussi une exagération dans l'évaluation chez des patientes boulimiques par rapport à des sujets d'un groupe de contrôle (Norris, 1984, Wilmuth *et al.*, 1985, Whitehouse, Freeman et Annadale, 1986), sauf dans une étude (Birtchnell *et al.*, 1985).

Par ailleurs, pour certains (Slade, 1985,), les techniques du premier groupe (mesures globales) mesurent des **croyances irrationnelles fixes** à propos de

l'image du corps, tandis que les techniques du second groupe (mesures partielles) rendraient compte des **variations dans les troubles de la perception de l'image du corps**, variations qui seraient fortement influencées par des facteurs affectifs et émotionnels et donc plus accessibles au changement en psychothérapie.

Cependant, la première remarque que l'on peut faire est que l'évaluation des troubles de l'image du corps chez les boulimiques insiste plus sur les aspects visuels et cognitifs que les aspects kinesthésiques ou sur les sensations corporelles perçues ou encore sur l'expérience psychologique plus personnelle que les patientes ont de leur corps.

Etant donné que les défauts de perception du corps propre au niveau visuel sont les plus facilement évaluables par des moyens expérimentaux, ils ont fait l'objet des travaux les plus nombreux. Mais ils ne sont peut-être pas les plus déterminants dans l'ensemble des troubles du vécu corporel de ces patientes.

De même, les distortions cognitives concernant le corps existent mais constituent-elles des facteurs déterminants dans les troubles de l'image du corps des patientes boulimiques?

Des approches plus centrées sur les sensations vécues et les kinesthésies sont donc peut-être à trouver et à opérationnaliser pour mettre à la disposition des cliniciens des techniques d'évaluation et de traitement renouvelées.

Un ensemble de recherches dans le domaine du vécu corporel semble accorder une importance plus grande aux sensations (soi corporel, percept corporel, expérience du corps, identité corporelle perçue, satisfaction corporelle) par rapports aux facteurs visuels. Il semblerait que ni la structure du corps (définie par des mesures objectives), ni l'apparence corporelle (telle que perçues par autrui) ne sont apparues comme les dimensions les plus pertinentes de l'image évaluative du corps. (Bruchon-Schweitzer, 1990).

Par ailleurs, des études menées chez des sujets sains montrent que c'est le somatotype perçu subjectivement par le sujet et non le somatotype réel qui est corrélé avec les indices de satisfaction corporelle (Toriola et Igbokwe, 1985). Ce sont donc les évaluations subjectives plus que les données corporelles objectives qui sont le plus corrélées avec la satisfaction corporelle.

Enfin, l'estime de soi est plus corrélée à ces variables de satisfaction corporelle subjective qu' à des évaluations objectives (Mitchell et Orr., 1976, Minahan 1971, Berscheid *et al.*, 1973, Martinelli, 1975,). Les relations entre bien-être, satisfaction corporelle et satisfaction de soi ont été étudiées très tôt et des corrélations hautement significatives ont été trouvées entre ces deux variables (Secord et Jourard, 1953). Plus précisément encore, (Lerner *et al.*, 1974), des relations fortes existent entre la satisfaction corporelle globale, l'adaptation sociale, la confiance en soi, la sociabilité et l'épanouissement sexuel.

La satisfaction corporelle prédit en outre la qualité de l'adaptation familiale (Douty et Moore, 1974).

Enfin, Bandura et Adams (1977) montrent que l'efficacité personnelle perçue chez des sujets non psychotiques est plutôt la conséquence d'une amélioration des perceptions de bien-être en relaxation et que l'efficacité de la désensibilisation systématique est plus à relier à ces facteurs de changement qu'au classique

mécanisme d'inhibition réciproque avancé par Wolpe. S'il n'a pas été mis en évidence d'étiologie certaine à la boulimie, des facteurs favorisants son apparition ou entretenant son évolution défavorable ont été invoqués, en particulier dans le domaine de l'influence sociale. Récemment, 75% des sujets d'un ensemble de 650 étudiantes et jeunes femmes (12-24 ans), répondant à un questionnaire sur l'influence de l'idéal corporel à la mode, présentaient des préoccupations fréquentes concernant leur image corporelle, jugée trop volumineuse. (Martinez *et al*, 1991).

Redéfinition d'une approche thérapeutique

Il semble alors peut-être utile de repenser les stratégies de changement cognitivo-comportementales en tenant compte de ces données. Pour Fairburn *et al.*, (1986), les thérapies cognitivo-comportementale doivent aboutir à modifier favorablement ces troubles de l'image du corps. Mais ces traitements, dans leur forme actuelle, comportent-ils les techniques spécifiques susceptibles d'améliorer l'image du corps de ces patientes ?

Dans l'ensemble, il est possible de dire que la manipulation de variables d'environnement externes ou internes telles que les séquences comportementales alimentaires dysfonctionnelles, les cognitions dépressives, ou encore les troubles des interactions sociales donne de bons résultats dans une proportion importante de cas cliniques, en contribuant aussi à améliorer l'image du corps des boulimiques. Ainsi, un programme de traitement cognitivo-comportemental visant plus particulièrement à développer l'estime de soi a montré une amélioration paralèlle de l'estime de soi et de l'image corporelle des patientes (Bullerwell-Ravar, 1987).

Mais des troubles profonds et chroniques du vécu corporel, quelqu'en soit l'origine peuvent constituer un obstacle au déroulement harmonieux d'un programme de changement cognitivo-comportementaliste, ou être responsables de rechute précoce aprés un traitement réussi. Freeman *et al.* (1985 b). a trouvé que la persistance de l'insatisfaction en ce qui concernait l'image du corps était le meilleur prédicteur de rechute dans les six mois après traitement.Le problème de la rechute s'est posé à plusieurs reprises dans le service, chez des patientes qui ont tout d'abord réussi un changement avec suppression des dysfonctions alimentaires et une redéfinition d'un style cognitif moins dépressif. Par la suite, au suivi, la rechute est survenue très rapidement à l'occasion de conflits sociaux stressants.

Il semble qu'il soit nécessaire de venir en aide aux thérapies cognitives-comportementales dans le traitement de la boulimie. Récemment, des tentatives de traitement centrées sur l'image du corps ont semblé améliorer les patientes dans le domaine de la boulimie (Touyz, Beamont, Collins et Cowie, 1985) Actuellement, des programmes de traitement prennent en compte cette dimension corporelle, en proposant de diminuer l'hyperactivité physique, 2) de reconstruire un «concept de soi» (réaliste, 3) redécouvrir le plaisir d'avoir un corps et 4) de développer des compétences sociales (Van Der Eycken *et al.*, 1988,1989).

Construire un concept de soi plus réaliste implique un nécessaire travail de correction ou de réapprentissage des perceptions proprioceptives les plus élémentaires (position du corps dans l'espace, mobilisation des articulations, ou de groupes musculaires). Ces exercices mettent en jeu la patiente seule ou en interaction avec d'autres patientes (massages, mobilisation par l'autre) .

Ce travail de redéfinition du schéma corporel est un premier niveau de changement qui va permettre ultèrieurement au sujet de se reconnaître dans une «permanence de l'identité corporelle» quelque soit la diversité des situations dans lesquelles il sera engagé.

Mais, comme nous l'avons vu plus haut, Freeman *et al.*, (1985) parlent d'indices de satisfaction corporelle qui intègrent la notion de schéma corporel mais la dépasse aussi.

Les techniques disponibles susceptibles de modifier favorablement l'insatisfaction corporelle des patientes sont à première vue les techniques à médiation corporelle.

Mais comment utiliser ces techniques pour améliorer cet indice de satisfaction corporelle chez les patientes boulimiques ? Par exemple, la relaxation classique de type Schultz qui permet de se concentrer passivement sur le monde du corps et du dedans, constitue une base de travail utile pour redécouvrir des sensations très personnelles de calme et de bien-être .

La consigne est d'entrainer les patientes à redécouvrir le lien qui existe entre des sensations physiques personnelles très élémentaires (lourdeur, chaleur, relachement musculaire) et le bien-être. La répétition de l'exercice consolide l'association entre ces sensations très physiologiques d'une part et la sensation de bien-être d'autre part La sensation physiologique (lourdeur, chaleur, relachement musculaire) prend un sens plus personnel qui est confort et bien-être.

Ce que l'on propose aux patientes est un travail centré sur la prise de conscience de la façon dont prennent corps les sensations les plus personnelles de bien-être physique.

Conclusion

Les interventions comportementales et cognitives paraissent actuellement tout à fait nécessaires, comme en témoigne les données de la littérature, mais une évaluation des traitements faite uniquement sur la base des changements comportementaux et cognitifs n'est pas toujours suffisante. Il semble que l'ensemble des programmes thérapeutiques qui font appel aux techniques cognitives et comportementales devraient plus systématiquement évaluer leurs résultats en fonction des variables liées à l'expérience psychologique du corps chez ces patientes boulimiques.

Cependant ceci n'est possible qu'à la condition de dépasser les niveaux cognitif et comportemental dans cette affection et de trouver des hypothèses de travail vérifiables expérimentalement grâce à des stratégies d'évaluation et de changement reproductibles. Mais c'est ainsi que procède l'approche comportementale,

ce qui la conduit régulièrement à abandonner certaines certitudes provisoires pour s'en aller explorer de nouvelles incertitudes.

Quoiqu'il en soit, et d'un niveau plus général dans le domaine des psychothérapies, ces dernières années ont vu le passage du champ de la parole au champ de l'action. L'acte n'est plus considéré uniquement comme un avatar ou un raté de la parole, mais il peut-être structurant. Toutes les thérapies comportementales sont des thérapies de l'action, et le passage par l'acte (Jarret (1985)) peut-être thérapeutique. L'immersion qu'effectue de lui-même un patient est un exemple typique de passage par l'acte qui conduit au dépassement d'une problèmatique et à l'amélioration.

Mais l'agir ne saurait- être constructif chez un sujet absent ou incertain de lui-même corporellement. Agir dans le monde se conçoit si le monde est habité par le sujet, et le premier espace que, l'on occupe est l'espace corporel. Il ne nous semble plus possible de proposer un efficacité thérapeutique d'emblée avec les stratégies de changement thérapie cognitivo-comportmentales, si une réunion du sujet à lui-même, n'a pas été en même temps ou auparavant réussie.

Nous assisterons donc peut-être dans un proche avenir à une intégration des différentes modalités d'intervention, au niveau de la parole, de l'action et du corps.

Rérérences

Aimez, P , Ravar, J. (1988) «Boulimiques» , origines et traitements de la boulimie. Ramsay: Paris.

Allebeck, P, Hallberg, G. Espmark, S.(1976). Body image: an apparatus for measuring disturbance in estimation of size and shape. *Journal of Psychosomatic Research., 20,* 583-589.

American Psychiatric Association, (1987) Dsmiii-R. Washington, D.C.: APA.

Askevold, F. (1975). Measuring body image. *Psychotherapy and Psychosomatics, 26,* 71-77.

Bandura A, Adams N.E., (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioural change. *Cognitive Therapy and Research, 1,* 287-310.

Berscheid, E, Walster, E, Bohrnstedt, G, (1973). The happy american body: a survey report. *Psychology Today, 7,* 173-189.

Birtchnell, S.A., Lacey, J.H., Harte A. (1985). Body image distortion in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 147,* 408-412.

Blashfield R.K., & col, Face validity of the DSMIII-R personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 146* 1575-1579.

Boskind, M., White, W.L.(1976). The definition and treatment of bulimia in college women: a pilot study. *Journal of American College Health Association, 27,* 2.

Bruchon-Schweitzer, M., (1990). Une Psychologie du Corps, Paris: PUF.

Bullerwell-Ravar, J.(1987). Evaluation Psychologique d'un groupe de femmes boulimiques avant et aprés traitement: résultats préliminaires. *Actualités Psychiatriques,* 9, 42-53.

Cooper, P.J.,Fairburn C.G.(1986). The depressive symptoms in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 148,* 268-274.

Cooper, P.J., Taylor, M.J.(1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 153,* 32-36.

Devlin, M.J.(1990). Metabolic abnormalities in bulimia nervosa. *Archives of general Psychiatry, 47,* 144-148.

Douty, H.I., Moore, J.B. (1974). Body characteristics in relation to life, adjustment and attitudes of college females. *Perceptual and Motor Skills, 39,* 499-521.

Dsmiii (1980) Paris: Masson.

Endler, N.S., Magnusson, D. (1976). Toward an interactional psychology of personality. *Psychological Bulletin, 83,* 956-974.

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

Fairburn, C.G., Cooper, Z, Cooper, P.J., (1986). The clinical features and maintenace of bulimia nervosa. In: *Handbook of eating disorders: physiology, psychology,and treatment of obesity, anorexia nervosa and bulimia.* NJ: Basic Books

Fairburn & col.,(1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. *Arch. Gen. Psychiatry, 48,* 463-469.

Fontaine, O., Ylieff, M., (1981), Analyse fonctionnelle et raisonnement expérimental. *Journal de Thérapie Comportementale, III,* 119-130.

Freeman, R.J., Thomas, C.D., Solyom, L, Hunter, Ma.(1984). A modified video camera for measuring body image distortio: technical description and reliability. *Psychological Medicine, 14,* 411-416.

Freeman, R.J., Thomas, C.D., Solyom L., Koopman R.F. (1985). Clinical and personality correlates of body size overestimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 4,* 439-456.

Freeman, R., Beach, B., Davis, R., Solyom, L. (1985,b). The prediction of relapse in bulimia nervosa. *J. Psychiatr. Res., 19,* 349-353.

Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Stancer H.C., Coscina D.B. (1976). Body image disturbance in anorexia and obesity.*Psychosomatic Medicine, 28,* 327-337.

Hardy, P., Dantchev, N., (1989). Epidémiologie des troubles des conduites alimentaires. In: Troubles des conduites alimentaires, *Confrontations Psychiatriques, 31,* 133-163.

Jarret, R. (1985) . Acte déviant, acte délirant. Communication au IX° Congrés de l'Association Latino-Méditerranéenne de Psychiatrie, Taormina.

Kaganski, I., Remy, B., (1989). Aspects familiaux, clilniques, et thérapeutiques des troubles des conduites alimentaires. *Confrontations Psychiatriques, 31,* 203-232

Kaye, W.H., Gwirtsmann, H.E., George, D.T., Weiss, S.R., Jimmerson, D.C., (1986). Relationship of mood alterations to bigeing behaviour in bulimia. *British Journal of Psychiatry, 10,* 479-485

Kirkley, B.G., Schneider, J.A., Agras, W.S., Backmann, J.A., (sous presse). A comparison of two group treatments for bulimia. *Journal of Counsulting and Clinical Psychology.*

Lacey, J.H., (1982). The bulimic syndrome at normal body weight. Reflections on pathogenesis and clinical features, International *Journal of Eating Disorders, 2,* 59-66.

Lacey, J.H. (1983). Bulimia nervosa, binge eating and psychogenic vomiting:A controlled treatment study and long term outcome. *British Journal of Psychiatry,286,*1609-1612.

Lacey, J.H., (1991). Multi-impulsive bulimia Communication au Symposium International des Troubles Alimentaires, Paris, 17,18,19, Avril 1991

Lee, N.S., Rush, A.J.(1984). Cognitive-behavioural group therapy for bulimia, unpublished paper. Texas University, Dallas.

Lerner, R.M., Karabenick, S.A., Stuart, J.L. (1974). Relations among physical attractiveness body attitudes and self-concept in male and female college students. *Journal of Youth and Adolescence, 3,* 307-316.

Levy, A.B. & col.(1989). How are depression and bulimia related? *American Journal of Psychiatry, 146,* 162-169.

Linnoila, M., Virkunnen M., Scheinin, M., Nuutila, A., Rimon R., Goodwin F.K., (1983). Low cerebrospinal fluid 5 HIAA concentration differentiates impulsive from non-impulsive violent behaviour. *Life Science, 33,* 2609-2614.

Martinelli, R. (1975). Imagine del corpo e immagine di sè in un gruppo di 160 adolescenti studenti, Archivio di Psicologia, *Neurologia e Psichiatria, 36,* 65-90.

Martinez, E., Toro J. Castro J. Blecua J. (1991). Behaviors and attitudes related to body image in the female adolescent population. *Communication au Symposium International des Troubles Alimentaires, Paris, 17,*18,19, Avril 1991.

Meerman, R., (1983). Experimental investigation of disturbance in body image estimation in anorexia nervosa patients, and ballet and gymnastic pupils. *International Journal of Eating Disorders, 2,* 327-337.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behaviour modification. An integrative approach.* NY: Plenum.

Minahan, N.M., (1971). Relationship among self-perceived physical attractiveness, body-shape, and personality of teen-age girls, Dissertation Abstracts International, 32,2-B, 1249-1250.

Minuchin, S., Rosman B., Baker L.(1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context.* Cambridge Harvard University Press.

Mitchell, K.R., Orr, F.E., (1976), Heterosexual social competence, anxiety, avoidance, and self-judged physical attractiveness, *Perceptual and Motor Skills, 43,* 1163-1166.

Norris, D.L.(1984). The effect of mirror confrontationon self-estimation of body dimension in anorexia nervosa, bulimia and two control groups. *Psychological Medicine, 14,* 835-842.

Note, I.D., Roussel, P. (1989). Traitements cognitivo-comportementalistes de la boulimie. *Cah Nutr Diét XXIV,* 3, 227-233.

Phelan, P.W., (1987). Cognitive Correlates of bulimia: the bulimic questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6,* 593-607.

Pope, H.G., & col; Is bulimia associated with borderline personality disorder? A controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry, 48,*181-184.

Reitman, E.E., Cleveland, S.E. (1964).Changes in body image following sensory deprivation in schizophrenic control groups. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 68,*168-176.

Rosen, J.C., Leitenberg H., (1982): Bulimia Nervosa: Treatment with exposure and response prevention. *Behavior Therapy, 13,* 117-124.

Rosen, J.C., Leitenberg H., (1985): Exposure plus response prevention treatment of bulimia. In: Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia, In D. Garner, P. Garkinkel (Eds.), N.Y.: Guilford Press, New-York.

Roussel, P., NOTE I-D. (1990). Thérapeutiques comportementales et cognitives de la boulimie. *Psychologie Médicale, 22,* 603-606.

Russel, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med,* 429-448.

Russel, G.F.M. (1985). Bulimia revisited. *Int J Eat Disord, 4,* 681-692.

Russel, G.F.M. & col. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia. *Archives of General Psychiatry, 44,* 1047-1056.

Sanchez-Cardena, M., (1991). *Le comportement boulimique,* Masson, Paris.

Schneider, J.A., Agras, W.S. (1985). Cognitive-behaviour group treatment of bulimia, *British Journal of Psychiatry, 146,* 66-69.

Schwartz, R.C., Barrett M.J., Pirke K.M.(1985). Family therapy for bulimia. In: *Handbook of psychotherapy for anrexia nervosa and bulimia.* D. Garner et P. Garkinkel (Eds.), In N.Y.: Guilford Press.

Secord, P.F. Jourard, S.M., (1953). The appraisal of Body-Cathexis: Body Cathexis and the Self, *Journal of Consulting Psychology, 17,* 343-347.

Slade, P.D. (1985). A Review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research, 19,* 255-265.

Soubrie, P., (1986). Reconciling the role of central serotonin neurons in humans and animal behavior. *The Behavioural and Brain Science,* 9, 319-363

Thompson, D.A., Berg, K.M., Chatford, L.A. (1987). The heterogeneity of bulimic symptomatology: cognitive and behavioural dimensions, *International Journal of Eating Diosorders, 6,* 215-234.

Toriola, A.L., Igbokwe, N.U., (1985) Relationship between perceived physical and somatotype characteristics of 10- to 18- year-old boys and girls. *Perceptual Motor Skills, 53,* 891-896.

Touyz, S.W., Beamont, P.J.V., Collins J.K., Cowie I., (1985). Body shape perception in boulimia and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 4,* 259-265.

Traub, A., Orbach, J. (1964). Psychophysiological studies of body-image. The adjustable body-distorting mirror. *Archives of General Psychiatry,* 11, 53-66.

Venisse, J.L., 1991, *Les Nouvelles Addictions,* Paris: Masson.

Venisse, J.L., Emery, R.P., Zins-Ritter, M., Sanchez-Cardenas, M., (1991). Autres conduites addictives associées à l'alcoolisme ou à la toxicomanie. Communication au Symposium International des Troubles Alimentaires, Paris, 17,18,19, Avril 1991

Vindreau, C., Ginestet, D., (1987). Boulimie sucrée, boulimie salée, deux syndromes. *L'Encéphale, XIII,* 117-122.

Vindreau, C., (1988), Doser les psychotropes chez les boulimiques, *Medical Digest Psychiatry, 4, 1.*

Walsh, B.T., (1991). Classification of Eating disorders in DSM-IV. Communication au Symposium International des Troubles Alimentaires, Paris, 17,18,19, Avril 1991

Welch, G.J.: (1979). The treatment of compulsive vomiting and obsessive thoughts through gradual response delay, response prevention and cognitive correction, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 10,* 77-82.

White, W.C., Boskind, M., (1981). An experimental behavioural approach to the treatment of bulimarexia. *Psychotherapy: Therapy Research and Practice, 18,* 501-507.

Whitehouse, A.M., Freeman C.L., Annadale, A. (1986). Body size estimation in bulimia. British *Journal of Psychiatry. 149,* 98-103.

Wilmuth, M.E., Leitenberg, H., Rosen, J.C., Foncardo, KM, Gross, J. (1985). *International Journal of Eating Disorders, 4,* 71-78.

Abstract

Cognitive-behavioural treatments of bulimia have been linked with significant good results, since 15 years. Nevertheless, patients still remain bulimic despite increased attempts to treat them. To solve this therapeutic challenge, many changes in the perception and conceptualisation of the syndrom have been proposed, the most important of all, involving body-image distortions in bulimia. Treatment strategies focusing more specifically on body sensations and perceptions should enhance treatment packages' efficacy in bulimia.