



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Apports de la théorie de l'attachement
dans le soin de l'anorexie mentale chez l'adulte**

Présentée et soutenue publiquement le 7 juin à 16h
au Pôle Formation

Par Christelle PETERSSON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Professeur Vincent DODIN

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Marion HENDRICKX

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

« Je ris aussi je crois, je suis heureuse, là, tout de suite, ...
et si c'était ça le bonheur, pas même un rêve, pas même une promesse,

juste l'instant. »

Delphine de Vigan

Liste des abréviations

TCA	Troubles des conduites alimentaires
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
HDJ	Hôpital (ou hospitalisation) de jour
HTC	Hospitalisation à temps complet
AFDAS-TCA	Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire
DSM- V	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – 5 ^e édition
CIM-10	Classification Internationale des Maladies – 10 ^e version
MIO	Modèles Internes Opérants
MBT	Mentalization-Based Treatment
EFT	Emotion-Focused Therapy

Table des matières

Résumé	1
Introduction.....	2
Autour de l'anorexie mentale	5
I. Evolution du concept d'anorexie mentale	5
II. Description clinique des TCA	6
III. Principes de prise en charge thérapeutique.....	7
La théorie de l'attachement	9
I. Naissance de la théorie de l'attachement	9
II. Concepts théoriques généraux	10
A. Le système d'attachement.....	10
B. La « Situation Etrange » de Mary Ainsworth.....	11
C. Balance entre systèmes d'exploration et d'attachement.....	12
III. Evolution de l'attachement dans le temps.....	13
A. L'attachement au niveau des représentations	13
1. Développement des modèles internes opérants (MIO)	13
2. Mary Main et les représentations d'attachement chez l'adulte	14
3. Transmission intergénérationnelle	15
4. Impact des MIO dans la régulation des émotions.....	15
5. Fonction réflexive et mentalisation :	16
B. L'attachement à l'épreuve de l'adolescence	17
C. L'attachement à l'âge adulte.....	18
1. Modifications des relations d'attachement.....	18
2. Fonctions de l'attachement chez l'adulte.....	18
3. Classification des styles d'attachement.....	19
4. L'attachement amoureux	20
5. Attachement et famille	21
IV. Attachement et psychanalyse : liens et divergences.....	21
A. Divergences	21
B. Ponts et points de rapprochement.....	22
V. Applications cliniques de l'attachement	24
A. Attachement et psychopathologie adulte.....	24
B. Applications thérapeutiques de l'attachement	25
1. « A secure base ».....	25
2. Applications de l'attachement dans les psychothérapies.....	26
Apport de l'attachement dans la compréhension des TCA	27
I. Styles d'attachement retrouvés dans les TCA	27
II. Liens entre attachement et psychopathologie des TCA.....	30
A. Modèle de vulnérabilité ou de résilience.....	30
B. Ponts avec les théories psychodynamiques.....	30
C. Théories cognitives.....	32
1. Trouble de la régulation des émotions.....	32
2. Défaillance de la fonction réflexive (ou mentalisation).....	33
3. Trouble de l'image corporelle et degré d'insatisfaction corporelle	34

4.	Traits de personnalité pathologiques	35
D.	Difficultés interpersonnelles	35
E.	Abord familial et transgénérationnel	36
F.	Conclusion.....	38
Apports de l'attachement dans le soin de l'anorexie		39
I.	Quelles difficultés rencontrées dans le soin des TCA ?	39
A.	Une demande de soins ambivalente	39
B.	Des ressentis négatifs soignants	40
I.	L'attachement dans la relation thérapeutique avec les anorexiques	43
A.	Liens entre attachement, alliance, transfert	43
B.	Eclairage sur les difficultés d'alliance thérapeutique avec les patient(e)s anorexiques	45
1.	L'insécurité, obstacle à l'alliance de soins	45
2.	Difficulté de la demande d'aide	45
3.	Difficultés lors des ruptures et changements dans la thérapie	47
4.	Difficultés dans les soins selon le style d'attachement du patient	49
5.	Attachement et contre-transfert dans les TCA.....	52
a)	Le contre-transfert : activation de l'attachement du thérapeute	52
b)	Impact de l'attachement du soignant sur les contre-attitudes	52
6.	Eclairage sur le contre-transfert dans les TCA	53
II.	L'attachement comme outil thérapeutique dans les TCA	55
A.	Travailler l'alliance et la relation thérapeutique	55
1.	Assurer une base sécurisée dans le soin.....	55
2.	Etablir une juste distance relationnelle	55
3.	Attention aux interruptions et changements dans les soins.....	57
4.	Travailler le contre-transfert soignant	57
B.	Objectifs psychothérapeutiques généraux dans les TCA	60
1.	Une approche compréhensive du symptôme anorexique	60
2.	Le travail autour des émotions	61
3.	Un abord narratif	62
4.	Travailler les relations interpersonnelles	62
C.	Quelle intervention pour quel type d'attachement ?	63
D.	Intérêt des thérapies groupales	65
E.	Intérêt des thérapies bifocales.....	67
F.	Soins corporels, soins à médiation	70
III.	Modèles psychothérapeutiques spécifiques	73
A.	Psychothérapie autour de l'affectivité et de la mentalisation	73
1.	Principes généraux :	73
2.	Intérêts de la MBT dans les TCA.....	74
B.	Thérapie autour des émotions	75
C.	Intervention familiale et attachement.....	76
1.	Objectifs du travail familial autour de l'attachement	77
2.	Aspect transgénérationnel.....	77
3.	Thérapie de couple basée sur l'attachement.....	80
D.	Soins institutionnels : les hospitalisations séquentielles	81
Conclusion		84
Références bibliographiques		87
Annexes		95
Annexe 1 : Critères diagnostiques des TCA selon le DSM-5		95
Annexe 2 : Critères diagnostiques des TCA selon la CIM-10		97

RESUME

Contexte: Les troubles des conduites alimentaires sont une entité pathologique complexe, dont la fragilité du lien à l'autre est une problématique centrale. Ce trouble du lien interpersonnel et affectif rend la prise en charge de ces patient(e)s difficile, compliquant la création d'une alliance thérapeutique de qualité.

Méthode : En nous appuyant sur une revue de la littérature étayée par notre expérience clinique, nous avons pu constater que la théorie de l'attachement apporte un éclairage pertinent sur ces obstacles dans le soin de l'anorexie mentale, considérant la fréquence des problématiques d'attachement chez ces patients, et leur influence au plan psychopathologique.

Résultats : Il apparaît ainsi important d'évaluer le profil d'attachement du patient afin d'adapter les modalités thérapeutiques en fonction. Au plan relationnel, l'attachement est sollicité dans la relation de soin, aussi bien chez le patient que le soignant, expliquant les importantes difficultés (contre-) transférentielles.

Conclusion : Des outils comme les thérapies de groupe ou bifocales favorisent ainsi l'aménagement d'une « juste » distance relationnelle en cas d'insécurité forte dans le lien duel à l'autre. Au plan affectif, l'attachement apporte des outils de travail pertinents pour renforcer leur conscience émotionnelle et leurs capacités de mentalisation ; ces outils sont intéressants aussi à intégrer dans un travail familial ou de couple. Les difficultés d'attachement dans les TCA expliquent aussi l'intérêt de soins séquentiels dans cette pathologie en pratique clinique : établir une base sécurisée dans le soin institutionnel et psychothérapeutique, constitue ainsi un objectif thérapeutique majeur de l'anorexie mentale.

INTRODUCTION

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) suscitent un intérêt croissant dans nos sociétés occidentales.

Cela semble s'expliquer en premier par leur fréquence (la prévalence en vie entière est estimée à 2.2% (1)), et leur gravité : l'anorexie mentale serait la maladie mentale ayant le plus fort taux de mortalité (2).

Aussi, l'anorexie mentale interroge de par sa complexité : comment comprendre cet apparent « refus de vivre » chez ces jeunes filles (ou hommes) à qui tout semble pourtant sourire ? Mais plus qu'un trouble alimentaire, l'anorexie s'avère surtout une pathologie du lien aux autres, entre peur de dépendance et besoin affectif, Jeammet décrivant bien ce paradoxe: « ce dont j'ai besoin est ce qui me menace ».

L'autre vécu comme menaçant, on comprend ainsi que la demande d'aide et de soins chez ces patient(e)s s'avère difficile : « La peur du lien est à la base du refus de soin », comme l'évoque Colette Combe.

J'ai pu observer au cours de ma formation hospitalière l'importance de la relation et l'alliance thérapeutique dans les soins psychiques, *a fortiori* pour les patient(e)s anorexiques. Notamment, plusieurs patients que j'ai rencontrés m'ont fait part de leurs grandes difficultés à vivre le changement des internes dans les services tous les six mois.

Illustrant cela, voici le cas de Mlle L., patiente de 31 ans que j'ai pu rencontrer lors de son suivi en hospitalisation de jour, pour une anorexie mentale restrictive évolutive depuis environ 10 ans.

Bien qu'il s'agisse de la première prise en soin, la patiente y adhérait favorablement, une alliance de qualité avait pu être établie.

L'investissement relationnel avec les soignants était même très fort, voire « adhésif », y compris avec moi, le transfert apparaissant « idéalisé », comme si le soignant avait tout pouvoir y compris le pouvoir magique de la guérir.

Ce transfert massif rendit alors l'annonce du changement d'interne référent particulièrement compliqué pour elle : malgré une anticipation de ce changement, la patiente eut beaucoup de mal à investir cette relation avec un nouveau psychiatre. Ceci eut un impact majeur dans la prise en charge, de par l'apparition d'un vécu de persécution envers l'ensemble de l'équipe soignante, la patiente évoquant un « coup monté » contre elle, pour « la déstabiliser »... Egalement, ce changement anxiogène eut un impact au plan symptomatologique, avec une augmentation des traits de rigidité cognitive existant chez cette patiente et du contrôle alimentaire associé, aboutissant à une perte de poids temporaire. (Nous poursuivrons ce cas en page 50.)

On voit bien en pratique à quel point la relation thérapeutique établie avec ces patient(e)s anorexiques est difficile, entre leurs attitudes parfois ostensiblement opposantes ou agressives à l'encontre des soignants, et en miroir les réactions de ces derniers parfois tout aussi vives. En effet, j'ai pu me rendre compte pendant mes stages cliniques l'ampleur des mouvements que l'anorexie suscite chez les professionnels de santé, des attitudes parfois de « rejet », entre peur, fascination, incompréhension...voire déni.

Ainsi, comment comprendre ces difficultés dans la relation thérapeutique avec les sujets anorexiques, et comment y faire face afin qu'elles n'influent pas sur l'efficacité des soins ?

Les liens entre théorie de l'attachement et TCA ont fait l'objet de recherches croissantes, cette théorie apparaissant intéressante de par son approche intégrative, au carrefour entre concepts psychodynamiques, cognitifs, systémiques et développementaux.

L'attachement comme modèle de compréhension des relations interpersonnelles et affectives tout au long de la vie, apporte ainsi un éclairage pertinent sur la fragilité du lien à l'autre dans les TCA, et notamment dans le lien thérapeutique patient/soignant.

En effet, les travaux récents s'intéressent particulièrement aux applications de l'attachement dans le soin des troubles psychiques, apportant des outils de travail autour de l'alliance thérapeutique et de la régulation des émotions, ce qui fait écho aux difficultés que l'on rencontre dans la prise en charge des patient(e)s anorexiques.

Après une brève remise en situation du concept clinique contemporain de l'anorexie mentale, nous décrivons les bases constituant la théorie de l'attachement et son champ d'application croissant dans la pratique clinique.

Nous verrons ensuite en quoi ces concepts d'attachement peuvent permettre de comprendre les difficultés des sujets anorexiques dans leur fonctionnement psychique, affectif et interpersonnel, y compris dans la relation de soin.

Enfin, nous questionnerons en quoi l'attachement nous apporte des outils pratiques au plan thérapeutique dans la prise en charge des TCA, autant dans la relation de soin elle-même que dans ses objectifs de travail psychothérapeutique.

Il est à noter que nous nous limiterons volontairement dans ce travail aux soins des TCA à l'âge adulte au vu de l'importance des travaux déjà existants sur le thème de l'attachement chez l'adolescent et de ses applications thérapeutiques au plan familial, thème dont nous aborderons donc uniquement les contours.

AUTOUR DE L'ANOREXIE MENTALE

I. Evolution du concept d'anorexie mentale

Historiquement, les conceptions de l'anorexie mentale ont oscillé entre hypothèses organiques (théorie digestive selon Gull (1873), endocriniennes...) et neuropsychiatriques (Lasègue, 1884) (3). C'est au milieu du 20^e siècle que les approches commencent à s'intéresser au style de vie des anorexiques et à ce qu'il se passe dans leur environnement : (interactions avec la famille, traits de personnalité sous-jacents).

Actuellement, il est admis l'origine multifactorielle de l'anorexie, l'intégrant dans un modèle biopsychosocial : l'anorexie serait ainsi un comportement adaptatif face à une menace de débordement ou de détresse émotionnelle, à expressivité somato-psychique, sous-tendue par de multiples facteurs psychologiques, biologiques et environnementaux, et ayant une héritabilité génétique (4,5).

De nombreux auteurs contemporains situent l'anorexie comme un trouble de l'identité et du lien à l'autre. Jeammet (2004) évoque que la fragilité des assises narcissiques et des liens d'attachement développés dans l'enfance entraîneraient une estime de soi défaillante, une mauvaise différenciation affective des objets d'attachement, et une peur de dépendance aux autres, qui vient freiner le processus d'autonomisation du sujet. Il résume ce paradoxe entre besoin du lien à l'autre pour se construire et nécessité de se différencier pour être soi, par cette expression désormais célèbre : « Ce dont j'ai besoin est ce qui me menace » (18). En cela, il rapproche l'anorexie d'une pathologie de la dépendance (6).

Ainsi, le symptôme anorexique aurait comme fonction de contrôler la distance relationnelle à autrui, Bruch évoquant aussi un mécanisme défensif contre le sentiment de ne pas avoir sa propre personnalité et de se sentir impuissant et inutile (7).

Egalement, évoquant l'importance des dysfonctionnements des liens familiaux dans l'anorexie, plusieurs auteurs dont Minuchin et Mara Selvini ont intégré une perspective systémique à la conception des TCA (8,9).

Au sein de ce modèle intégratif, nous verrons dans la seconde partie que la théorie de l'attachement apporte un regard intéressant sur cette problématique centrale du lien dans l'anorexie mentale.

Malgré ces nombreuses évolutions étiopathogéniques, le tableau clinique de l'anorexie est resté globalement stable dans le temps ; nous allons maintenant le décrire.

II. Description clinique des TCA

L'anorexie mentale touche majoritairement des femmes (avec un sex ratio de 1 homme pour 10 femmes), et la classe d'âge des adolescents et jeunes adultes (10).

Une définition très générale des TCA apparaît dans le document de recommandation établi par l'HAS et l'AFDAS-TCA en 2010: il s'agit d' «un trouble du comportement visant à contrôler son poids et altérant de façon significative la santé physique comme l'adaptation psychosociale, sans être secondaire à une affection médicale ou à un autre trouble psychiatrique». (11)

Les classifications psychiatriques actuelles (DSM-5 américain et CIM-10 française), distinguent deux grands troubles alimentaires, l'anorexie mentale et la boulimie, auxquels s'est ajoutée récemment une catégorie « subsyndromique », les EDNOS (*Eating Disorders Not Otherwise Specified*). Leurs critères diagnostiques sont décrits en annexe.

Globalement, l'anorexie mentale se définit comme un trouble de la perception du poids et du corps (Bruch, 1972), chez des individus pour qui l'aspect corporel influe excessivement sur l'estime de soi ; de par une peur intense de grossir, le sujet va se contraindre à une restriction alimentaire énergétique importante, dont il résultera une perte de poids significative, le sujet déniait cependant cette maigreur. Peuvent s'associer aussi à la restriction nutritionnelle, des crises boulimiques avec vomissements et/ou autres conduites de purge visant à contrôler le poids (5).

L'anorexie est un trouble grave, sa morbi-mortalité élevée (5.6% par décade de maladie) est inhérente aux complications physiques liées à l'état de dénutrition (10). Cependant ces chiffres de mortalité seraient nettement diminués par la précocité de la prise en charge (1), dont nous allons voir désormais les grands principes.

III. Principes de prise en charge thérapeutique

Historiquement le soin de l'anorexie mentale est passé d'une approche basée sur l'isolement en milieu hospitalier (Charcot, 1885) à un abord actuel privilégiant les soins ambulatoires, comme l'indiquent les recommandations actuelles en France (HAS, 2010) et à l'international (11). Jeammet et Brusset (1970) soulignent l'importance de la relation thérapeutique, qui ne doit pas s'engager dans un rapport de force mais au contraire d'alliance et de confiance (12).

Globalement, les objectifs des soins visent à prendre en compte la pathologie sous ses différents aspects : physique, psychique et social, une articulation est donc nécessaire entre prise en charge nutritionnelle et psychothérapeutique.

En cas d'urgence somatique ou psychiatrique, une hospitalisation peut s'avérer nécessaire, à temps complet (HTC) ou en hôpital de jour (HDJ); leur bénéfice peut s'expliquer par le cadre contenant, favorisant un « lâcher-prise » et une levée partielle des mécanismes de défenses et de contrôle (13), mais aussi par le rôle socio-relational des

interactions avec les autres patients et les soignants, et un travail de distance relationnelle et psychique avec les parents à l'adolescence (14). Cependant, il est nécessaire d'être attentif comme rappelle C. Combe à de potentiels mouvements « régressifs » des patients en hospitalisation, et la création d'un lien néfaste de « dépendance » envers les soins et l'institution (15).

Au-delà de l'abord institutionnel, les soins psychologiques avec les sujets souffrant de TCA visent à favoriser une prise de conscience et une compréhension des attitudes dysfonctionnelles alimentaires. Aussi, il importe de travailler les difficultés vécues dans leurs liens interpersonnels, y compris dans les soins pour en favoriser l'adhésion. Un abord corporel, un travail cognitif autour des schémas renforçateurs du comportement anorexique, et une prise en compte de l'entourage du patient au plan systémique, sont également à privilégier (5,15).

Nous verrons que le choix des modalités thérapeutiques (suivi individuel ou en groupe, abord cognitif ou plutôt psychodynamique, etc.) dépend du patient : son âge, sa motivation, le stade d'évolution du trouble, la qualité de l'entourage, mais aussi son profil d'attachement comme nous l'aborderons plus loin.

Malgré une palette thérapeutique variée, et l'existence de recommandations codifiées, la prise en charge des TCA s'avère difficile, de par la complexité de la pathologie elle-même mais aussi les réactions qu'elle provoque chez le soignant, ce qui fera l'objet de la 3^e partie de ce travail.

Mais avant, nous allons voir en quoi consiste la théorie de l'attachement, théorie intéressante justement car pouvant expliquer et aider à prendre en charge la problématique du lien, au cœur de la pathologie anorexique.

LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT

I. Naissance de la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement naît dans un contexte particulier de l'histoire, à savoir dans le climat carencé de l'après-2nde Guerre Mondiale : les problématiques de perte et séparation vont amener plusieurs psychiatres dont John Bowlby et son équipe de la *Tavistock Clinic* de Londres (1956-1966) à questionner la nature du lien affectif qui lie précocement l'enfant aux parents, et fonder une théorie explicative.

De formation psychanalytique kleinienne, Bowlby (1907-1990) va s'en distancier, s'intéressant à divers autres courants de pensée de son époque : l'éthologie par les travaux de Lorenz et Harlow sur l'« affectivité » animale (16), la psychologie cognitive et développementale, les théories systémiques et cybernétiques (de Von Bertalanffy) : son originalité fut donc de se positionner à l'interface entre diverses approches explicatives du lien parent/enfant, ce qui sera cependant très mal accueilli par le milieu psychanalytique britannique de l'époque.

Il explicite les fondements théoriques de l'attachement qui lie l'enfant à son parent dans son œuvre majeure, la trilogie «Attachement et perte» (1969-1980) (17).

II. Concepts théoriques généraux

Pour Bowlby, le lien d'attachement est un lien affectif privilégié que l'on établit avec une personne spécifique vers qui on va se tourner pour trouver du réconfort en cas de détresse (« *safe haven* »), et retrouver ainsi un sentiment de sécurité interne.

Il souligne l'idée qu'attachement ne signifie pas dépendance, puisqu'au contraire l'expérience de sécurité permet l'activation de comportements d'exploration vers le monde. Ce lien d'attachement qui se développe dans les premiers mois entre un bébé et sa figure d'attachement n'est pas figé mais soumis à de nombreux changements au cours de la vie, fonction de nouvelles expériences relationnelles et émotionnelles. L'attachement peut donc être vu comme un lien, une base affective/émotionnelle qui se développe dans l'enfance mais perdure toute la vie (18).

A. Le système d'attachement

S'inspirant de l'éthologie, le système d'attachement est un système motivationnel biologiquement inné, donc universel. Dans une perspective évolutionniste, il vise la protection des petits contre les prédateurs et donc la survie de l'espèce.

Le système est donc en pratique activé dans toute condition indiquant un danger ou stress, les comportements d'attachement du bébé ont pour but de favoriser la proximité d'une (ou plusieurs) figure(s) privilégiée(s), appelée(s) figure(s) d'attachement.

C'est donc la satisfaction du besoin de proximité et de sécurité inné du bébé (et de la réassurance émotionnelle qu'elle procure) qui permet la construction du lien d'attachement avec la personne adulte qui prend soin de lui et le protège. Au cours du développement, ce besoin de proximité physique sera progressivement remplacé simplement par la nécessité pour l'enfant de savoir sa figure d'attachement accessible, disponible (19).

B. La « Situation Etrange » de Mary Ainsworth

C'est Mary S. Ainsworth, psychologue canadienne ayant travaillé avec Bowlby, qui va développer l'idée d'une réciprocité entre les besoins d'attachement exprimés par l'enfant et les capacités du parent d'y répondre de manière appropriée émotionnellement et physiquement (« *sensitivity* », « *responsiveness* »).

Elle élabore en 1978 avec son équipe un protocole de situation standardisée de séparation-réunion de l'enfant avec sa mère, qu'elle nomme « *Strange Situation* » (20), et distingue 3 types de réactions à cette situation, qu'elle décrit comme « patterns d'attachement » :

- Le pattern sécure (catégorie B, 65% en population générale) :

Ce sont des enfants qui protestent au départ de la mère, mais s'apaisent rapidement dès son retour, tout en continuant leurs jeux et activités.

- Le pattern insécure « anxieux-évitant » (catégorie A, 21%) :

Ces enfants ne semblent pas être affectés par la séparation, comme « indifférents » (attitude défensive qui consiste à ne rien attendre d'autrui de peur d'être déçu).

- Le pattern insécure « anxieux-ambivalent » (catégorie C, 14%) :

L'enfant réagit à la séparation avec angoisse et détresse intenses, mais manifeste une ambivalence au retour de la mère, entre recherche de contact et rejet.

En 1985, Main & Solomon, vont secondairement y ajouter une 4^e catégorie, l'attachement « désorganisé-désorienté », entre recherche de contact et fuite, que Main nommait « situation de peur sans solution » (21).

Ainsi, les études des relations dyadiques mère/enfant font apparaître à Ainsworth une relation entre les comportements d'attachement chez l'enfant et le style de maternage correspondant, montrant bien que ce système relationnel est interactif : l'enfant développe différentes stratégies adaptatives (« stratégies conditionnelles d'attachement ») en fonction

de la façon dont la figure d'attachement répond à ses besoins, les minimisant ou les exagérant.

Il est important de préciser qu'un enfant peut manifester différentes stratégies d'attachement envers ses différents donneurs de soins (par exemple un attachement sécure avec son père et évitant avec sa mère). Ainsi, Pierrehumbert (2003) précise bien que les comportements observés de l'enfant dans la « Strange Situation » traduisent la qualité d'une relation particulière, et non une « caractéristique » de l'enfant lui-même (22).

C. Balance entre systèmes d'exploration et d'attachement

Une autre contribution de M. Ainsworth a été de montrer l'importance d'un équilibre entre le système d'attachement et celui d'exploration de l'enfant : la figure à laquelle l'enfant est attaché va lui servir de base de sécurité à partir de laquelle il va pouvoir explorer le monde et vers laquelle il pourra revenir s'il se sent menacé, lui permettant d'acquérir un sentiment de confiance en autrui et en soi-même (23).

Nous verrons plus loin que d'autres systèmes motivationnels interviendront plus tardivement dans le développement de l'enfant : le système affiliatif relationnel, la sexualité à l'adolescence.

Plusieurs études retrouvent un lien entre les comportements d'attachements de l'enfant et certains aspects relationnels et de son développement ultérieur (sociabilité, estime de soi, comportement...) (22). Nous allons voir maintenant comment expliquer l'intégration de ces expériences d'attachement précoces dans le développement ultérieur du sujet jusqu'à l'âge adulte. En effet, selon Bowlby le système d'attachement joue un rôle tout au long de la vie: comment expliquer cette continuité ?

III. Evolution de l'attachement dans le temps

A. L'attachement au niveau des représentations

1. Développement des modèles internes opérants (MIO)

Dès le plus jeune âge, l'individu intériorise les expériences relationnelles vécues, sous forme de représentations d'attachement, les Modèles Internes Opérants (MIO), et ce tout au long de la vie. Il formerait simultanément un modèle de soi (image de soi comme étant plus ou moins digne d'être aimé) et un modèle d'autrui (perception des autres comme étant plus ou moins attentifs à ses besoins). Ces modèles l'influenceraient inconsciemment dans ses relations interpersonnelles, pour les comprendre, les interpréter, à la lumière de ce qu'il a connu au sein de sa famille (17).

Ces représentations sont intégrées à la fois au plan cognitif, mnésique, et affectif, et persistent à l'âge adulte, avec des ajustements et mises à jour au fur et à mesure des nouvelles expériences vécues : évènement marquant (mariage, naissance d'un enfant), nouvelles relations (amicales, amoureuses), ou bien lors d'une psychothérapie (amenant la personne à une nouvelle interprétation et compréhension de ses expériences passées, comme l'évoque N. Guédeney) (19).

Cependant, certains obstacles peuvent aller à l'encontre de ces ajustements, notamment l'organisation défensive de la personne, processus par lequel le sujet exclut de son système de pensées les informations considérées « gênantes » pour son mode d'attachement : c'est ce que Bowlby nomme «exclusion défensive» (24).

Au total, les représentations d'attachement acquises depuis l'enfance, reflets des expériences interpersonnelles vécues, ont une importance majeure car vont venir façonner le développement de la personnalité de l'individu, et sa façon d'appréhender le monde (25).

2. Mary Main et les représentations d'attachement chez l'adulte

C'est Mary Main surtout, élève de Mary Ainsworth, qui a commencé à s'intéresser non plus à la dimension comportementale, mais à celle des représentations de l'attachement chez l'adulte, en développant un outil d'évaluation, l'*Adult Attachment Interview* (AAI) (1982).

Il s'agit d'un entretien semi-structuré dans lequel est évalué l'état d'esprit actuel du sujet vis-à-vis de l'attachement; on en distingue quatre catégories:

- Etat d'esprit sécure (ou autonome) : ces personnes ont un accès facile à leurs souvenirs et émotions d'enfance, rapportent des souvenirs passés avec cohérence, les expériences affectives sont connotées positivement.
- Etat d'esprit détaché : les sujets semblent désengagés émotionnellement à l'égard des expériences relationnelles, ont peu de souvenirs d'enfance, tout en offrant une image idéalisée des relations avec les parents.
- Etat d'esprit préoccupé : ces personnes ont un discours plutôt confus, restituant une image incohérente de leur passé du point de vue des expériences relationnelles, avec un discours digressif, riche en détails mais aussi en contradictions.
- Etat d'esprit désorganisé : le discours se désorganise dans sa forme ou son contenu quand sont évoquées des expériences traumatiques (perte, séparation, abus), qui n'ont pu être intégrées émotionnellement pour le sujet.

En population générale, la distribution serait de 56% de sujets « sécure », 17% de « préoccupés », 27% « évitants » (et 21% « désorganisés », catégorie à part car superposable aux autres) (22).

Cet outil a notamment permis à de nombreuses recherches de rendre compte d'une certaine continuité de l'attachement entre l'enfance et l'âge adulte, continuité possible grâce à l'internalisation des relations d'attachement vécues (26).

3. Transmission intergénérationnelle

L'élaboration de l'outil de l'AAI, a permis de développer une autre voie de recherche, sur les liens entre le style d'attachement d'un enfant et les représentations de ses parents (27), faisant l'hypothèse d'un lien transgénérationnel des modèles d'attachement.

Selon Main (1985) en effet, les MIO intériorisés dès l'enfance dépendent de la qualité de la relation établie avec le parent, qui dépend elle-même du modèle d'attachement que le parent a construit au cours de sa propre enfance, favorisant un enchaînement, une continuité d'attachement entre les générations successives (24).

Pierrehumbert évoque également l'importance des mécanismes d'exclusion défensive chez les parents dans la qualité de la transmission intergénérationnelle de l'attachement : si les défenses du parent l'ont amené à exclure certains affects (par exemple le sentiment d'être rejeté), il y sera inconsciemment insensible chez son enfant; ainsi, cela le conduit à répéter avec son enfant les attitudes peu sécurisantes qu'il a expérimenté avec ses propres parents, s'il n'en prend pas conscience (28).

4. Impact des MIO dans la régulation des émotions

A la fin du 20^e siècle, plusieurs chercheurs (Cassidy, Sroufe) ont élaboré une nouvelle conceptualisation de l'attachement en termes de régulation des émotions (18).

En effet, en fonction de son histoire affective interactive, intériorisée dans ses représentations, l'individu développe la capacité d' « autoréguler » ses affects, qui s'exprime à l'âge adulte dans toute relation interpersonnelle et sociale (29).

Une insécurité d'attachement aurait alors un impact sur le type de stratégies de régulation émotionnelles développées par le sujet : la stratégie d'hyperactivation (« préoccupée ») correspond au débordement émotionnel et à l'incapacité de traiter les informations de manière adéquate puisque les émotions envahissent le psychisme du sujet.

La stratégie de désactivation (« détachée ») consiste à réprimer ses émotions et inhiber toute information de nature émotionnelle.

Ce lien entre attachement, émotions et qualité des relations interpersonnelles chez l'adulte est intéressant de par l'abord développemental qu'il suggère. Nous verrons plus loin que cet aspect semble d'autant plus pertinent dans la pathologie anorexique au vu des difficultés majeures de gestion des émotions rencontrées par ces patients.

5. Fonction réflexive et mentalisation :

L'attachement est également intégré mentalement chez l'adulte sous forme d'une fonction réflexive ou « mentalisation », concept développé par Fonagy & Target (30,31).

La fonction réflexive est la capacité, acquise dès l'enfance, de donner sens aux comportements, émotions et cognitions de soi et des autres, les différencier, les comprendre et les interpréter en termes d'états mentaux.

La mentalisation serait déterminée par la qualité des expériences d'attachement précoces, intériorisées mentalement : une sécurité d'attachement favoriserait donc une bonne capacité réflexive. Aussi, cela expliquerait la transmission intergénérationnelle de l'attachement : en effet, la capacité du parent à comprendre l'état d'esprit du bébé, tout en réfléchissant le fait qu'il peut y faire face, favorisera le développement d'un attachement sécure chez l'enfant, donc une bonne capacité à gérer ses émotions au cours de sa vie. Cette capacité de mentalisation jouera *in fine* à l'âge adulte un rôle-clé dans la régulation des affects, l'adaptation relationnelle, et l'organisation du soi (31).

On voit que l'attachement devient à l'âge adulte une base favorisant la construction de soi, aux plans affectif, relationnel, et cognitif. Que devient le système d'attachement à l'âge adolescent, période sensible et mouvante de la vie ? Quel rôle de l'attachement à cet âge ?

B. L'attachement à l'épreuve de l'adolescence

L'adolescence est une période de fragilisation et de vulnérabilité de par les grands changements liés à l'autonomisation psychique et physique du jeune, activant donc ses besoins d'attachement et de sécurité (32).

Au plan cognitif, l'acquisition d'un raisonnement abstrait permet l'acquisition d'une conscience réflexive et des représentations mentales (MIO) de soi et de l'autre plus différenciées (33).

Au plan relationnel, la mise à distance des figures d'attachement (de par la volonté d'autonomie) va transformer le lien à elles, mettant en balance systèmes d'exploration et d'attachement : selon Atger, un juste équilibre n'est possible que si l'adolescent a acquis des représentations de soi et des autres (dont ses parents) suffisamment sécurisées pour lui permettre de faire face aux expériences émotionnelles fluctuantes de cette période de vie. Aussi, de nouveaux liens d'attachement se créent, avec les pairs notamment : les relations d'attachement deviennent symétriques, horizontales, réciproques, le jeune acquérant donc l'expérience d'être soi-même une possible figure d'attachement pour autrui (34). Aussi, de par les modifications pubertaires, le système de la sexualité vient faire son apparition, et joue un rôle dans la création de nouveaux liens d'attachement amoureux (35).

La fonction principale de l'attachement à l'adolescence serait la régulation des émotions : grâce à la distanciation émotionnelle d'avec les parents et la maturation de la fonction réflexive, le jeune va acquérir la capacité de réguler ses propres affects de façon autonome (36). L'attachement viendrait également influencer la capacité de résolution familiale des conflits (37), ou comme dit Jeammet de « gérer la distance relationnelle aux objets d'attachement » (38).

Au plan psychopathologique, Allen considère que les conduites addictives à l'adolescence peuvent être vues comme une tentative d'« automédication » d'une détresse émotionnelle intense liée à un processus d'autonomisation peu sécurisée (36).

C. L'attachement à l'âge adulte

Nous avons vu que les liens d'attachement dans l'enfance sont internalisés au plan cognitif et affectif, permettant au système d'attachement de persister «du berceau à la tombe» comme disait Bowlby : quelle est la place et le rôle de l'attachement à l'âge adulte ?

1. Modifications des relations d'attachement

Nous avons vu que dès la fin de l'adolescence, les relations d'attachement deviennent symétriques, et les liens s'établissent dans la réciprocité, chaque partenaire étant à la fois donneur et receveur de soutien et de sécurité (Hazan et Shaver, 1994) (35). Les figures d'attachement se dirigent vers des personnes extérieures à la famille, voire des groupes ou des institutions (scolaire, de travail, religieux, politique).

Holmes décrit le lien d'attachement chez l'adulte comme connexion émotionnelle entre personnes qui partagent une relation d'intimité, soulignant l'importance de la composante affective de l'attachement, y compris au plan amoureux/sexuel (39).

Ces changements relationnels sont favorisés au plan cognitif par l'actualisation permanente des modèles représentationnels d'attachement (MIO), influençant la manière dont le sujet va interpréter ses interactions avec les autres : est-ce qu'il mérite de recevoir de l'aide ? Est-ce qu'il peut faire confiance à l'autre pour lui procurer du réconfort ?

2. Fonctions de l'attachement chez l'adulte

A l'âge adulte, le rôle de l'attachement ne serait plus de subvenir à ses propres besoins de sécurité, mais plutôt d'assurer la survie de sa descendance : par le biais des relations amoureuses, l'adulte recherche l'établissement d'un lien avec un partenaire sexuel, permettant de devenir parent et de prendre soin de ses enfants. L'accession au rôle de parent active alors le système de « *caregiving* », qui vise à apporter protection et soutien à

ceux que l'on aime ; les capacités de *caregiving* parental sont fortement influencées par ses représentations internes d'attachement (19,40).

Indépendamment de la fonction parentale, l'attachement joue un rôle majeur dans la régulation émotionnelle et l'adaptation au stress (« coping ») du sujet adulte, son style d'attachement venant moduler la manière dont il va gérer ses affects face à ce stress (41).

In fine, un attachement sécure contribuerait à une meilleure qualité de vie : la stabilité des liens d'attachement, en offrant une base affective et de sécurité au sujet, favoriserait un investissement social et professionnel plus riche (Hazan et Shaver 1990) (42).

3. Classification des styles d'attachement

Plusieurs modèles de classification des styles d'attachement à l'âge adulte ont été proposés, permettant de mieux comprendre les stratégies d'attachement des individus dans leurs relations interpersonnelles. Bartholomew et Horowitz (1991) ont conceptualisé un modèle plutôt « social », considérant deux dimensions : le « modèle de soi » et le « modèle des autres », reflet des représentations et croyances positives ou négatives acquises à partir des expériences vécues, aboutissant à une classification en quatre catégories :

		Modèle de soi	
		Positif (faible)	Négatif (élevé)
Modèle des autres (évitement)	Positif (faible)	Sécure – Bonne estime de soi – Confiance – Saine dépendance vis-à-vis d'autrui	Préoccupé – Anxiété dans les relations interpersonnelles – Désir d'être approuvé par les autres – Manque de confiance – Préoccupé par les relations – Solitude
	Négatif (élevé)	Détaché – Évite l'intimité – Manque de confiance – Valorise l'indépendance – Valorise la réussite	Craintif – Faible estime de soi – Manque de confiance – Anxiété dans les relations interpersonnelles – Recherche le contact et l'intimité – Désir d'être approuvé par les autres – Solitude – Colère-hostilité

D'autres études psychométriques (Mikulincer & Shaver, 2012) soutiennent un modèle à deux dimensions continues : l'anxiété de séparation (dimension anxieuse d'attachement), et l'évitement de l'intimité (dimension d'évitement) qui permettent de retrouver les quatre catégories d'attachement ci-dessus, selon leur intensité respective : les sujets «préoccupés» présentent un haut niveau d'anxiété relationnelle (peur de l'abandon et la solitude) alors que ceux au style « détaché » ont un haut niveau d'évitement de l'intimité et des difficultés de confiance en autrui (43).

4. L'attachement amoureux

Il est important de différencier dans les relations d'attachement adultes, les relations amicales (où la figure d'attachement est auxiliaire), et le partenaire amoureux qui, lui seul, peut représenter une figure d'attachement principale, prenant la place de celle des parents pendant l'enfance (42). La sexualité vient jouer un rôle important dans l'établissement de ce lien d'attachement, de par la fonction de reproduction (44,45).

Hazan et Shaver soulignent que le profil d'attachement du sujet viendra impacter sa facilité à établir un lien de confiance, d'interdépendance et d'intimité dans la relation amoureuse, mais aussi son choix de partenaire (42).

A travers un lien d'attachement amoureux sécuritaire, l'adulte peut donc retrouver un sentiment de sécurité physique et émotionnelle, lui permettant de se projeter dans un désir et une capacité à avoir des enfants.

5. Attachement et famille

Chez l'adulte, l'attachement éclaire au plan interpersonnel sur le rôle positif des relations proches et soutenantes en situation de stress, y compris au plan familial.

Le concept systémique des « scénarii familiaux » de Byng-Hall (1985) permet de comprendre la gestion familiale de la problématique d'attachement, et sa capacité à assurer un climat sécure et à négocier les conflits et relations parents/enfants (46).

Fonagy (1997) décrit aussi qu'une capacité de « fonction réflexive familiale » commune, sur ses affects et ses stratégies mobilisées face aux stress, favoriserait une meilleure capacité à gérer les conflits entre les proches (47).

La théorie de l'attachement apporte un éclairage sur le fonctionnement intrapsychique, affectif et interpersonnel de l'être humain, se situant à l'interface de divers champs de la psychologie : développementale, systémique, cognitive, interpersonnelle...mais également psychodynamique, dont nous allons rappeler les liens entre ces deux approches.

IV. Attachement et psychanalyse : liens et divergences

La théorie de l'attachement de Bowlby a été fortement critiquée par le milieu de la psychanalyse, qui ne lui rendit « hommage » qu'en 1972 par le biais du « colloque imaginaire » de Zazzo en France (48). Aujourd'hui, il est reconnu que malgré d'effectives divergences, ces deux théories ont aussi plusieurs axes de complémentarité.

A. Divergences

La critique principale de Bowlby fut sa remise en question de la théorie des pulsions, selon laquelle le besoin primaire du bébé est la nourriture, le lien affectif serait une pulsion secondaire, née de la satisfaction des besoins alimentaires, dans le sens d'une « prime de

plaisir », s'ajoutant au plaisir de nourriture (Anna Freud parlait de « cupboard love », amour « intéressé ») (49).

A l'inverse pour Bowlby, le lien d'attachement est inné, primaire et indépendant de toute satisfaction orale. Pour lui, les pulsions sont des programmes d'action comportementaux qui motivent la conduite instinctuelle dans l'idée d'un but fixé à atteindre, se situant bien loin de l'idée psychodynamique d'une énergie libidinale recherchant une décharge (par le biais de l'objet). Il s'oppose aussi aux travaux de Mélanie Klein sur les liens mère/enfant, cette dernière invoquant les notions de violence et haine sous-jacentes, alors que Bowlby y associe plutôt la mise en place du sentiment de sécurité (50).

B. Ponts et points de rapprochement

On peut voir de nombreux rapprochement avec les théoriciens de la relation d'objet (Fairbairn, Mahler) et les indépendantistes britanniques (Winnicott, Balint), partageant l'idée que le besoin d'amour et de relation est un besoin primaire (Balint, 1952) (18). Winnicott décrit aussi l'importance des relations interpersonnelles précoces dans la construction psychique (« ego-relatedness », 1965)(51).

En France, c'est notamment Didier Anzieu qui, décrivant une « pulsion d'attachement » (1990) établit un pont direct entre pulsionnalité et relations d'objet, comme le rappelle Golse; Anzieu et son concept de « Moi-Peau » place le contact corporel comme médiateur majeur dans la satisfaction d'un besoin de sécurité (52). Golse reprend également l'idée d'une transmission générationnelle d'attachement, autant fantasmatique que cognitive (28).

Au plan de l'intrapsychique, le concept de fonction réflexive décrit par le psychanalyste P. Fonagy (1997), est à rapprocher de celui de « *mirroring* » de Winnicott (1971), évoquant l'importance de la réflexion par la mère des affects du bébé pour l'émergence du soi (51,53). L'idée que les représentations mentales (MIO) des relations de soi et de l'objet sont des déterminants clés du comportement interpersonnel, a été repris par Edith Jacobson (1954)

en insistant sur le fait qu'elles renvoient à des expériences aussi bien internes qu'externes (49).

Sur un abord développemental, l'impact d'un contexte relationnel sécure dans la construction psychique a été décrit également par Selma Fraiberg (53).

Au final, on voit que ces deux approches ont comme objectif final commun d'apporter un éclairage développemental à la construction psychique de l'individu, évoquant l'importance des relations précoces, du développement de la capacité réflexive, et de la transmission intergénérationnelle.

Ainsi, la théorie de l'attachement apparaît riche de par ses influences et rapprochements avec divers courants de pensée psychologique, cette approche intégrative apparaissant particulièrement pertinente pour la prise en charge des TCA, ce que nous aborderons en 3^e partie. Il est important de rappeler en amont, en quoi l'attachement apporte un éclairage majeur dans la compréhension des troubles psychiques, mais aussi leurs modalités de prise en charge.

V. Applications cliniques de l'attachement

Le système d'attachement perdure chez l'adulte, et constitue la base de son mode d'interaction avec le monde et son fonctionnement émotionnel. Semblable au système immunitaire en médecine, il permet l'intégrité et la sécurité de l'individu : son dysfonctionnement expliquerait donc un bon nombre de troubles psychopathologiques.

A. Attachement et psychopathologie adulte

La théorie de l'attachement est un support actuel important dans la compréhension des relations interpersonnelles et des stratégies de régulation affective. Une insécurité d'attachement représenterait ainsi un facteur de vulnérabilité dans le développement d'un trouble psychique à l'âge adulte (53,54), de par une plus grande difficulté d'adaptation au stress et aux changements, ainsi qu'une capacité réflexive moins efficace (25,55,56).

Le système d'attachement n'a cependant pas à lui seul une valeur prédictive suffisante sur le risque en santé mentale, il est à intégrer à de nombreux autres facteurs (individuels, psychosociaux et environnementaux) pour expliquer l'émergence d'une pathologie (57,58).

Même si l'insécurité de l'attachement se situe le plus souvent dans un registre adaptatif et non pathologique, elle restreint l'individu dans la flexibilité de ses réponses émotionnelles face aux événements de vie, et dans sa capacité à solliciter l'aide d'autrui : nous verrons que c'est sous cet éclairage que l'on peut comprendre l'émergence des TCA à l'âge adulte.

Au-delà de l'apport de l'attachement dans la compréhension des troubles psychiques, un autre axe de recherche majeur s'intéresse actuellement à étudier en quoi cette théorie peut nous aider à les traiter (59).

B. Applications thérapeutiques de l'attachement

Bowlby, dans son ouvrage « *A Secure Base* » (1988), développe ses réflexions autour de l'apport de la théorie de l'attachement aux pratiques psychothérapeutiques (60).

Aujourd'hui, la théorie de l'attachement est de plus en plus utilisée (implicitement ou explicitement) comme outil clinique dans différentes pratiques psychothérapeutiques (psychodynamiques, interpersonnelles...) (61) : quels sont ces outils de soin en pratique ?

1. « A secure base »

Le titre de l'ouvrage de Bowlby est évocateur du rôle selon lui central du thérapeute comme base sécuritaire pour le patient dans le processus psychothérapeutique (60).

Il pose les bases d'une approche thérapeutique fondée sur la théorie de l'attachement, sous formes de 5 « tâches », dont le but est d'explorer les émotions et sentiments ayant été exclus défensivement du champ psychique suite à des expériences antérieures d'attachement dysfonctionnelles.

La « première tâche » du thérapeute est d'assurer une base sécuritaire à partir de laquelle le patient pourra explorer ses émotions, souvenirs, croyances et comportements, sans se sentir en détresse. Il pourra alors explorer le champ des relations interpersonnelles du sujet, en termes de perceptions, d'attentes, de peurs, ainsi que l'aider à percevoir leur aspect inadapté parfois. Un autre travail essentiel sera de comprendre la relation actuelle établie avec le thérapeute, ce qui se rapproche de la tâche d'élaboration du transfert psychanalytique ; la réflexion du patient sur les sentiments et attitudes envers le soignant permet de lui servir de modèle pour comprendre ses difficultés dans ses relations à l'autre en général.

Aussi, il s'agira de repérer les MIO du patient et comprendre leur racine dans les expériences d'attachement précoces, ainsi que rendre compte de leur impact dans une forme de rigidité adaptative face à certaines situations actuelles (56,62).

2. Applications de l'attachement dans les psychothérapies

A partir de ces bases théoriques, de nombreux auteurs ont exploré quelles applications de la théorie de l'attachement sont possibles dans le champ des psychothérapies, nous pouvons en dégager deux grands axes.

1. Le premier apport de l'attachement est d'apporter un modèle de compréhension du processus relationnel thérapeutique patient/soignant. En effet, le lien thérapeutique serait en lui-même un lien d'attachement, les systèmes d'attachement du patient et du soignant sont donc activés dans la thérapie ; cela impose donc une attention particulière aux processus interpersonnels à l'œuvre dans cette relation duelle (rejoignant les concepts de transfert et contre-transfert analytique), car cela influencerait sur la qualité de l'alliance de soin (58). Nous verrons ainsi tout à l'heure que l'attachement peut nous aider à comprendre les difficultés d'alliance et d'investissement dans le soin des sujets anorexiques.
2. Le deuxième intérêt de l'attachement au plan thérapeutique est de servir comme outil de soin, à plusieurs niveaux. En premier lieu, l'évaluation du profil d'attachement du patient nous servira à adapter et personnaliser le type d'intervention thérapeutique en fonction (58). Egalement, comme vu précédemment il s'agira de s'en servir comme outil de travail psychothérapique, évalué comme efficace dans plusieurs indications psychopathologiques (dépression, troubles de personnalité borderline...) (61,63). En outre, depuis plusieurs années l'attachement est une base pour développer des modèles d'interventions spécifiques, aussi bien chez l'enfant (thérapies narratives, thérapie familiale) que chez l'adulte (thérapie sur la mentalisation, thérapie de couple).

Nous détaillerons ces axes d'interventions cliniques « attachementistes » dans la 3^e partie, dans le champ du soin de l'anorexie mentale.

APPORT DE L'ATTACHEMENT DANS LA COMPREHENSION DES TCA

Nous avons vu qu'un attachement inséure peut constituer un facteur de vulnérabilité à divers troubles psychiques, de par les difficultés de ces sujets à construire des liens interpersonnels, à réguler leurs affects et acquérir une bonne conscience réflexive (43).

Les troubles des conduites alimentaires sont-ils fréquemment associés à une insécurité d'attachement, et comment expliquer ce lien ?

I. Styles d'attachement retrouvés dans les TCA

Selon plusieurs études, un attachement inséure serait retrouvé chez 70 à 100% des sujets anorexiques (64–66), soit une large majorité.

Les recherches actuelles attestent d'un lien statistique entre insécurité d'attachement et troubles des conduites alimentaires, sans qu'émerge un profil d'attachement prédominant (67,68). Barone & Guiducci et al. (2009) rapportent une distribution hétérogène des styles d'attachement, avec 10% de sujets sécures, 47% de patterns évitants, 17% préoccupés, et 26% désorganisés (69).

Il n'a pas été démontré de lien spécifique entre type de TCA et style d'attachement, bien que plusieurs études aillent dans le sens d'une association entre symptômes boulimiques et attachement anxieux-préoccupé, versus symptômes restrictifs et attachement évitant-détaché (67).

En effet, le style «détaché/évitant» qui se caractérise par des stratégies de désactivation d'attachement, avec évitement des affects et minimisation des signes de détresse, et un retrait relationnel, est tout à fait pertinent chez les anorexiques restrictives.

Illustrant cela, voici le cas de Mlle C., patiente de 28 ans, prise en charge en hospitalisation pour une anorexie restrictive pure ayant entraîné une perte de poids importante.

Dans son abord, on est frappé au premier plan par une apparente « froideur » affective, par son faciès amimique et un discours apparaissant opératoire, factuel, les entretiens étaient centrés sur le « concret » (évolution de poids, cadre des soins...). Pour mieux comprendre son style d'attachement, nous la questionnons sur ses liens familiaux, qu'elle nous décrit en termes pratiques (lieu de vie, fréquence de leurs entrevues) et non affectifs. Elle évoquera plus tard au cours du suivi son sentiment d'une faible disponibilité affective de leur part, qu'elle relie à leurs problématiques addictives (consommation alcoolique du père, addiction aux benzodiazépines chez sa mère). La dimension d'évitement que l'on repère chez cette patiente se retrouve autant au niveau de la forme du discours que sur le fond (évitement des sujets connotés affectivement), mais aussi par un évitement relationnel, dans sa vie personnelle (repli social majeur, absence de liens amoureux), mais aussi dans les soins (nombreuses absences en consultation, forte minimisation de ses symptômes, faible demande d'aide apparente). Nous verrons ci-après comment ces comportements de retrait viennent impacter le soin, et comment ils peuvent être travaillés.

A l'inverse, le style d'attachement « préoccupé », qui se caractérise par une hyperactivation émotionnelle avec débordement des affects, exagération des signes de détresse, et des angoisses d'abandon, correspond au profil clinique d'une grande majorité de patientes boulimiques.

Vignette clinique:

Mlle J., 17 ans, est hospitalisée pour un TCA mixte avec conduites boulimiques, requérant une mise à distance familiale au début de l'hospitalisation au vu de l'ampleur des dysfonctionnements systémiques constatés alors (conflits, épuisement de la famille).

Cette « séparation » familiale fut vécue très difficilement, avec beaucoup d'angoisse, s'exprimant au plan physique sur l'augmentation des conduites d'hyperactivité (station debout permanente, marche active dans les couloirs) et de la restriction alimentaire.

Les contacts familiaux (visites, téléphone) ensuite rétablis, les attitudes de la patiente étaient très ambivalentes envers ses parents, entre recherche de leur attention (tricotant de nombreux accessoires à leur offrir ensuite) et rejet (pouvant leur dire en entretien, « de toute façon vous ne m'aimez pas puisque vous m'avez hospitalisée »). Aussi, sa mère semblait en difficulté pour rassurer sa fille dans les moments anxieux, étant elle-même fortement angoissée par sa maigreur et fragilité physique.

Ces caractéristiques relationnelles apparaissent évocatrices d'un attachement insécuré-préoccupé, la situation de séparation venant probablement en renforcer la fragilité.

Plutôt qu'un lien entre type de TCA et catégories d'attachement, plusieurs travaux suggèrent une tendance d'association entre insécurité d'attachement et sévérité des symptômes alimentaires, notamment le degré d'insatisfaction corporelle. (70,71)

Aussi, les comorbidités associées au TCA moduleraient le profil d'attachement (anxiodépression et trouble de personnalité limite associés à un attachement préoccupé). (72)

Pour résumer, « tous les travaux concordent en faveur de l'existence d'un attachement insécurisé, qu'il soit de type préoccupé ou détaché, chez la plupart des sujets présentant des conduites addictives ou des troubles des conduites alimentaires » (Atger, 2007) (35):
quelles hypothèses explicatives de ce lien retrouve-t-on dans la littérature ?

II. Liens entre attachement et psychopathologie des TCA

Un attachement de type insécuré est fréquemment retrouvé dans l'anorexie mentale ; par quels mécanismes cette insécurité serait spécifiquement impliquée dans l'apparition ou le maintien d'une symptomatologie anorexique?

A. Modèle de vulnérabilité ou de résilience

L'insécurité d'attachement n'étant pas spécifique à la pathologie anorexique, elle ne constituerait pas un facteur de causalité direct, mais plutôt un facteur de risque. (73)

Aussi, Zachrisson et al. (2006), reprenant le concept de résilience décrit par Cyrulnik, suggèrent ainsi que le style d'attachement du patient peut moduler sa capacité à faire face à la souffrance engendrée par la maladie anorexique : en particulier, les sujets « évitants » y seraient plus vulnérables, leur fonctionnement psychique étant l'exclusion défensive des affects, il leur serait plus difficile de gérer la détresse émotionnelle liée à la maladie (74).

B. Ponts avec les théories psychodynamiques

On peut retrouver de nombreux liens entre les notions d'insécurité d'attachement, de défaillance narcissique et de conflit entre dépendance et autonomie, théorisés dans l'anorexie par plusieurs auteurs psychanalytiques:

Hilde Bruch en 1973, considérait les défaillances narcissiques dans l'anorexie mentale comme conséquence de perturbations précoces des liens mère-enfant, à un stade pré-œdipien. A l'adolescence, cette fragilité relationnelle empêchera le processus d'autonomisation vis-à-vis des modèles parentaux, et viendra s'exprimer au plan physique et corporel (7).

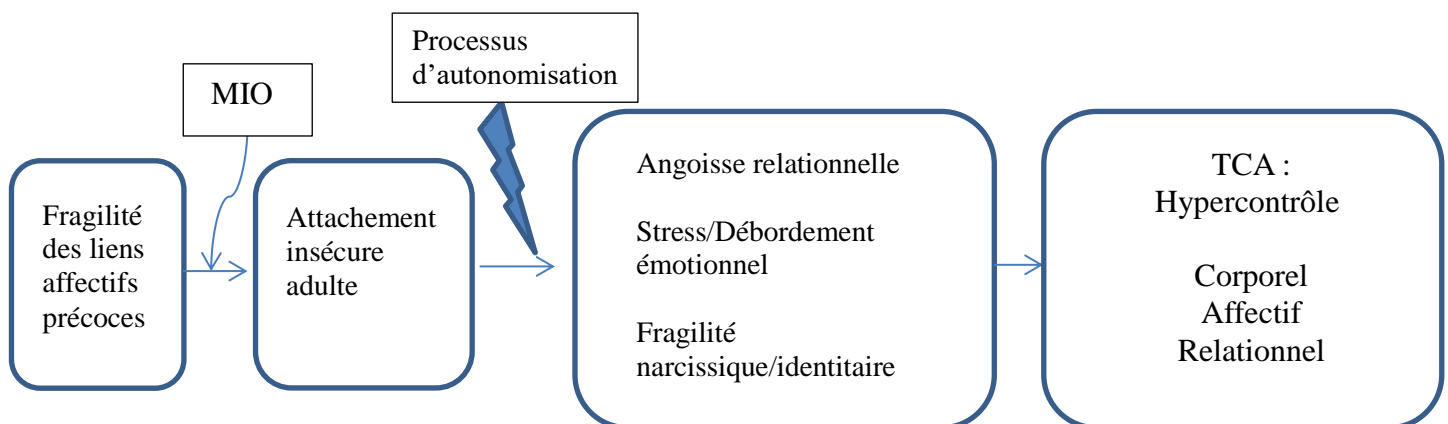
Egalement, selon M. Palazzoli (1978) l'internalisation dans l'enfance d'un modèle relationnel parental hyper-contrôlant favorisera l'adolescent à s'identifier à ce modèle, le symptôme anorexique aura pour rôle de réguler son anxiété face aux changements corporels et psychologiques de l'adolescence, en contrôlant son développement physique, c'est-à-dire en restant maigre et asexué(e) (9).

J. Masterson (1967) aborde aussi l'influence d'expériences précoces de menace de séparation sur le développement d'une angoisse d'abandon chez l'adolescent : la problématique anorexique transformerait cette peur en évitement de la maturité physique corporelle, équivalant à un évitement de développement d'un Soi psychique adulte (75).

Au regard de l'attachement, ces différentes théories soulignent l'idée qu'un lien de proximité inadaptée avec la figure d'attachement viendra limiter les capacités d'adaptation du sujet anorexique face au stress des séparations inhérentes à son autonomisation.

Ainsi pour reprendre Jeammet, les sujets anorexiques ne disposent pas d'une réalité interne suffisamment sécurisante pour s'y appuyer en cas de difficulté, et vont alors développer une problématique d'attachement insécure, les caractéristiques anorexiques comme l'importance majeure du poids et de l'apparence physique dans l'estime de soi pouvant en être interprétés comme le reflet (6).

Ce schéma vient résumer ainsi ces différents concepts :



C. Théories cognitives

1. Trouble de la régulation des émotions

Selon Bowlby, la qualité des interactions émotionnelles dans l'enfance revêt une place importante dans le développement affectif du sujet. Cela semble notamment pertinent à prendre en compte dans l'anorexie mentale, au vu des grandes difficultés de régulation des émotions chez ces sujets.

En effet, Carraz évoque dans les TCA une incapacité à gérer les émotions et un « refus » émotionnel (phobique), le sujet cherchant alors à réduire l'angoisse liée aux affects par plusieurs stratégies possibles: hypercontrôle émotionnel (rejoignant le concept d'alexithymie); dissociation par clivage aboutissant à l'intellectualisation des affects; anesthésie affective avec recours à un objet extérieur (modèle des conduites addictives). Ainsi, la dimension addictive des TCA avec recherche de sensations physiques corporelles (dont l'hyperactivité), ainsi que l'hypercontrôle du corps et des émotions, seraient des stratégies pour réguler et apaiser l'angoisse liée au débordement des affects. (76,77)

Pour certains auteurs, les symptômes alimentaires seraient l'expression directe des processus émotionnels sous-tendus par le style d'attachement du sujet: par exemple, le comportement restrictif serait une forme de retrait et distance émotionnelle caractéristique des profils d'attachement évitant-détaché, avec inhibition de la colère associée (74). Tasca et al. (2009) retrouvent un lien entre attachement anxieux et TCA, médié par les stratégies d'hyper ou hypo-activation affective liées au profil d'attachement (78).

Cela rejoint les concepts de Winnicott sur le rôle des relations avec autrui dans le développement et la gestion des émotions (51).

2. Défaillance de la fonction réflexive (ou mentalisation)

Nous avons explicité dans la partie théorique que le développement de la fonction réflexive, permettant à l'individu de se comprendre soi et comprendre les autres, est lié à la qualité des expériences affectives précoces (31).

Plusieurs auteurs évoquent que la fragilité affective des sujets anorexiques résulterait d'une défaillance du processus de mentalisation : selon Sharp et al. (2009), un sujet dont les expériences insécures dans ses liens d'attachement ne lui ont pas permis de construire une représentation différenciée de soi et des autres, va avoir une capacité de mentalisation altérée, il aura donc tendance à interpréter de manière erronée ses difficultés émotionnelles et les transformer en problèmes physiques, passant alors par des stratégies de contrôle alimentaire pour les soulager (79).

Une autre conséquence de la difficulté de mentalisation dans les TCA est l'impact sur les relations interpersonnelles, la difficulté à comprendre et interpréter les émotions d'autrui entraînant alors de possibles ruptures de liens relationnels (80).

Kuipers et al. (2012) retrouvent un lien entre insécurité d'attachement et défaut de mentalisation dans les TCA surtout en cas de comorbidité de type trouble de personnalité borderline associé (65).

Cela rejoint les travaux sur la théorie de l'esprit dans les TCA : ainsi Russell et al. (2009) évoquent un défaut d'accès à la conscience cognitive et de décodage mental inconscient des émotions des autres chez les sujets anorexiques (81).

Aussi, plusieurs travaux évoquent que les difficultés d'accès aux émotions dans les TCA expliqueraient les liens entre insécurité d'attachement et troubles corporels dont nous allons parler maintenant (82–84).

3. Trouble de l'image corporelle et degré d'insatisfaction corporelle

Troisi et al. (2006) invoquent le rôle des expériences précoces d'attachement dans le développement ultérieur du modèle (MIO) de soi, notamment concernant l'estime de soi et du corps (82).

En outre, plusieurs travaux décrivent un lien entre dimension anxieuse d'attachement et sévérité du TCA, notamment le degré du trouble de l'image du corps. (66)

Hardit et al.(2012) développent un modèle tripartite expliquant ce lien entre anxiété d'attachement (qui rend l'individu particulièrement sensible au regard de l'autre) et insatisfaction de l'image du corps, médié donc par trois facteurs d'influence (85):

- Influences culturelles, les patient(e)s insécures ayant plus tendance à idéaliser les modèles de beauté présentés par les médias
- Influences parentales, les patients insécures-anxieux décrivant avoir reçu moins de soutien affectif dans l'enfance, notamment par le biais de critiques ou discours négatifs quant au poids.
- Influence des pairs (plus grande sensibilité aux critiques des pairs quant à leur image et leur poids).

Aussi, Skårderud et al. évoquent que le défaut de conscience réflexive des sujets anorexiques passe aussi par le corps, vu leur tendance à associer immédiatement vécu corporel et psychique, le «c'est comme si» devient «c'est comme ça», la représentation corporelle n'est plus représentation mais devient réalité (80). De plus, au vu de leurs difficultés à «se vivre de l'intérieur », les patients anorexiques vont s'appuyer sur le corps et la perception corporelle comme structure identitaire («se penser par le corps» exclusivement). L'anorexie est donc caractérisée, comme disait Bruch (7), par un trouble de la conscience, de la perception et représentation corporelle, concept repris de nos jours par de nombreuses recherches neuroscientifiques (86,87).

4. Traits de personnalité pathologiques

Dakanalis et al. (2013) évoquent un lien entre l'existence d'un perfectionnisme rigide inadapté et une insécurité d'attachement dans les TCA. Ce « perfectionnisme inadapté » (Boone, « maladaptive perfectionism ») signifie que le sujet va se fixer des objectifs personnels très élevés, irréalisables, avec une tendance autocritique associée (88,89).

Ce trait de personnalité trouverait racine dans les interactions précoces avec la figure d'attachement: en cas d'attachement anxieux, l'enfant recherche la validation de ses actions par le caregiver, mais ne l'obtient pas, ce dernier ayant de hautes exigences n'apparaît pas satisfait des efforts de l'enfant. Ainsi, l'enfant va internaliser ce sentiment de déception parentale, et chercher à atteindre la perfection, afin de pouvoir gagner reconnaissance et amour du parent. A l'inverse en cas d'attachement évitant, l'enfant perçoit que sa figure d'attachement n'est pas disponible ou rejetante, il va alors tenter d'atteindre la perfection afin d'éviter à nouveau d'être rejeté, et aussi afin de faire face à son sentiment interne d'incapacité et d'imperfection (stratégie défensive contre un défaut d'estime de soi majeur et menaçant l'intégrité du Moi du sujet) (89).

L'existence de ce perfectionnisme « inadapté » pourrait être prédictive d'une symptomatologie alimentaire plus sévère, de par son impact sur la difficulté à tisser et maintenir des relations sociales chez ces sujets (90,91).

D. Difficultés interpersonnelles

Les sujets sécures ont internalisé un modèle positif de soi et des autres qui leur permet de pouvoir faire confiance en l'autre, dans une relation de « dépendance adaptée », n'ayant pas de difficultés vis-à-vis de l'intimité ou des séparations.

Dans les TCA, on retrouve fréquemment des caractéristiques d'un attachement insécuré dans les relations adultes réciproques : des angoisses de séparation, une demande compulsive d'aide de l'autre, évocateurs d'un mode d'attachement ambivalent, ou bien une

attitude de retrait agressif, une peur de l'intrusion de l'autre, caractéristiques d'un mode évitant (67).

Il existerait donc un lien direct entre insécurité interne et difficultés relationnelles dans les TCA: Corcos décrit bien que l'aspect paradoxal de leur relation à la nourriture se retrouve dans les relations aux autres, et évoque cette difficulté de lien comme révélateur d'un conflit interne entre dépendance et autonomie. (6)

Egalement, O'Kearney (1996) évoque que les symptômes alimentaires seraient à la fois une expression d'évitement et d'angoisse vis-à-vis des relations interpersonnelles, correspondant respectivement aux patterns d'attachement évitant et préoccupé (73).

Aussi, comme abordé plus haut, un attachement insécuré rendrait les sujets anorexiques plus sensibles aux comparaisons avec les pairs, ceci ayant alors une influence sur leur degré d'insatisfaction corporelle (85,92).

Des études ont également évoqué que les difficultés interpersonnelles entre l'anorexique et ses parents s'expliqueraient par des difficultés de mentalisation familiales, comme nous le verrons ci-après (93).

E. Abord familial et transgénérationnel

Les travaux autour de l'abord familial de l'attachement dans les TCA ont fait l'objet d'un vaste champ de recherches ; notre sujet ne se veut pas spécifique de ce thème, nous nous limiterons donc à en aborder les grands concepts et résultats d'études.

Globalement, les travaux autour de l'attachement au plan familial peuvent s'intégrer dans une perspective psychodynamique ou systémique.

Pour Minuchin, les familles décrites comme flexibles seraient associées au développement de patterns d'attachement sécurisé au plan individuel. Les familles désengagées seraient associées au développement d'un pattern évitant et les familles enchevêtrées aux patterns ambivalents-préoccupés (8).

Les représentations d'attachement familiales intériorisées par les sujets anorexiques seraient caractérisés par une pauvreté de la qualité des soins parentaux, et une instabilité des comportements émotionnels (94,95). Kenny & Hart (1992) établissent aussi un lien entre un faible support parental perçu, notamment au moment du processus d'autonomisation, et le développement de symptômes tels que la quête de minceur et les conduites boulimiques (73). Ramacciotti et al. (2001) résumant que l'insécurité et le défaut d'estime de soi retrouvés chez les sujets anorexiques seraient corrélés aux perturbations des interactions infantiles parent-enfant (64).

Ward et al. (2001) font l'hypothèse d'une transmission transgénérationnelle du style d'attachement dans les TCA, notamment entre mère et fille : ils retrouvent chez des dyades mère-fille une concordance de style d'attachement évitant, une difficulté commune de gestion émotionnelle et de mentalisation, qui pourraient constituer des facteurs de risque de développer des symptômes anorexiques (96,97).

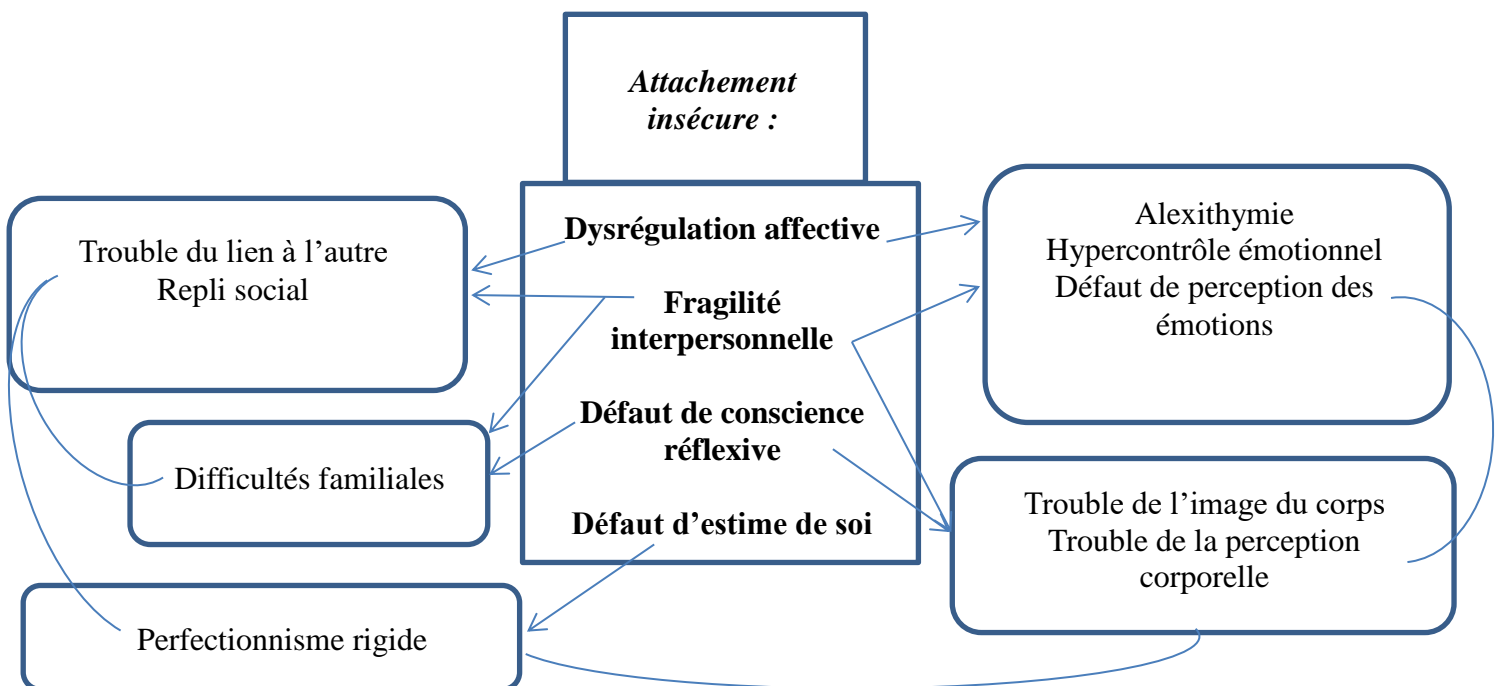
Ringer & Crittenden (2007) suggèrent, dans une perspective systémique, que des conflits familiaux non résolus, ainsi que des histoires familiales traumatiques, contribueraient au développement d'une insécurité interne et d'une symptomatologie anorexique (98).

Dallos (2008), étudiant les discours narratifs de familles de sujets anorexiques, a retrouvé une transmission transgénérationnelle des représentations associées à la nourriture (valeur négative attribuée à l'alimentation, peu de souvenirs de repas conviviaux, etc.), ce qui évoque l'impact majeur de l'internalisation des représentations alimentaires familiales dans la construction psychique de ses membres (95).

Cependant, comme le soulignait H. Bruch, les dysfonctions familiales ne suffisent pas en elles-mêmes à expliquer les troubles des conduites alimentaires, mais permettent plutôt de comprendre le cadre dans lequel ont lieu les difficultés alimentaires et les perturbations interpersonnelles associées (93).

F. Conclusion

L'établissement précoce d'un sentiment de sécurité interne permettant la construction de soi et de liens affectifs semble défaillant dans l'anorexie (70). Cela serait médié par de nombreux facteurs, externes (qualité des liens interpersonnels établis) et internes (au plan psycho-cognitif), les deux se recoupant, ce que résume le schéma suivant :



Il apparaît que la théorie de l'attachement permet dans la clinique des TCA de mieux en comprendre certains aspects de fonctionnement, notamment dans leurs relations interpersonnelles, leurs stratégies affectives et de gestion des émotions.

Nous allons voir en quoi ces liens explicatifs entre attachement et psychopathologie des TCA sont intéressantes et applicables dans nos pratiques de soin.

APPORTS DE L'ATTACHEMENT DANS LE SOIN DE L'ANOREXIE

I. Quelles difficultés rencontrées dans le soin des TCA ?

Bien qu'actuellement structurée par des recommandations de bonnes pratiques, la prise en charge des TCA s'avère complexe, de par certains aspects psychopathologiques inhérents à la maladie, mais aussi en lien avec nos pratiques et attitudes soignantes.

En pratique, à quels obstacles sont confrontés les soignants prenant en charge des patients souffrant de TCA, et comment les expliquer ?

A. Une demande de soins ambivalente

La première difficulté majeure, est le faible taux de recours aux soins des patient(e)s anorexiques, estimé selon plusieurs études entre 25 et 50% seulement (99). Parmi ceux venant aux soins, ils (elles) ont également du mal à les investir : on évalue qu'environ 50% des patients interrompent leur suivi précocement (100). Cela semble s'expliquer par plusieurs traits psychopathologiques du fonctionnement anorexique.

En premier lieu, le déni des troubles, majeur surtout aux premières phases de leur évolution, vient freiner toute demande de soin (101). Egalement, leur grande fragilité narcissique et défaut d'estime de soi entraîne un sentiment de honte, de culpabilité, d'où un retrait relationnel.

Les difficultés des patient(e)s à reconnaître, comprendre et verbaliser leurs émotions, évoquées par Nandrino (77) sous le concept d'alexithymie, au cœur de la problématique anorexique (Bruch, 1962), viennent aussi compliquer le travail psychothérapeutique (7), les soignants ayant le sentiment d'un « verrouillage affectif » maîtrisé du patient en face.

Aussi, vu leurs difficultés de lien à l'autre, leur ambivalence entre demande massive et évitement de toute relation humaine, on comprend que la création d'une alliance thérapeutique s'avèrera difficile, pouvant aboutir à des interruptions précoces de suivi, ou des « demandes détournées » de soin.

Illustrant cette ambivalence relationnelle, citons l'exemple de Mlle A., cette jeune patiente anorexique de 21 ans qui, bien qu'ayant interrompu son suivi ambulatoire psychothérapeutique au centre de consultations de l'hôpital, continue d'y venir régulièrement, se baladant dans le hall d'accueil, ou venant rendre visite à des patientes hospitalisées... Cette (non-)demande de soin, ambivalente, semblait chez elle faire écho à sa difficulté d'autonomisation vis-à-vis des figures parentales. On retrouvait un environnement familial de « surprotection », d'inquiétudes mutuelles, fonctionnant de manière auto-centrée, qui semblait en effet avoir favorisé chez elle un mode relationnel insécuré « évitant » basé sur un manque de confiance en autrui, envers le monde extérieur.

En pratique, nous verrons plus loin comment faire face à cette ambivalence: peut-on « faire avec » le fonctionnement d'attachement de la patiente en l'aidant à en prendre conscience ? Ou bien est-il nécessaire d'y confronter un cadre ferme affirmant la nécessité du soin?

B. Des ressentis négatifs soignants

Comme ont pu le souligner différents auteurs comme Nicole Guédeney ou Mauricio Cortina, une autre difficulté dans la prise en soin de l'anorexie mentale réside dans les représentations et attitudes des soignants vis-à-vis des patients (102).

En effet, l'anorexie mentale peut venir « dérouter » le soignant de par sa complexité de fonctionnement, mais aussi de par sa gravité (rappelons que l'anorexie est le trouble mental qui possède le plus fort taux de mortalité selon Harris (2)), pouvant donc engendrer des angoisses de mort importantes chez les soignants.

Les ressentis, représentations et attitudes envers le patient (appelés aussi contre-transfert, ou contre-attitudes) sont inhérents à la relation thérapeutique, spontanés et incontournables, et peuvent avoir une influence néfaste sur l'efficacité des soins (101): il est donc nécessaire d'y être attentifs, et les reconnaître.

Dans le soin des TCA, sont fréquemment retrouvées des contre-attitudes négatives, telles que :

- Vécu d'angoisse, de par la vulnérabilité physique des patients; le risque étant une minimisation de la pathologie voire même un certain déni de la part du soignant.
- Fascination, par la position de toute-puissance que le patient projette.
- Culpabilité, remise en question de ses capacités soignantes devant un éventuel « échec » thérapeutique (sentiment d'impuissance, de « ne pouvoir rien faire »)
- Agressivité, en miroir face à celle de l'anorexique tournée contre elle-même ; peut alors s'engager un réel rapport de force, des attitudes de défi entre soignant et patient, un rejet mutuel.
- Désir de protection, dans une position « maternante » de soin.

Illustrant le contre-transfert, voici le cas de Mlle D, 22 ans, suivie en HDJ pour un TCA restrictif pur.

Sa prise en charge en hospitalisation fut particulièrement difficile car malgré un engagement et une assiduité dans le contrat de soin, son attitude était à l'opposé marquée par une agressivité envers les soignants et des attitudes de refus, notamment au plan alimentaire: la patiente semblait venir pour pouvoir mieux leur dire « vous êtes mauvais ».

Ainsi mis à mal dans leur fonction soignante, les contre-attitudes envers la patiente furent intenses, avec un rejet en miroir, un sentiment d'impuissance thérapeutique, les soignants questionnant l'intérêt de poursuivre les soins pour cette patiente qui semblait tout

mettre en échec. Ces attitudes négatives étaient probablement renforcées aussi par la vulnérabilité physique de la patiente, en état de dénutrition sévère, entraînant un fort sentiment d'angoisse chez les soignants. (Nous poursuivrons le cas de cette patiente en page 64 et 68 afin de voir comment ont pu être travaillés ces difficultés d'alliance de soin).

Les soignants se retrouvent ainsi confrontés à la difficile prise en charge de patients apparaissant peu en demande de soin malgré une nécessité criante au vu de leur état physique dangereux. Etablir une relation thérapeutique de qualité est un des objectifs majeurs du soin des TCA (et en serait même un facteur prédictif de succès selon Treasure et al. (103)) : nous allons voir que cette relation vient faire résonance avec la dimension d'attachement du patient et mérite donc notre attention.

Considérant les hypothèses de liens entre attachement insécuré et TCA décrits précédemment, quel type d'éclairage peut nous apporter l'attachement dans le processus relationnel thérapeutique établi avec les patient(e)s anorexiques ?

En quoi l'attachement aide à comprendre leurs difficultés d'adhésion aux soins et les résistances au changement ? Comment utiliser les outils de l'attachement pour en éviter les écueils dans le soin ?

I. L'attachement dans la relation thérapeutique avec les anorexiques

A. Liens entre attachement, alliance, transfert

Le concept d'alliance thérapeutique, développé initialement par Freud, correspond au processus interpersonnel inhérent à la relation entre le patient et le thérapeute. Comme l'ont illustré de nombreuses études, cette alliance est un concept-clé dans le soin, de par son rôle dans l'efficacité de la thérapie.

L'alliance thérapeutique correspond à un processus de co-construction, et comprend l'accord sur les objectifs thérapeutiques et les moyens d'y parvenir. Elle implique un lien positif entre les deux partenaires, qui dépend en partie de l'attitude du thérapeute et sa capacité à accueillir la détresse du patient avec sincérité et authenticité. Le thérapeute a donc un rôle d'accompagnement actif, pouvant accueillir des émotions intenses et douloureuses, et manifestant une capacité d'empathie ; il apparaît disponible, fiable, stable, prérequis indispensables à l'établissement d'un lien de confiance (25).

Ainsi, cette jeune patiente suivie en hôpital de jour pour anorexie restrictive, évoquait l'importance de la relation thérapeutique établie avec les infirmières de l'unité comme ceci :

« Elles nous comprennent, elles nous écoutent et si je dis que je me sens énorme elles vont pas dire « oh c'est n'importe quoi » elles vont me rassurer, sans me juger... Je sais qu'ici si ça va pas je peux parler. Y'a des personnes qui me comprennent. »

Ce partenariat de soins est théorisé au regard de l'attachement sous le concept de «base de sécurité» (Bowlby, 1988), et apparaît comme l'objectif initial et indispensable de toute psychothérapie.

Le thérapeute jouerait en effet symboliquement un rôle de figure parentale. Dans cette idée, les attitudes du thérapeute visent à favoriser l'attachement, afin de répondre au besoin de recherche d'aide émanant du patient. Ce dernier va projeter sur le thérapeute ses modèles internes opérants, et va venir « rejouer » avec le soignant les expériences précoces relationnelles qu'il a vécues avec ses figures d'attachement (19).

Ainsi, le pattern d'attachement du patient influencerait sur le mode d'interaction entre les deux partenaires de soin: les patients sécures, confiants dans leur lien à autrui, seraient plus en capacité de développer une alliance de soin de bonne qualité, et de maintenir ce lien en évitant d'éventuelles ruptures de suivi (59).

Ces notions font écho aux concepts de Winnicott et de Bion, selon qui la relation patient/thérapeute est proche du lien mère/enfant, avec les possibles fonctions de « *handling* », « *holding* » et « *containing* » jouées dans le soin (51). Selon Freud également, une relation transférentielle positive serait basée sur les « imagos » parentaux de l'enfance, que le patient va « transférer » sur la personne de l'analyste. Il souligne aussi l'importance majeure de ce lien transférentiel dans le succès de la thérapie, et de manière précoce avant de pouvoir travailler et analyser les blocages et résistances intervenant dans le processus thérapeutique (104).

Ainsi, reprenant les termes de Holmes, la relation thérapeutique est en elle-même une exploration in vivo de l'attachement, cette relation activant donc le système d'attachement du patient, mais aussi du soignant comme nous le verrons ci-après (61).

Comment comprendre alors les difficultés d'alliance et d'adhésion aux soins rencontrées si fréquemment avec les patients souffrant de TCA ?

B. Eclairage sur les difficultés d'alliance thérapeutique avec les patient(e)s anorexiques

1. L'insécurité, obstacle à l'alliance de soins

On peut lier les difficultés d'alliance et adhésion aux soins des patients anorexiques à leurs expériences d'attachement antérieures dysfonctionnelles.

Selon Tereno et al. (2008), les patients anorexiques ayant une alliance de soin de qualité ont plus de souvenirs positifs de soutien parental : il existe une association entre un vécu de sécurité dans l'attachement thérapeutique et dans les représentations parentales (68). De par leur construction d'une vision négative de soi et des autres, ces patients insécures seraient donc enclins à former une alliance négative, à faire peu confiance aux soignants voire être hostiles envers eux (105).

2. Difficulté de la demande d'aide

La démarche d'entreprendre des soins médicaux/psychiatriques réveille une dimension spécifique du système d'attachement : le fait de demander de l'aide à un personnage supposé être « plus sage » et « plus fort ». En effet, les sentiments de vulnérabilité inhérents à la maladie activent le système d'attachement, qui va influencer les comportements du patient dans sa façon d'exprimer ses symptômes, et dans sa recherche de soins: le sujet a-t-il le sentiment de mériter des soins et peut-il faire confiance aux autres pour les lui fournir (25)?

Le style d'attachement du patient va donc conditionner la recherche d'aide auprès des professionnels de santé.

Selon Dozier et al., les patients sécures seraient plus compliants, adhérents et en demande de soins. Un attachement de type insécure serait associé à un défaut de

reconnaissance des patients de leurs difficultés et une incapacité de demande d'aide, notamment en cas de profil « évitant » (106).

Dans la pratique clinique, la grande difficulté de demande de soin des sujets anorexiques s'expliquerait donc par leur vécu d'insécurité et leur faible confiance dans les liens relationnels. Aussi, la problématique du déni de la pathologie anorexique résulterait selon plusieurs auteurs d'un trouble de la conscience de soi et du corps (Vandereycken, Hilde Bruch), cette défaillance de fonction réflexive résultant des expériences d'attachement inséculaires antérieures (101).

On peut ainsi citer cette patiente de 45 ans suivie en HDJ pour une anorexie restrictive, expliquant l'importance du déni de sa maigreur dans son accès tardif aux soins, au bout de 25 années de maladie seulement : « Pour moi, quand on me dit « t'es maigre », ben pour moi je suis pas maigre... enfin si, je le sais parce que je mets des pantalons 10-12 ans, donc c'est pas normal, mais quand je vois les autres je me dis « elles sont très maigres, je suis pas comme ça ! »

Aussi, leur fragilité narcissique et insécurité interne peuvent favoriser un sentiment de « ne pas mériter des soins », et en retarder ainsi l'accès.

Ainsi, cette patiente suivie en hospitalisation de jour évoquait sa difficulté à s'engager dans le suivi initialement, de par un sentiment de honte, culpabilité, voire d'indignité :

« Au début je pensais : est-ce que j'ai ma place ici, je suis pas assez maigre pour être là, je mérite pas vraiment les soins,... je suis pas malade par rapport à des filles qui souffrent plus ».

Cette patiente de 24 ans souffrait d'un trouble anorexique restrictif depuis environ 6 ans, mais n'avait jamais sollicité d'aide pour cela. Plusieurs facteurs s'associaient pour tenter d'expliquer cette non-demande d'aide : déni du trouble, fragilité narcissique et thymique (traits dépressifs associés), non conscience du trouble par l'entourage. On notait

aussi un fonctionnement de personnalité « auto-sacrificiel », la patiente évoquant en effet le bénéfice des soins non pas pour elle mais pour ses proches : « ça va leur faire du bien, j'ai envie de laisser ma famille tranquille sans moi. »

Le style relationnel de cette patiente évoquait un attachement insécure, de par son attitude dans les soins (évitement des liens aux autres patientes, désinvestissement émotionnel dans le discours, grande minimisation de ses difficultés), mais aussi son discours « désengagé » envers ses parents (disant de son père « il est jamais là...trop occupé au travail...ou alors il me crie dessus », et de sa mère « elle est trop stressée, elle comprend pas... ») : son vécu de rejet et d'incompréhension anxieuse de ses parents traduit assez bien ce défaut d'ancrage sécure dans les liens affectifs.

3. Difficultés lors des ruptures et changements dans la thérapie

Bowlby évoquait dans son ouvrage (« *A secure base* ») que les patients insécures vont manifester lors des interruptions dans la thérapie des émotions de colère ou tristesse, en lien avec une peur d'abandon du thérapeute : cette situation réactiverait en fait une expérience précoce de frustration vécue dans le lien avec une figure d'attachement.

En effet en pratique, les sujets anorexiques sont très sensibles aux changements de thérapeutes et soignants dans le suivi. Notamment plusieurs patientes que j'ai eu l'occasion de rencontrer ont pu exprimer leur frustration et désarroi lié au changement des internes, ayant lieu tous les six mois selon la formation universitaire, venant alors rejouer pour certain(e)s un vécu anxiogène de rupture de liens.

En effet, selon cette patiente suivie en hospitalisation de jour pour un TCA restrictif, « je m'étais habituée à l'ancienne interne, donc du coup elle savait mon vécu. Et du coup, là plus rien,... c'est comme si ça se stoppe et ça recommence à zéro...comme s'il n'y avait plus de

continuité. » Elle expliquait ainsi un désarroi d'autant plus important qu'il s'agissait pour elle d'un premier contact avec les soins, d'où un investissement relationnel majeur.

Egalement, les situations d'interruptions dans le suivi sont vécues difficilement, par exemple lors de congés ou arrêt maladie d'un soignant, de fermeture d'un service lors de vacances scolaires, etc.

Ce fut le cas de Mlle L., patiente de 18 ans suivie en HDJ pour un trouble anorexique restrictif, qui vivait la perspective de l'interruption de l'hospitalisation en période scolaire comme particulièrement anxiogène. Le suivi était alors bien engagé au plan psychothérapeutique, et bien qu'élaborant difficilement ses désirs et demandes, elle a pu alors solliciter de la part du psychiatre un maintien du suivi en consultation pour pallier à cette discontinuité. Cela ne semblait pas chez cette patiente refléter une peur de l'abandon mais plutôt une quête de soutien narcissique (et peur d'effondrement psychique en cas d'interruption du lien), notamment en cette période de fêtes de Noël l'amenant à se reconfronter à un vécu de relations familiales insécures.

Aussi très sensibles aux changements des modalités et lieux de soins, on observe parfois chez des patients anorexiques hospitalisés pour qui une sortie de l'hôpital se profile, une stagnation pondérale voire une régression symptomatologique, manifestation corporelle directe de leur vécu d'angoisse.

Reprenons la situation de Mlle L., dont l'évolution pondérale et symptomatologique fut très favorable au cours du suivi, jusqu'à l'établissement d'un projet de poursuite des soins vers une autre structure médico-universitaire afin de réinvestir sa scolarité : dès lors, son poids s'est arrêté de progresser pour se maintenir aux alentours d'un IMC de 15.5, alors que l'admission dans ce centre de soins était conditionné par l'acquisition d'un poids minimal

correspondant à un IMC à 16. La patiente a pu secondairement verbaliser son angoisse face à cette perspective de changements (de lieu, d'intervenants,...) : activant alors son système d'attachement, son insécurité interne limitait sa capacité à faire face à ce stress sans débordement émotionnel (se traduisant alors au plan alimentaire). Il est intéressant de souligner que cette patiente évolua favorablement, permettant son admission dans cette clinique dans de bonnes conditions, ce qui fut certainement favorisé par notre propre confiance et sentiment de sécurité envers ce service avec qui nous collaborions régulièrement.

4. Difficultés dans les soins selon le style d'attachement du patient

Selon leur profil d'attachement, les patient(e)s anorexiques se comportent différemment dans les soins, comme l'évoquent Ardochini et al. (55).

En cas d'attachement insécuré-évitant, les frustrations vécues dans l'enfance dans ses demandes d'aide ont rendu l'individu défensif vis-à-vis de ses liens et besoins d'attachement : ainsi, la capacité de faire confiance à l'autre en est altérée. Le sujet va donc agir par des comportements d'évitement relationnel afin de réduire le risque d'être déçu par autrui et de vivre à nouveau des expériences douloureuses d'abandon. Les demandes et attentes du patient envers le soin sont donc faibles, mais non exprimées comme telles : ce scepticisme n'apparaîtra qu'indirectement, le patient demandant au thérapeute uniquement informations, stratégies comportementales et outils pratiques quant aux symptômes alimentaires, mais sans engagement émotionnel dans la thérapie. Cela pourra aussi se traduire par une stratégie de « faux-self » avec pseudo-compliance et alliance thérapeutique superficielle (102).

En pratique, on retrouve ces types de profils plutôt dans le cas de troubles alimentaires restrictifs purs plutôt que boulimiques, associés à un grand contrôle émotionnel. Chez ces patients la construction de l'alliance est fastidieuse de par leur peur d'être trahi par le

thérapeute, les faibles attentes de soins, les difficultés à parler de soi et à s'approprier les outils thérapeutiques apportés (56,62) ; selon Daniel et al., le risque est grand alors d'un arrêt prématuré de suivi, leur fonctionnement évitant et « hypercontrôlant » venant y faire obstacle.

Ainsi, l'adhésion aux soins chez Mlle L, que nous avons évoqué en introduction (renvoi en page 2), nous questionna.

Au premier abord, elle apparaissait bien investir les soins, évoluant favorablement au plan alimentaire... Mais cet engagement semblait en fait « superficiel », avec une sorte de « collage » adhésif vis-à-vis des thérapeutes, comme répondant à leurs attentes : elle mettait en place les objectifs de soin établis (rééquilibration nutritionnelle, investissement d'activités de loisir, initiation d'un suivi psychologique), mais ne les investissait pas, ce qui nous apparut sur le long terme : en effet, le suivi semblait « tourner en rond », la patiente étant peu engagée émotionnellement dans les entretiens, ayant un discours « opératoire », demandant des stratégies concrètes notamment au plan diététique, sans aborder véritablement ses désirs propres...cela se traduisant par une absence d'évolution pondérale.

Il s'avère qu'elle interrompit le suivi quelques mois plus tard, illustrant bien la fragilité de l'alliance chez cette patiente au style d'attachement « évitant-désengagé ».

En pratique, cette situation nous questionna sur plusieurs aspects : comment comprendre ses difficultés relationnelles au regard de son histoire développementale, de ses expériences d'attachement passées ? Comment aurions-nous pu travailler les difficultés d'adhésion constatés dans le soin ? A posteriori, nous verrons tout à l'heure que favoriser une verbalisation des difficultés vécues dans le lien patient/soignant, ainsi qu'un travail autour des émotions, sont des outils intéressants face à ces sujets anorexiques s'engageant « en pointillés » dans le suivi.

A l'inverse, les patients préoccupés ont reçu précocement des réponses contradictoires à leurs besoins d'attachement, le sujet acquérant alors un vécu d'angoisse dans les liens interpersonnels, liée à l'incertitude de la disponibilité de la figure d'attachement. Le sujet cherchera à acquérir une proximité avec autrui, «quoi qu'il en coûte», même au détriment de son individualité propre et de son indépendance.

On retrouve ce profil en majorité chez les patients ayant des conduites boulimiques, avec une tendance à une idéalisation du thérapeute, un transfert massif posant le risque d'une situation de dépendance envers les soins.

Comme l'évoquait Bruch, les patientes boulimiques seraient plus enclines à demander de l'aide et consulter plus tôt que les patientes anorexiques restrictives (avec aussi le rôle joué par les familles, plus alarmées par les crises boulimiques et de vomissements). Plusieurs études abondent en ce sens, retrouvant chez les profils « préoccupés » plus de capacité de demande d'aide mais moins de compliance dans les soins, et aussi plus de risque d'échec des thérapies malgré un meilleur investissement émotionnel (58).

Les sujets au style d'attachement désorganisé, eux, ont souvent vécu dans le passé des traumatismes (psychologiques, physiques, sexuels), teintant les relations à l'autre d'une forte angoisse. Ce schéma est plutôt retrouvé chez les patients ayant un trouble de personnalité sévère comorbide au TCA. Etablir une relation de qualité avec ces patients constitue un véritable challenge, une grande distance est mise entre soignant et soigné, le risque étant une rupture du lien qui pourra accentuer le vécu traumatique du sujet (55).

Ainsi, le profil d'attachement des patients anorexiques apparaît pertinent pour mieux expliquer et comprendre leurs blocages et résistances dans la construction d'une alliance de soin. Il semble ainsi pertinent cliniquement d'évaluer ce profil afin d'adapter les modalités et objectifs de soin en fonction, ce que nous allons expliciter plus loin.

5. Attachement et contre-transfert dans les TCA

Les fréquentes attitudes contre-transférentielles des soignants vis-à-vis des patients anorexiques, ayant un impact sur la relation de soin, seraient en fait à comprendre sous l'angle de l'attachement comme des expériences insécures de la part du soignant.

a) Le contre-transfert : activation de l'attachement du thérapeute

Dans la relation avec le patient existe aussi une sollicitation du système d'attachement du thérapeute. En effet, la situation du premier contact avec le patient le soumet au stress de l'inconnu. Au cours du suivi, d'autres types de stress vont à la fois activer et son processus d'attachement, et son système de caregiving. La difficulté réside dans la balance et l'équilibre nécessaire entre les deux, pour pouvoir voir et accueillir la détresse du patient tout en ayant conscience de ses propres émotions et sans occulter ses éventuels besoins de protection. Ainsi, le contre-transfert peut être compris comme le ressenti émotionnel du thérapeute à l'égard du patient, négatif ou positif, qui vient activer son système d'attachement propre, influant alors sur la qualité du lien établi (19).

b) Impact de l'attachement du soignant sur les contre-attitudes

Tout comme le style et les représentations d'attachement du parent sont prédictifs de l'acquisition d'un sentiment de sécurité chez l'enfant, le style d'attachement du thérapeute est un facteur jouant dans l'établissement d'un lien « sécuritaire » avec le patient.

Globalement, il semblerait que les thérapeutes « sécuritaires » (70% selon Leiper & Casares (107)) seraient plus sensibles, disponibles et empathiques envers les patients, alors qu'en cas de profil insécure le soignant tend à avoir une réaction contre-transférentielle plus importante (108).

Les thérapeutes sécuritaires seraient aussi plus à même de remettre en question et tenter de corriger les stratégies interpersonnelles dysfonctionnelles du patient, alors qu'un soignant

insécure aura tendance à les approuver ou les valider (Levy et al., 2012) (109), risquant alors de renforcer le fonctionnement et la rigidité anorexique.

6. Eclairage sur le contre-transfert dans les TCA

Le caractère de gravité de la pathologie anorexique en termes de morbi-mortalité va venir particulièrement activer le système d'attachement des soignants, de par le risque de mort du patient. Ainsi, comme évoqué par Toman et al. (2002), plus le poids du patient est faible, plus le soignant développe une attitude surprotectrice (68). Ces contre-attitudes anxieuses seraient particulièrement observées chez les soignants insécures.

Aussi, les contre-attitudes diffèreraient selon le profil d'attachement du patient : nos ressentis soignants peuvent donc constituer un outil sémiologique afin de mieux « décoder » le fonctionnement relationnel du patient.

Ainsi face aux patients « évitants », au vu de leurs difficultés d'alliance et de confiance en l'autre, le soignant aura le sentiment de « s'ennuyer » dans la thérapie, la relation apparaissant superficielle, peu chargée en émotions : cela se retrouve particulièrement chez les patientes anorexiques restrictives, qui sont dans la maîtrise, ou ayant des traits de personnalité obsessionnels associés. Aussi, selon Hardy et al. (56), le soignant aurait tendance à réagir en face par des attitudes « en miroir », c'est-à-dire par des réponses « cognitives », plutôt qu'un travail centré sur les émotions, que ces sujets évitent.

Citons ainsi le cas de Mlle A., patiente de 17 ans, hospitalisée pour un TCA restrictif.

On notait chez elle des traits obsessionnels marqués (renforcés par la dénutrition actuelle), tant au plan cognitif que dans son comportement alimentaire. Notamment, les entretiens avec elle étaient très ritualisés, notre sentiment soignant était que la patiente en avait la maîtrise, « verrouillant » toute émotion, avec un discours centré autour du poids, des objectifs nutritionnels, du contrat de soins établi, des horaires de visite...

Il fut décidé de mettre en place une psychothérapie cognitivo-comportementale au vu des distorsions cognitives (au plan corporel, de l'estime de soi) qui semblaient au premier plan...mais probablement aussi car le champ des difficultés émotionnelles, interpersonnelles, identitaires n'avaient pu encore être explorés.

Ainsi, notre réponse thérapeutique pour cette patiente dans l'évitement émotionnel fut en miroir un travail cognitif. Ceci étant, l'expérience nous a montré pour cette patiente qu'il permit d'élaborer une alliance de bonne qualité avec le thérapeute, et d'évoluer graduellement dans le soin vers un travail corporel, respectant le rythme de la patiente dans sa difficulté à aborder son intimité psychique.

Chez les patientes au pattern « préoccupé », généralement les profils boulimiques ou ayant une personnalité borderline comorbide, au contraire l'alliance apparaîtra initialement s'engager parfaitement (« lune de miel »), puis vient une phase où le patient va « tester » le thérapeute, ce dernier peut vivre alors un sentiment d'échec de la thérapie et « que rien n'a avancé » ; mais en fait c'est alors seulement que le soin peut s'engager, il apparaît donc important de reconnaître et dépasser ce vécu d'échec pour avancer dans le travail avec ces patients.

Au final, on voit que la capacité du soignant de répondre de manière sensible aux besoins d'aide du patient dépend de la conscience qu'il a lui-même de sa propre expérience d'attachement et de ses besoins relationnels (110).

Deux systèmes d'attachement sont activés dans la relation de soin, celui du patient mais aussi du thérapeute, dont l'accordage et la résonance (ou non) explique l'ampleur des mouvements (contre-)transférentiels avec les patients anorexiques. Il est nécessaire de prendre cela en considération dans le travail afin de l'utiliser comme outil, et non comme un obstacle au soin.

II. L'attachement comme outil thérapeutique dans les TCA

Nous avons vu ci-avant en quoi l'attachement peut aider à théoriser et comprendre les difficultés dans la relation thérapeutique des patients anorexiques.

Voyons maintenant quels outils thérapeutiques la théorie de l'attachement nous amène-t-elle à considérer comme pertinents dans les TCA ?

A. Travailler l'alliance et la relation thérapeutique

1. Assurer une base sécurisée dans le soin

Au vu des difficultés dans les liens d'attachement et les séparations chez les sujets anorexiques, le prérequis à toute intervention thérapeutique est la création d'une base sécurisée permettant alors un lien soignant/soigné de qualité et de confiance. C'est seulement en étant bien assuré de la capacité de tolérance, d'empathie et de disponibilité du soignant, que le patient anorexique pourra se dévoiler émotionnellement, comprendre ses « blocages » et explorer des perspectives de solutions (111).

2. Etablir une juste distance relationnelle

De par leur vécu d'insécurité interpersonnelle, il sera nécessaire d'ajuster sans cesse la distance relationnelle thérapeutique en fonction des vécus d'intrusion et d'abandon toujours prêts à se manifester chez les patients anorexiques. Pour cela, une connaissance de leur profil d'attachement est nécessaire.

Ainsi pour les profils anxieux, la relation thérapeutique nécessite d'accepter les besoins d'attachement accrus du sujet en y posant des limites, et aussi d'amener le patient à comprendre que demander de l'aide n'altère pas sa capacité de contrôle interne, ne signifie pas devenir dépendant de l'autre. Établir des limites permet d'assurer un cadre de travail

cohérent et invariable, «prévisible», rassurant sur la possibilité de confiance en autrui (en contraste avec leurs expériences précoces d'attachement vécues comme imprévisibles et angoissantes).

En cas de surinvestissement du transfert de ces patientes il est nécessaire selon Hilde Bruch de les encourager à « désidéaler » le thérapeute, montrer qu'il n'est pas magicien et ne va pas « transformer » le sujet. Il sera aussi très important en ce cas de travailler autour du contre-transfert, en particulier le nommer, nous y reviendrons plus loin (39).

Chez les profils « évitants » retrouvés dans l'anorexie restrictive pure, il est important que le thérapeute prenne conscience et respecte leur comportement de retrait dans les relations interpersonnelles notamment duelles : une trop grande demande d'engagement et de proximité dans la relation thérapeutique risquerait d'être vécue comme intrusive et d'aboutir à une interruption du suivi. Le suivi de ces patients nécessite la mise en place d'objectifs gradués et progressifs du point de vue de l'expression des émotions et du « dévoilement » de soi.

Ainsi, prenons le cas de cette patiente, Mlle M., 20 ans, hospitalisée pour un trouble alimentaire boulimique.

Au cours d'une séance d'art-thérapie individuelle axée sur le corps et faisant intervenir un miroir, la patiente fit une crise d'angoisse intense avec retentissement somatique (malaise et perte de connaissance). En effet, cette situation thérapeutique était probablement trop précocement chargée émotionnellement, alors que les soins étaient engagés depuis peu de temps à l'hôpital. Le lien soignant n'était probablement pas encore investi comme possible base sécurisante, expliquant alors que son système d'attachement ait été fortement activé lors de ce soin considéré comme intrusif. Il apparaît donc important de connaître l'histoire d'attachement affectif du patient (dans ce cas, une histoire familiale

traumatique), afin d' « adapter » une juste distance au plan émotionnel dans le soin, initialement tout au moins afin de pouvoir construire un lien de confiance thérapeutique.

3. Attention aux interruptions et changements dans les soins

Dans le processus thérapeutique des patients anorexiques, une attention particulière est requise au début et à la fin de la thérapie, dans l'établissement du lien et sa rupture, ainsi que les situations d'interruptions de suivi, ou de changements en général : changement de comportement, de sujets ou d'affects exprimés par le patient, survenant dans la vie réelle du patient ou dans la thérapie. Les situations d'interruptions de soins (vacances, maladie ou absence du soignant) nécessitent donc d'être anticipées et préparées en amont.

Mais surtout, le plus important est d'aborder cette difficulté avec le patient et de l'inciter à verbaliser autour des angoisses générées par le changement à venir (« comment vivez-vous l'arrêt de la thérapie ? », « que pensez-vous de ce changement de thérapeute ? »), ceci afin de l'aider à « décoder » ses ressentis et émotions pour mieux y faire face.

Parfois, il peut aussi être nécessaire de prévoir une alternative afin d'assurer une continuité du soin, en cas d'anxiété majeure vécue comme intolérable par le patient : par exemple, cela peut consister en une « hospitalisation-bilan » afin d'assurer une surveillance psychique physique et nutritionnelle lors d'une interruption de suivi ambulatoire.

4. Travailler le contre-transfert soignant

L'objectif prioritaire pour le thérapeute est de diminuer le niveau de son propre stress dans le soin de l'anorexie. Le stress risque de créer, si le sentiment de sécurité du thérapeute est ébranlé, une compétition entre ses deux systèmes d'attachement et de caregiving, ce qui entraîne une diminution de ses propres capacités de mentalisation. En abaissant le niveau de stress auquel il est exposé, le thérapeute peut ainsi retrouver ses

compétences soignantes et les mettre au service du patient en choisissant dans l'éventail de ses stratégies thérapeutiques celles qui seront les mieux adaptées.

Au premier plan, il s'agira pour le soignant de reconnaître ses difficultés et ses émotions négatives vis-à-vis du patient, et les verbaliser. Le fait de traduire ses émotions et s'en distancier sous forme d'un « savoir » théorique devient un facteur de protection contre ses vulnérabilités personnelles, et permet de retrouver confiance en ses capacités professionnelles (25).

De manière générale, il sera important d'être attentif à ce que la présence d'un sentiment d'insécurité (pouvant se manifester chez un soignant à tout moment de stress) ne vienne pas renforcer les contraintes de fonctionnement du patient anorexique.

Un thérapeute à l'attachement anxieux devra être attentif à ne pas se laisser influencer par son angoisse de mort vécue dans la relation avec les patients anorexiques. Cela risquerait alors de restreindre ses capacités de réponses thérapeutiques et de favoriser soit des attitudes « rigides », hyper-conformistes, ou bien aller vers un « surinvestissement » relationnel avec une quête de protection et de « sauvetage » du patient : le risque serait alors de « glisser » d'une position soignante vers une attitude « maternelle », et de favoriser en miroir un transfert intense pouvant entraver le cadre du soin.

A l'inverse un soignant « évitant » risquera plutôt de ne pas tenir compte de ses propres ressentis dans la relation avec les patients, de « dénier » son contre-transfert, ce qui le limitera dans ses possibilités de compréhension des difficultés thérapeutiques rencontrées, et ne favorisera pas un travail émotionnel, pourtant nécessaire dans les TCA.

Il peut donc être utile de favoriser des temps d'échange autour des vécus soignants, voire de supervision clinique, dans une perspective institutionnelle, afin de reconnaître ses propres défaillances de soin, pour qu'un changement opère dans la relation thérapeutique avec les patient(e)s anorexiques.

On peut ainsi citer le cas de cette patiente suivie en HDJ pour une anorexie restrictive, pour qui le suivi s'avérait particulièrement difficile de par un lien transférentiel massif, si intense que les soignantes se mirent à douter quant à un investissement quasi-amoureux (homosexuel) envers elles. Le malaise des soignantes face à cette situation, engendra des attitudes de retrait et d'évitement relationnel envers la patiente. Il fallut un temps de réflexion commune en équipe pour mieux comprendre que l'évolution peu favorable de cette patiente dans les soins était liée au malaise dans la relation thérapeutique par la crainte d'un transfert amoureux. Après cette prise de conscience, les soignants purent se dégager de cette situation difficile et réamorcer avec la patiente un lien de meilleure qualité, en l'abordant aussi avec la patiente elle-même.

Aussi, une autre priorité est de favoriser un cadre de soin sécurisé, en consultation ou hospitalisation : assurer un dispositif technique (et lieu) d'accueil adapté, mais aussi être attentif à « soigner » la fin des entretiens (en définissant un planning des rendez-vous suivants, donner des objectifs en vue de la prochaine consultation, assurer de la disponibilité du soignant entre les rencontres), permettant de diminuer le stress à la fois du soignant et du patient en face (25).

C'est ainsi la difficulté rencontrée dans la prise en charge de Mlle A., patiente de 17 ans hospitalisée pour un TCA restrictif.

Son état de dénutrition étant sévère (IMC=12), avec un retentissement physique initial (hypoglycémies, malaises, bradycardie), il fut décidé une renutrition par sonde nasogastrique.

Bien que l'équipe soit formée et spécialisée dans la prise en charge de ces situations, l'arrivée initiale de cette patiente fut vécue avec une grande insécurité, liée en fait au cadre de soin: l'absence du médecin assurant la surveillance médicale somatique d'ordinaire au

sein du service, a fortiori la veille d'un week-end prolongé, rendait les soignants anxieux d'une éventuelle complication médicale, et aboutit à un renforcement de la surveillance de la patiente par la mise en place d'un scope cardio-tensionnel continu.

Malheureusement, cela renforça initialement les comportements de maîtrise et de contrôle de la patiente, possiblement par une augmentation de sa propre angoisse en miroir.

B. Objectifs psychothérapeutiques généraux dans les TCA

Reprenant les cinq tâches élaborées par Bowlby sur les objectifs thérapeutiques au regard de l'attachement, on peut ainsi décrire plusieurs axes intéressants à appliquer dans le soin des TCA:

1. Une approche compréhensive du symptôme anorexique

Au-delà de l'importance de connaître le profil d'attachement inséculaire du patient anorexique et son impact dans le soin, il apparaît primordial d'assurer au patient que l'on comprend et accepte son fonctionnement, au regard de ses expériences antérieures, son histoire développementale. Cela permet ainsi de dégager le patient du sentiment fréquent de honte et de culpabilité dans la pathologie anorexique.

Il ne faut également pas oublier que le symptôme alimentaire peut être expliqué comme une stratégie adaptative de régulation des émotions et des relations interpersonnelles d'attachement (en termes de maintien de proximité, ou de tentative d'individuation/autonomisation) : il peut être difficile pour les patients d'envisager «abandonner» leurs comportements alimentaires, avec la peur d'être émotionnellement en danger sans eux. La thérapie devra donc évoluer au rythme du patient, afin de l'amener lui-même à se sentir prêt à changer et modifier ses comportements. Cela implique pour le thérapeute d'exprimer son empathie et assurer au patient qu'il a conscience de la fonction

de son symptôme alimentaire : par exemple, pouvoir évoquer avec une patiente boulimique que ses conduites de purge peuvent s'expliquer comme stratégie de régulation des émotions « débordantes », et une difficulté d'assimilation et d'intériorisation de ces affects (parfois même considérés comme non venant de soi).

Pour autant, le travail ne doit pas focaliser uniquement sur le symptôme, comme l'évoquent Pearlman et al., le risque étant alors de renforcer le comportement anorexique (qui « substitue le symptôme à la relation »), et *in fine* de renforcer les défenses anorexiques et d'aboutir à un arrêt de suivi (112).

2. Le travail autour des émotions

La théorie de l'attachement apporte un éclairage sur le rôle des relations interpersonnelles dans la régulation des émotions. Dans l'anorexie notamment, les difficultés de régulation affective et de mentalisation inhérents à leur insécurité d'attachement seront donc un des objectifs du soin (90).

Par exemple, Colette Combe évoquait l'importance de travailler l'émergence de la colère chez le patient dans le soin, émotion souvent inhibée dans les TCA, tout en lui assurant la continuité du lien dans la thérapie : ainsi, le patient sera rassuré de voir que conflictualité ne signifie pas rejet ou abandon (dans la relation thérapeutique ou tout autre type de relation), comme il a pu l'expérimenter antérieurement par des ruptures ou séparations dans les liens d'attachement.

Aborder les émotions est aussi un axe de travail corporel dans les TCA, ce que Corcos souligne dans son ouvrage, «Le corps absent»: « Le corps apparaît privé à soi-même d'affect lorsque la sensation substitue à l'émotion. » (113). Cela signifie aussi être attentif au langage émotionnel infra-verbal dans la relation de soin : le ton de voix du soignant, sa manière d'approche du patient, revêt une importance majeure pour ces sujets dont les émotions s'expriment majoritairement par le corps (39).

3. Un abord narratif

Selon Holmes, la forme du discours, autant que son contenu, est de grande importance dans la thérapie, s'inspirant des travaux de Main sur l'AAI. Il souligne l'importance de développer la compétence narrative du patient de sa propre histoire de vie et la mentaliser, permettant aux sujets anorexiques de se réapproprier leur vécu, ce qui paraît particulièrement pertinent au vu de leur difficulté de conscience de soi et d' « appropriation » identitaire (39).

4. Travailler les relations interpersonnelles

Assurer au patient notre compréhension de ses difficultés, notamment dans la relation thérapeutique transférentielle, permet de diminuer leur « peur du lien » (C. Combe) (13).

Ainsi, le soignant aura pour rôle d'aider le patient à mieux comprendre son mode de relations sociales, et ses difficultés de confiance en autrui, de proximité et intimité relationnelle, en amenant aussi le sujet à décoder le symptôme anorexique comme un moyen de réguler la distance relationnelle aux autres.

Globalement, selon Mallinckrodt et al., l'objectif thérapeutique au plan interpersonnel sera de renforcer leurs compétences sociales (et leur sentiment d'efficacité personnelle associée) (114,115).

Il est intéressant aussi de souligner que la Thérapie InterPersonnelle (TIP), bien que n'étant pas un modèle d'intervention spécifiquement basé sur l'attachement, s'appuie grandement sur les concepts théoriques élaborés par Bowlby, concernant l'hypothèse de défaillances de construction du lien affectif entre le sujet et sa(ses) figure(s) d'attachement dans la genèse des troubles psychiques (Murphy et al., 2012) (91).

C. Quelle intervention pour quel type d'attachement ?

Selon Tasca et al., les patients TCA ayant un mode de relation évitant seraient plus en difficulté dans un travail de groupe (90). Il est donc plus judicieux de favoriser un suivi individuel, plusieurs études montrant l'intérêt d'un suivi avec un thérapeute au style d'attachement contraire (anxieux), pouvant ainsi mettre au défi et aller à l'encontre des modalités de fonctionnement du patient (106).

Chez les anorexiques restrictives au profil évitant, il est nécessaire aussi de travailler autour des émotions, qu'elles ont défensivement « exclues » au plan psychique (116).

Reprenons le cas de Mlle L, cité en page 50. Au vu de son profil évitant, venant compromettre l'établissement d'une demande de soins quelconque (interruptions de suivi intempestifs) malgré leur nécessité médicale (son IMC était aux alentours de 13), il fut mis en place un contrat thérapeutique à double valence : un suivi médical psychiatrique avec l'établissement d'un cadre et d'objectifs concrets (au plan pondéral, nutritionnel), et en parallèle la mise en place d'un atelier thérapeutique autour du conte, visant à travailler les émotions. Cet atelier qui semblait initialement lui demander bien trop d'engagement émotionnel, fut néanmoins très positif pour elle, probablement car contrebalancé par le cadre médical, gage d'une sécurité physique, favorisant alors un « lâcher-prise » affectif.

La dimension anxieuse de l'attachement chez les patientes boulimiques aurait un impact en termes d'efficacité des thérapies groupales, ce qu'on peut expliquer par leur meilleure capacité à faire confiance en autrui que les profils évitants : ainsi des études montrent une plus grande réceptivité de ces patients à l'engagement dans le groupe, et une meilleure cohésion et alliance groupale (66): nous détaillerons ce point ci-après.

Au vu de leurs difficultés de régulation affective, un des objectifs du travail des patients boulimiques sera de favoriser leurs capacités de mentalisation, afin de mettre en mots leurs

représentations et affects, et par cette méta-communication de prendre de la distance avec leurs sentiments « débordants » de colère ou d'autodépréciation se manifestant alors dans les conduites de purge : Holmes suggère par exemple de favoriser des questionnements réflexifs tels que « Que pensez-vous de ce que vous venez de dire ? » (39).

Aussi, plusieurs travaux vont dans le sens d'une plus grande efficacité des TCC chez les patients « préoccupés » dans les TCA, de par leur abord « opératoire » activant peu le système d'attachement au plan affectif (117,118): il ne s'agit cependant pas d' « exclure » les émotions du travail mais de trouver des outils permettant au patient de plus facilement les réguler et les verbaliser.

Il semble néanmoins important de ne pas faire de généralisation et d'adapter les modalités thérapeutiques au cas par cas selon le profil du patient, en prenant en compte un ensemble de facteurs, autant inhérents au patient (structure de personnalité, qualité de l'entourage), qu'au cadre de soin (cadre institutionnel, lieu d'intervention, etc).

En effet, reprenons par exemple le cas de Mlle D. (page 41), au style d'attachement inséculaire anxieux, suivie en HDJ pour un trouble restrictif.

Au vu des angoisses qu'elle vivait dans la relation duelle, il fut décidé de l'intégrer à un travail groupal, l'atelier conte. Cet atelier consiste à créer un lieu de détente régressif, en petit groupe, autour d'un conte lu ou mis en scène par un soignant ; cela paraissait particulièrement adapté pour favoriser un lâcher-prise affectif chez cette patiente dans la maîtrise totale. Mais cet atelier fut source d'une recrudescence anxieuse intense pour elle, le vécu de ces soins « maternants » étant insupportable, la renvoyant à l'impossibilité de contenance et de réassurance par sa mère dépressive vécue dans son enfance.

D. Intérêt des thérapies groupales

Comme nous l'avons vu ci-avant, les patients anorexiques ayant un profil d'attachement à dimension anxieuse seraient plus favorables à une intervention groupale plutôt qu'individuelle (90).

En effet, leur activation d'attachement dans une relation thérapeutique duelle peut s'avérer difficile émotionnellement, la peur de l'abandon du thérapeute freinant l'engagement dans le soin. La difficulté peut aussi émaner du soignant de par des contre-attitudes anxieuses (en miroir), ou au contraire de rejet comme stratégie défensive contre l'hyperinvestissement émotionnel du patient dans le transfert.

Ainsi, l'apport de l'approche groupale peut s'expliquer par ce que R. Kaës nomme la « diffraction du transfert » (ou fragmentation) dans le groupe sur plusieurs personnes, pour éviter l'angoisse du patient dans la relation duelle : le « face-à-face à plusieurs » est vécu plus facilement (13).

A l'inverse, les sujets anorexiques ayant plutôt tendance à être dans l'évitement risquent de ne pas adhérer à un groupe de par le stress apporté par cette trop grande demande de proximité sociale relationnelle. Il est donc nécessaire chez ces patients de travailler plutôt en individuel au préalable les résistances et difficultés sociales vécues. Tasca évoque ainsi la cohésion du groupe et le sentiment d'appartenance (« we-ness ») comme la base de sécurité indispensable pour que le patient puisse s'y engager et en bénéficier (117).

Egalement, un autre intérêt du groupe dans les TCA est sa fonction identificatoire, comme évoqué par Chapelier : notamment, dans l'anorexie le groupe permettra de « faire miroir » (« *mirroring* » de Foulkes) et ainsi de favoriser une prise de conscience du trouble, tant au plan physique (maigreur corporelle) que psychique : le groupe aiderait ainsi à relancer les capacités de mentalisation, de conscience de soi et d'autrui.

Nous pouvons citer le cas de cette patiente souffrant d'un TCA de type restrictif pur, qui évoquait cet effet de miroir du groupe de patientes au sein de l'hôpital de jour et l'impact pour elle sur le déni de sa maigreur :

« Quand on voit les autres on se dit 'elles sont très maigres, je suis pas comme ça !... C'est pas possible ils se sont trompé de service.'... En fait non, si t'es là, c'est que t'as le même problème qu'elle, quoi, t'es maigre. Si t'étais pas maigre, tu serais pas ici. »

Le groupe est aussi un médiateur intéressant afin de permettre aux patients souffrant de TCA de se décentrer du symptôme et de leur fonctionnement factuel et opératoire.

Ainsi, quel que soit le type d'attachement, s'avèreront particulièrement intéressants les groupes visant à travailler les émotions, par le biais d'approches corporelles (relaxation, psychomotricité, danse...) ou verbales (groupe de parole). Le groupe peut alors « servir d'exemple » au patient (I. Yalom), lui montrant comment verbaliser ses émotions, et s'aidant des émotions des autres pour comprendre les siennes (119).

Ainsi cette patiente de 20 ans suivie en HDJ pour un trouble boulimique, initialement très réticente à une approche groupale, disait néanmoins avoir été surprise du bénéfice apporté par l'atelier thérapeutique autour de l'estime de soi :

« Au final je me suis rendue compte qu'il y avait aussi pas mal d'échanges, de nos expériences ou ce qu'on avait vécu dans la semaine, des choses comme ça... Et donc c'était intéressant, on se rend compte vraiment qu'on n'a pas le comportement approprié, on a trop tendance à s'effacer, alors que pour nous c'est juste devenu naturel... et donc ça permet aussi d'être face à...face au problème et, de prendre du recul. »

On peut donc voir que le groupe s'avère bénéfique dans l'idée de « recréer du lien » comme le dit Combe, avec les patients mais aussi les thérapeute(s). Faire l'expérience de se vivre parmi les autres, d'échanger et partager les vécus, permettra aux patients de

réajuster leurs représentations de soi et d'autrui parfois négatives, relancer ainsi leurs capacités de mentalisation, et peut-être alors de diminuer leur vécu d'insécurité dans le lien à l'autre (59,120).

Cependant, Combe évoque aussi le risque que le patient montre une si grande attente face au travail de groupe, qu'ensuite viendra l'émergence d'un souhait d'évoluer seul, comme un évitement face au risque de s'attacher trop fortement au groupe (voire d'en devenir dépendant).

Aussi, les thérapeutes nécessitent d'être attentifs aux vécus d'insécurité des participants de par une probabilité accrue d'émergence de conflits entre eux.

Pour conclure, citons cette étude de Marmarosh & Tasca (2013) qui montre un bénéfice significatif de l'approche groupale chez les sujets TCA au profil anxieux, aux plans de la régulation émotionnelle, de leur capacité d'insight, et leurs compétences relationnelles(120).

E. Intérêt des thérapies bifocales

La thérapie bifocale est une thérapie qui fait intervenir deux soignants, comme le dit Maurice Corcos « chacun dans un temps et un lieu différents. L'écoute de l'un (le consultant psychiatre) prend plus particulièrement en compte "la réalité externe" (médicale, scolaire, sociale) du patient, et celle de l'autre (le psychothérapeute) se prêtera à celle de la "réalité interne"(121). En pratique il s'agira d'un psychiatre référent et d'un psychothérapeute différenciés.

Plusieurs auteurs s'accordent à y voir un grand intérêt pour les patients ayant un attachement anxieux voire désorganisé, notamment des patientes boulimiques ayant un trouble de personnalité borderline comorbide, sous-tendu parfois par un passé traumatique.

L'intérêt sera, à l'instar des thérapies groupales, d'éviter l'angoisse du patient dans la relation duelle, en diffractant les besoins d'attachement sur plusieurs soignants, à la différence des thérapies de groupe où la diffraction du transfert se fera sur l'ensemble des participants du groupe, soignants comme patients (14).

Ainsi, la demande d'aide du patient lui apparaîtra plus tolérable, a fortiori en cas d'antécédent traumatique nécessitant une prise en charge spécifique d'autant plus difficile émotionnellement: le patient et le soignant travaillant le psychotraumatisme vont en effet alors pouvoir solliciter un deuxième soignant afin de diffuser et décharger leurs difficiles émotions (contre-)transférentielles vécues (122).

L'autre intérêt de la bifocalité est de pouvoir établir un cadre fixe, strict, notamment en cas d'attachement anxieux et de personnalité borderline chez qui l'instauration de limites est structurante dans le soin: introduire un deuxième soignant, par sa fonction de « tiers », a pour but de préserver le cadre de travail psychothérapeutique. Cela peut s'avérer utile par exemple si le symptôme alimentaire prend une place majeure dans le soin au détriment des autres axes psychiques, comme on peut voir chez certains patients demandant à « négocier » sans cesse les objectifs thérapeutiques alimentaires/nutritionnels évitant ainsi tout autre espace de pensée.

Un autre rôle est de pouvoir travailler sur la conflictualité du patient, de le rendre tolérable en créant un espace de reprise et recul sur les conflits émergents avec le second soignant (13).

Reprenons comme exemple le cas de Mlle D., 22 ans, suivie en HDJ pour un TCA restrictif (voir en pages 41 et 64).

Cette patiente présente un mode d'attachement anxieux-préoccupé, en lien avec une histoire familiale difficile (parents tous deux atteints de troubles psychiatriques, ayant conduit à son placement en famille d'accueil dans l'enfance). Ces expériences précoces insécures

(séparation, vécu d'indisponibilité des figures d'attachement initiales) ont conduit la patiente à développer un sentiment d'anxiété dans les relations interpersonnelles.

De par cette insécurité relationnelle, l'engagement dans les soins en HDJ s'avère très difficile et ambivalente : bien qu'elle vienne avec assiduité, elle refuse la majorité des soins, notamment nutritionnels (refus des repas, des compléments alimentaires), son poids déjà très faible diminuant encore. Sa relation avec les soignants est teintée d'agressivité, semblant nous dire « vous êtes mauvais », « vous ne pouvez pas m'aider ».

On peut interpréter cela, comme une angoisse d'être abandonnée par les soignants en cas de reprise de poids, la fonction du symptôme étant alors de maintenir le lien thérapeutique. Elle vivait probablement l'attitude bienveillante et protectrice des infirmiers comme insupportable, venant rejouer le vécu d'insécurité du lien affectif à sa mère et l'impossibilité d'être réassurée par cette dernière.

Rapidement, sont apparues des contre-attitudes rejetantes des soignants, avec un vécu d'impuissance et d'échec dans leur fonction soignante (de « *caregiving* »), renforcé par une angoisse importante devant l'état de dénutrition sévère de cette patiente, qui malgré le risque vital semblait refuser toute aide.

La prise en charge engagée avec la psychologue s'avère également difficile, la patiente demandant à chaque entretien des aménagements du cadre de soins, avec une certaine confusion des espaces et du rôle de chacun (demandes alimentaires formulées à la psychologue, quête de soutien psychique auprès de la diététicienne...).

L'intervention alors d'un deuxième soignant, psychiatre référent, sera alors bénéfique, permettant une meilleure différenciation des espaces et limites du soin, une clarification du cadre de travail. Aussi, il s'agit d'apporter une figure d'autorité, au plan médical mais aussi symboliquement figure d'autorité paternelle. Dans cet espace se jouent surtout les préoccupations « externes » (négociation du cadre de soins, des objectifs thérapeutiques, etc.), mais aussi la conflictualité de la patiente (expression de sa colère contre l'autorité).

Dès lors, la patiente a pu plus facilement investir les soins tant dans la relation avec la psychologue que les infirmiers, pouvant alors plus facilement « s'autoriser » à accepter la bienveillance des soins et investir le travail psychologique autour de sa « réalité interne », ses émotions, ses fragilités narcissiques.

Ce cas illustre aussi bien l'intérêt d'un travail bifocal avec un soignant féminin et un masculin, différenciant identification « maternelle » et « paternelle », facilitant alors la réactivation des schèmes d'attachement précoces dans la relation thérapeutique.

F. Soins corporels, soins à médiation

Nous avons vu précédemment que l'insécurité de l'attachement dans les TCA impacte le vécu d'insatisfaction corporelle, médié par les ponts entre difficultés de conscience corporelle (Bruch) et difficultés de gestion des émotions (80).

Ainsi, le travail corporel avec les patients anorexiques s'avère pertinent afin de les aider à réinvestir leur corps non seulement comme corps mais aussi comme médiateur de leurs émotions, aboutissant alors à une meilleure conscience de soi, interne et externe (14).

Plusieurs auteurs dont Skarderud & Duesund évoquent l'intérêt d'une double thérapie, à savoir des soins corporels associés à une psychothérapie travaillant les émotions (123). Les soins corporels, peuvent notamment aider à faire émerger un « corps vivant », dans le mouvement, la sensorialité, aussi de par les interactions groupales éventuelles, et ainsi permettant de faire vivre le corps autrement que par une image négative, « le corps objectivé de l'anorexique ».

Aussi, selon T. Vincent, réinvestir le corps permet de faire émerger un sentiment de sécurité interne, grâce à un travail d'« ancrage » postural : le travail corporel, de par sa guidance contenant, sécurisante, serait donc une base et un appui pour l'élaboration d'une assise narcissique, d'un travail identitaire et d'accès aux émotions (14).

Aussi en dehors de l'aspect corporel, les thérapies à médiation de manière générale s'avèrent pertinentes chez les patients anorexiques au style d'attachement évitant: en effet, le médiateur fait office d' « objet d'attachement » (objet narcissique), facilitant alors le partage de la relation thérapeutique. De par le stress associé à l'expression des affects chez ces sujets, l'objet médiateur permettra de contenir la parole et la délimiter (le patient pouvant alors plus facilement s'exprimer sur l'objet médiateur plutôt que directement à l'autre) (13).

On peut illustrer cela par l'exemple de Mlle L., une patiente anorexique de 23 ans dont l'attachement insécuré de type évitant rendait difficile le travail psychothérapeutique « duel », la patiente restant dans un mode d'expression factuel et distant, où tout accès aux émotions semblait anxiogène.

Ont alors été mis en place des soins à médiation multi-sensorielle (SMMS), afin de favoriser l'accès aux émotions. Cet espace thérapeutique singulier, utilise des stimulations olfactives par le biais d'odeurs choisies au cours d'un atelier d'olfactothérapie, et les combine à un enveloppement corporel chaud, un environnement musical relaxant et à la pénombre de la pièce. L'objectif de ces soins est d'amener le sujet anorexique à revisiter des souvenirs infantiles tant agréables que traumatiques et de l'aider dans un cadre contenant à se construire une sécurité psychocorporelle qui lui était jusque-là défailante.

Dans ce soin, Mlle L. a pu revivre des souvenirs de son enfance et surtout les émotions y étant associées (joie de s'amuser dans les flaques d'eau, peur de l'orage...), ravivés par les odeurs (terre, bois, etc...), et ainsi se « reconnecter » avec ses ressentis profonds. Il fut assez surprenant de voir cette patiente qui ne montrait jamais aucun signe de tristesse, fondre en larmes à la fin de la première séance, ce que nous lui avons dit : elle a alors relaté son propre étonnement de cette démonstration d'émotions auquel elle ne s'attendait pas, disant « c'est comme si j'avais perdu le contrôle ». C'est ainsi en s'appuyant sur le partage

de nos ressentis soignants qu'elle a pu ensuite « s'autoriser » à exprimer ses affects dans une forme de lâcher-prise.

On voit ainsi que l'attachement constitue un outil de soin intéressant dans la relation thérapeutique avec les patient(e)s anorexiques afin de trouver une distance relationnelle adaptée et éviter ainsi de fortes réactions (contre-)transférentielles. Les outils permettant de retrouver une sécurité dans le soin, tant pour le patient que le soignant, sont indispensables pour qu'un travail s'engage avec ces patients dont la motivation s'avère fragile ; par exemple l'abord émotionnel, le travail de mentalisation sur la relation thérapeutique, peuvent constituer des leviers pertinents pour dépasser les défenses psychiques de ces patients et leur permettre de réaccéder à un certain niveau de conscience, de soi mais aussi de l'autre.

III. Modèles psychothérapeutiques spécifiques

Nous avons vu que la théorie de l'attachement peut aider à travailler l'adhésion aux soins dans l'anorexie, avec la nécessité d'adapter les modalités de soin et de la relation thérapeutique selon le profil d'attachement des patients.

Nous allons voir que les concepts d'attachement ont également favorisé l'émergence d'interventions psychothérapeutiques innovantes et spécifiques, ayant fait l'objet d'études et de recherches afin d'en démontrer leur efficacité.

A. Psychothérapie autour de l'affectivité et de la mentalisation

1. Principes généraux :

Pour rappel, la fonction réflexive est la capacité de « se voir de l'extérieur et voir les autres de l'intérieur » (ou capacité à « penser sur les pensées », Skårderud) qui s'acquiert dès l'enfance grâce au support social des relations d'attachement créées, permettant un développement du soi affectif, narcissique et interpersonnel adaptés.

Fonagy et Bateman ont développé cette approche psychothérapeutique basée sur la mentalisation, nommée *Mentalization-Based Treatment*, notamment dans l'indication des troubles de la personnalité borderline (63).

Cette approche ne prétend pas être spécifiquement innovante, mais place au cœur du travail les processus de mentalisation, soulignant leur importance dans la compréhension de la psychopathologie des patients, dans la relation thérapeutique en elle-même, et le résultat de la thérapie.

Une première étape de la thérapie sera de « mentaliser le transfert » entre patient et thérapeute, c'est-à-dire aider le patient à identifier ses sentiments vis-à-vis du thérapeute (colère, peur de l'abandon, etc.), pour les travailler ensemble : ainsi on pourra demander au patient « Que pensez-vous de ce dont on parle ensemble ? ». Ensuite pourra être explorée

la capacité du patient à se représenter ses propres émotions et cognitions et à les comprendre, favorisant une meilleure gestion de ses émotions, et *in fine* une meilleure conscience de soi et de ses difficultés au plan relationnel. Cette approche peut être réalisée en psychothérapie individuelle mais aussi groupale, ou familiale (124).

2. Intérêts de la MBT dans les TCA

Dans les TCA, nous avons vu que cette capacité réflexive ferait défaut, de par leur vécu d'insécurité, entraînant des difficultés de conscience de soi, de leur image corporelle, et de leurs émotions (80).

La priorité de cette approche dans les TCA n'est pas tant son contenu que son objectif, à savoir aider le patient à pouvoir « se penser et penser sur les autres ». Aussi, l'intérêt sera de travailler à différencier représentations psychiques (réalité interne) et ressentis corporels (réalité externe), vu la grande analogie faite par les sujets anorexiques entre représentations, perceptions (notamment corporelles) et réalité. Cette difficulté de symbolisation nécessite d'être travaillée avec le patient, afin de permettre au sujet de « se penser » et « penser le corps » de manière différenciée, lui faire prendre conscience que corps n'est pas synonyme d'identité. Ainsi, avec un meilleur accès à ses émotions, une meilleure conscience de soi et de sa place parmi les autres, le patient pourra plus facilement se « libérer » de son comportement alimentaire pathologique, la fonction de régulation affective du symptôme apparaissant alors moins nécessaire à son homéostasie psychique (30,111).

Comme l'évoquait Bruch également, il semble nécessaire en effet d'aider et encourager ces sujets à devenir conscients des pensées, désirs et sentiments qui viennent d'eux. C'est seulement ainsi qu'ils pourront alors apprendre à découvrir leurs compétences, et devenir attentifs et sensibles à ce qu'il se passe en eux-mêmes (7).

Il importe alors que le soignant adopte une position d'écoute et de reformulation des dires du patient, et évite une attitude « proactive » de « détenteur du savoir », voulant tout expliquer et catégoriser, risquant ainsi d'imposer au patient ses idées préconçues. Il est essentiel que le patient soit partie prenante dans le processus thérapeutique, afin d'éviter qu'il vive le soin comme une tentative (menaçante) de « prise de contrôle ». Le soignant pourra ainsi dire : « je souhaite découvrir ce que vous avez à dire, ce que vous pensez vous-même », aider le patient à formuler son discours sous forme de « j'aime, j'aime pas... », afin qu'il reprenne un sentiment de contrôle de soi, ses émotions, son corps.

B. Thérapie autour des émotions

L'*Emotion-Focused Therapy* (EFT), élaborée par Greenberg & Dolhanty est une modalité d'intervention centrée sur les émotions dont l'objectif est d'aider le patient à ce qu'elles n'entravent pas son fonctionnement psychique (116). Des travaux ont apporté la preuve de son efficacité dans les troubles anxio-dépressifs.

Dans le soin des TCA, cette thérapie s'appuie sur les travaux de Bruch sur les troubles de la représentation des émotions dans la pathologie anorexique, associés aux idées de Main, Bretherton et Sroufe quant au rôle des expériences d'attachement dans le développement émotionnel du sujet (7,70). L'objectif dans les TCA est d'identifier les stratégies « dysfonctionnelles » de régulation affective des patients, et de favoriser des expériences émotionnelles nouvelles, positives et adaptées. Cela implique pour le soignant d'aider le sujet à reconnaître ses émotions, autant négatives que positives, les accepter (comme « expérience de soi »), puis se les « réapproprier » c'est-à-dire ne pas les éviter (stratégie souvent retrouvée dans les TCA). Aussi, chez des patients boulimiques, l'EFT aura pour objectif de diminuer le sentiment d'envahissement émotionnel lors des conduites de purge (voire des conduites d'automutilations en cas de trouble de personnalité associée).

Les outils de cette thérapie sont divers, associant des tâches cognitives autour de l'estime de soi et des cognitions erronées, un travail sur les capacités de « résilience » face aux expériences négatives, des interventions autour de la place des émotions au plan familial ou de couple, dans une approche intégrative (116).

Dolhanty décrit aussi l'utilisation de la technique de la « chaise vide », outil de Gestalt-thérapie, par exemple pour que le patient mette en scène le conflit interne qui l'anime entre un Moi autodépréciant (« je suis grosse et moche ») et un Moi affecté par ces messages auto-critiques, symboliquement séparés en deux chaises distinctes. Le but sera de faire prendre conscience au patient de ces schémas cognitifs dévalorisants, et de l'impact émotionnel douloureux associé, afin de retrouver sa compétence interne pour modifier ce mode de fonctionnement. Aussi, la chaise vide pourra servir à rendre compte à une patiente boulimique qu'une crise alimentaire peut être secondaire à un « blocage » d'un sentiment de colère que la patiente refuse d'exprimer parce qu'elle est considérée comme dangereuse (116).

On peut voir des points de rapprochement avec la MBT citée précédemment, de par leur rôle commun d'aider le patient à « penser sur ses pensées » et d'augmenter sa conscience de soi.

Cette intervention psychothérapeutique nécessite au préalable d'instaurer une alliance relationnelle de qualité, afin de créer un climat de confiance suffisant pour aborder des sujets aussi intimes que les émotions personnelles du patient.

C. Intervention familiale et attachement

De par le rôle des facteurs familiaux démontré dans la genèse des TCA, théorisés au regard de l'attachement par de nombreux auteurs, les interventions familiales ont été l'objet de nombreuses recherches et études. Nous n'en aborderons que les grands principes, de par l'ampleur de ce sujet en soi, qui ne constitue pas la base de notre travail.

1. Objectifs du travail familial autour de l'attachement

Un des objectifs de la thérapie familiale basée sur l'attachement est d'accompagner la famille à comprendre les représentations d'attachement qui sous-tendent les comportements de chacun, et travailler la capacité de mentalisation familiale (proche du concept de résonance selon Mony Elkaïm) (47).

Delage explique que le rôle du thérapeute va être principalement d'assurer à la famille une base sécuritaire. En effet, si les parents eux-mêmes ressentent sécurité et apaisement dans la relation thérapeutique, ils seront plus aptes à transmettre ce même sentiment à leur enfant. Il est donc important d'apporter soutien et contenance aux parents afin de renforcer leur sentiment de compétence et leurs forces (112). Permettre aux parents d'être moins anxieux, diminuera leur tendance à vouloir contrôler les émotions et symptômes de leur enfant, ce qui en fait est un moyen de contrôler les leurs (125).

Aussi, l'objectif est de permettre un changement du style d'attachement familial, à travers la compréhension des règles et valeurs qui régissent le système, permettant d'élaborer de nouvelles stratégies relationnelles assurant stabilité et sentiment de sécurité à chacun des membres de la famille.

2. Aspect transgénérationnel

On retrouve dans les familles de sujets anorexiques une tendance à la transmission de schèmes interactionnels (par exemple, peur de l'abandon), de représentations autour du corps et de l'alimentation (Dallos et al., 2004) (126), voire la transmission de secrets familiaux ou histoires familiales traumatiques (127,128).

Ringer & Crittenden (2007) évoquent l'intérêt dans la thérapie de communiquer autour des secrets familiaux, des conflits non résolus, et d'éventuels traumatismes anciens (98).

Cependant, les auteurs posent la question du bienfait d'un tel abord familial chez les patients anorexiques adultes, dont le travail sera surtout de le(a) pousser à accéder à son

autonomie (psychique et matérielle): il importe donc d'être vigilant à ne pas faire régresser le(la) patient(e) en le(a) remettant dans le contexte parental de son enfance. Ainsi, les auteurs suggèrent un travail « sous-systémique », c'est-à-dire un thérapeute pour chaque sous-système familial (couple parental (voire chaque parent individuellement), enfants, parfois grands-parents). Ceci peut avoir comme inconvénient de reproduire les problèmes de communication au sein de la famille, et de donner à la famille la lourde tâche de faire lien elle-même ensuite entre les différents espaces de thérapie. Une autre possibilité de travail est qu'un seul thérapeute prenne en charge l'ensemble des difficultés familiales (en intégrant les différentes expériences vécues, les souhaits et représentations psychiques de chacun), en alternant séances individuelles, dyadiques, systémiques : ce travail permet de mettre à l'épreuve les rapports de confiance entre les membres de la famille, et aussi de structurer l'intervention de manière orientée pour amener la famille à changer ses interactions dans un sens approprié.

Aussi, les auteurs soulignent l'intérêt d'un travail familial si d'importants « non-dits » dans la famille viennent faire obstacle au rétablissement et à l'autonomie du patient anorexique: il importe en ce cas de « dégager » le patient du poids de ces secrets générationnels.

On peut citer dans ce cadre le cas de Mlle L., cette patiente de 31 ans souffrant d'un TCA restrictif évoluant depuis 10 ans, mais n'ayant pas été pris en charge avant l'instauration du suivi en hôpital de jour il y a six mois.

Le travail d'aide à l'autonomisation matérielle et psychique de la patiente était fragile : grandes difficultés de construction d'un réseau social, acquisition d'un appartement seule mais non investi, décision de retourner vivre temporairement chez ses parents (évoquant qu'ils habitaient tout près son lieu de travail).

Le mode de fonctionnement de la patiente, de retrait relationnel et émotionnel avec une grande difficulté de confiance en l'autre, autant dans la relation thérapeutique que dans sa vie extérieure, évoquait un style d'attachement évitant.

Initialement très défensive sur le sujet de sa famille, la patiente décrit un système fonctionnant sur un mode « désengagé », avec une grande distance relationnelle entre les différents membres, expliquant la construction identique du profil d'attachement de la patiente. Le discours sur sa famille apparaît assez pauvre, la patiente relatant en fait connaître assez peu l'histoire de ses parents et sa propre histoire développementale.

Au cours du suivi, la patiente a pu s'engager émotionnellement plus facilement dans les échanges avec les soignants, évoquant plus librement le sujet de sa famille ; notamment, les questionnements autour du passé familial apparaissaient de plus en plus fréquemment dans son discours, et la patiente a pu exprimer son vécu difficile des dysfonctionnements familiaux actuels (conflits parentaux latents, difficultés de communication majeures, et vécu de culpabilité du symptôme anorexique vis-à-vis de ses parents).

Avec son accord, une rencontre avec ses parents a été décidée par le médecin référent, qui a révélé de grandes difficultés de communication avec incapacité à gérer les conflits, renforcées aussi par des interactions rigides. Les parents évoquaient leur incompréhension totale de la pathologie anorexique, entraînant des comportements ambivalents de rejet et surprotection de la patiente. On notait aussi une forme de communication paradoxale (« fais-nous plaisir, deviens autonome ») dont il semblait difficile pour la patiente de se dégager.

Ainsi, il fut décidé la création dans un premier temps d'un espace de travail parental avec un psychologue extérieur à la prise en charge de la patiente, afin de préserver le travail d'autonomie et de différenciation de cette dernière, tout en permettant aux parents de mieux comprendre les difficultés liées à la pathologie de leur fille.

3. Thérapie de couple basée sur l'attachement

L'insécurité d'attachement des patients anorexiques peut venir impacter leurs relations amoureuses, celles-ci constituant le lien d'attachement central à l'âge adulte. Voyons alors quels outils thérapeutiques autour de l'attachement amoureux peuvent aider dans le travail du couple en thérapie.

Comme le souligne Real del Sarte, il s'agira d'aider le couple à retrouver un climat de sécurité impliquant de travailler autour des mécanismes de négociation, d'apaisement, de communication non violente (129).

Delage évoque aussi que les outils de l'EFT évoqués ci-avant favoriseraient un meilleur accordage émotionnel dans le couple d'un patient anorexique, aidant les partenaires à comprendre les états affectifs du patient et leur lien avec le comportement alimentaire (47,130).

Bulik et al. insistent sur la nécessité du support du thérapeute envers le partenaire, afin d'accueillir ses émotions envers les symptômes anorexiques (colère, incompréhension, honte, culpabilité, angoisse, désespoir...). Il semble essentiel en effet de prendre en considération l'impact de la pathologie anorexique dans le lien interpersonnel du couple (conflits, évitement, « sujets tabous », impact sur la sexualité) : cela constitue la base de l'intervention établie par cet auteur pour les couples de sujets anorexiques (*UCAN*, « *Uniting Couples (in the treatment of) Anorexia Nervosa* ») (131).

Il s'agira aussi de travailler autour des situations de séparation(s) amoureuses, d'identifier les stratégies d'attachement des deux partenaires afin de recréer un lien de confiance mutuel amoureux.

La littérature est encore peu développée autour du sujet de l'attachement amoureux dans les TCA, malgré son intérêt dans le soin mais aussi dans la compréhension des difficultés d'engagement de couple et de sexualité fréquemment présents chez ces patients.

D. Soins institutionnels : les hospitalisations séquentielles

Gendreau et al., ont décrit un modèle d'hospitalisation séquentielle basée sur les principes de l'attachement dans une unité de soin pour adolescents (132).

Partant du principe que l'hospitalisation en elle-même vient activer le système d'attachement des patients, l'idée est donc de leur assurer une base sécuritaire, un cadre contenant, afin de faire naître ou renforcer leur sentiment de sécurité par un environnement prévisible sur lequel ils peuvent s'appuyer. Ainsi il s'agira d'établir une routine et des rituels pour se repérer dans le temps et dans l'espace : cette rythmicité spatio-temporelle permet alors un meilleur investissement des soins par les patients, sa prévisibilité diminuant le stress vécu par les patients.

Le dispositif séquentiel écarte la tentation d'emprise sur le sujet, il respecte ses besoins d'explorer et de s'éloigner de l'hôpital, assurant que ce dernier joue bien un rôle de base de sécurité, ce qui autorise le patient à se lancer dans les défis de l'exploration et à développer ses ressources propres.

Il s'agit finalement de construire une base de sécurité à l'hôpital mais aussi à l'extérieur, par la représentation psychique apaisante que constitue la perspective du retour en hospitalisation à venir. Cela permet de travailler les situations de séparation/retrouvailles, difficiles chez les sujets dont l'attachement est insécure.

Dans les TCA, l'intérêt des prises en charge séquentielles a été décrit (Thierry Vincent, C. Combe), en effet les patients semblent expérimenter une plus grande difficulté dans les soins s'ils ressentent un sentiment de dépendance excessive envers le service d'hospitalisation. Ainsi, l'aspect séquentiel, par son caractère sécuritaire, prévu à l'avance, diminuerait l'intensité des attachements du patient envers le service, l'autorisant alors à se dégager de cette angoisse et mieux investir le contenu des soins.

L'intérêt d'hospitalisations séquentielles est illustré par le cas de Mlle M, 19 ans, hospitalisée pour un TCA restrictif entraînant un état de dénutrition sévère (IMC=12), qui évolue depuis 6 ans et tend vers une certaine chronicité.

La prise en charge de cette patiente s'avérait particulièrement difficile de par une intense insécurité relationnelle, acquise depuis l'enfance (avec un fonctionnement familial « autistique » excluant toute interaction sociale) : cette insécurité venant alors impacter la relation thérapeutique avec une grande méfiance initiale envers les soins. Malgré tout, une adhésion a pu se tisser au terme d'une longue hospitalisation, grâce à la mise en place d'un cadre thérapeutique clair (thérapeutes référents bien identifiés), mais aussi par un espace de parole individuel où elle a pu s'autoriser à exprimer ses ressentis, guidés par leur mise en mots par le thérapeute (« il me semble que vous êtes en colère... »).

Favorisée par la longueur de l'hospitalisation, la préparation de la sortie de l'hôpital fut très angoissante pour elle, venant activer son système d'attachement et amplifier son insécurité interne : l'arrêt des soins était perçu comme un rejet des soignants (malgré la poursuite des soins en ambulatoire), la fin de l'hospitalisation fut ainsi marquée d'une agressivité intense de sa part, d'un refus actif des soins et une perte pondérale associée.

Afin d'apaiser cette anxiété d'attachement, et favoriser une continuité dans le lien thérapeutique, nous lui avons proposé la mise en place de soins séquentiels à l'hôpital, ce qui eut un effet bénéfique global, tant dans le maintien de l'alliance que d'une stabilisation symptomatologique au long cours.

On peut rapprocher de ce concept de soins séquentiels, d'autres modalités thérapeutiques intéressantes dans les TCA. Par exemple, la mise en place de « journées-bilan » en hospitalisation, dans la surveillance du trouble au long cours, permet d'assurer le rôle de « garde-fou », selon les dires d'une patiente, dans la prévention d'une éventuelle rechute :

« Ca me soulage en fait de savoir que je suis suivie et que s'il y a quelque chose qui va mal, je serai aidée, je serai pas toute seule chez moi, et qu'ils (*NDLA, les soignants*) me laisseront pas retomber... redevenir aussi maigre que je l'étais et retomber aussi loin que je l'ai été... »

Le rôle de « base sécurisée » peut aussi être joué par une hospitalisation de jour, afin de favoriser l'« exploration » de la patiente de par le maintien de sa vie socio-relationnelle à l'extérieur, tout en ayant un appui sécurisant et contenant dans le soin à l'hôpital.

Ainsi cette patiente exprimait son vécu du rôle « rassurant » de l'hôpital de jour, comme « béquille » face aux difficultés et au sentiment de solitude vécus à l'extérieur au plan social, professionnel, familial :

« Je sais qu'au moins une fois par semaine en venant ici je serai comprise, épaulée, je sens que j'ai besoin de ce soutien... Parce qu'une fois qu'on est dehors finalement, on est un peu dans la jungle ! »

Il apparaît ainsi qu'un des objectifs de la prise en soin de l'anorexie mentale est d'établir une base sécurisée à ces patients afin de leur permettre d'explorer leurs difficultés affectives, corporelles, relationnelles dans un climat de confiance, au plan individuel mais aussi institutionnel.

CONCLUSION

La théorie de l'attachement apporte un éclairage intéressant dans la genèse des troubles psychiques de par son abord intégratif, au carrefour des courants de pensée développementale, cognitive, systémique et psychodynamique. La psychopathologie serait ainsi à comprendre comme stratégie adaptative face à l'insécurité interne du sujet au plan interpersonnel et affectif.

L'acquisition de liens d'attachement sécures apparaît fréquemment défaillant chez les sujets souffrant de troubles des conduites alimentaires, les contraignant alors dans leur développement d'un « soi social » et émotionnellement stable.

On peut alors comprendre la symptomatologie anorexique au regard de l'attachement comme une stratégie de régulation de leurs affects et de leur distance relationnelle à autrui, soit sous un mode de retrait et évitement affectif, soit par une quête relationnelle visant à pallier leurs angoisses d'abandon.

Cette insécurité interne, affective et relationnelle, viendra alors se rejouer dans les soins, expliquant ainsi les grandes difficultés d'engagement et d'alliance thérapeutique de ces patients, entre retrait et hyper-investissement relationnel, entre méfiance et « collage » dans le soin.

Aussi, considérant la relation thérapeutique comme lien d'attachement en soi, les nombreuses réactions (contre-)transférentielles rencontrées avec les patient(e)s

anorexiques sont à interpréter comme des stratégies pour réguler le stress engendré par la « rencontre » patient/soignant. L'attachement du patient, mais aussi celui du soignant, vont donc venir moduler cette relation de soin, la rencontre de deux styles d'attachement parfois différents voire opposés nécessitant alors un certain accordage afin d'être thérapeutique. Il importe donc pour les soignants de questionner leur propre mode d'attachement, afin de mieux comprendre les contre-attitudes développées face aux patients anorexiques (vécu d'impuissance, échec, surprotection maternante, fascination paralysante...). Quelles que soient les difficultés rencontrées dans la relation avec le patient, pouvoir les verbaliser et en prendre conscience, ce que Fonagy nomme « mentaliser le transfert », est un prérequis indispensable afin que puisse s'opérer une avancée dans le soin.

Il apparaît donc pertinent d'évaluer le style d'attachement des patients anorexiques afin d'adapter les modalités thérapeutiques, et trouver une « juste distance relationnelle » leur permettant d'investir les soins de façon tolérable. Les thérapies groupales, bifocales et à médiation, sont particulièrement indiquées en cas d'insécurité faisant obstacle à la relation duelle, afin de diffracter le transfert sur plusieurs figures d'attachement.

L'importance des expériences antérieures de séparation ou de perte chez les sujets anorexiques nécessite de porter une attention toute particulière aux situations de changements ou interruptions des soins, afin de ne pas venir rejouer leur vécu de rejet ou d'abandon. L'utilisation d'outils tels que les soins séquentiels ou les « journées-bilan » de surveillance semble particulièrement pertinente dans ce contexte.

Aussi, d'un point de vue institutionnel, l'hospitalisation séquentielle mais aussi l'hospitalisation de jour, ont un intérêt dans les TCA en tant que constitution d'une base sécurisée permettant un appui au patient pour favoriser son « exploration » et autonomisation sur l'extérieur.

Comprenant leurs difficultés de régulation émotionnelle comme secondaires à l'insécurité affective vécue dans les liens précoces, un des outils majeurs du soin des TCA est le travail autour des émotions, et le travail associé de développement de leur capacité de mentalisation afin de mieux identifier leurs affects et comprendre ceux de leur entourage affectif notamment familial.

D'autres pistes de recherches nécessitent d'être développées, notamment dans l'apport de l'attachement en thérapie de couple dans les TCA, encore peu exploité.

Aussi, questionner si l'insécurité d'attachement peut être directement une cible thérapeutique (faire évoluer le patient vers une sécurité d'attachement) est une voie de recherche émergente actuellement (Levy et al., 2006 (133), qui apparaît particulièrement intéressante dans le champ de l'anorexie afin d'en améliorer les pratiques de soin.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Roux H, Chapelon E, Godart N. [Epidemiology of anorexia nervosa: a review]. *L'Encéphale*. avr 2013;39(2):85-93.
2. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juill 1998;173:11-53.
3. Lasègue C. *Études médicales*. Blum A, éditeur. Paris, France: Asselin; 1884.
4. Brusset B. *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris, France: Dunod, DL 2008; 2008.
5. Lamas C, Shankland R, Nicolas I, Guelfi J-D. *Les troubles des conduites alimentaires*. Paris, France: Elsevier Masson, DL 2012; 2012.
6. Corcos M, Atger F, Jeammet P. Évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. oct 2003;161(8).
7. Bruch H. *Les yeux et le ventre: l'obèse, l'anorexique*. Paris, France: Payot; 1978. 444 p.
8. Minuchin S, Rosman BL, Baker L, Liebman R. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge (Mass.), Etats-Unis d'Amérique: Harvard University Press; 1978.
9. Palazzoli MS, Pomerans AJ. *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. Northale (N. J.), Etats-Unis d'Amérique, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord; 1996.
10. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2013;26(6):543-8.
11. Haute Autorité de Santé. *Anorexie mentale: Prise en charge. Recommandations de bonnes pratiques*. Paris: HAS, 2010.
12. Jeammet P. *Anorexie boulimie: les paradoxes de l'adolescence*. Paris, France: Hachette littératures; 2008. 239 p.
13. Combe C, Morasz L. *Soigner l'anorexie*. Paris, France: Dunod; 2002.
14. Vincent T. *Soigner les anorexies graves: la jeune fille et la mort*. Toulouse, France: Erès; 2009. 260 p.
15. Birot E, Chabert C, Jeammet P, éditeurs. *Soigner l'anorexie et la boulimie: des psychanalystes à l'hôpital*. Paris, France: Presses universitaires de France; 2006. 237 p.
16. Cyrulnik B. *Sous le signe du lien: une histoire naturelle de l'attachement*. Paris, France: A. Fayard, impr. 2010; 2010. 319 p.
17. Bowlby J. *Attachement et perte*. Paris, France: Presses universitaires de France, 1978; 1978. 539

p.

18. Guédeney N, Guédeney A, Fonagy P. L'attachement: approche théorique. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson, DL 2016; 2016.
19. Guédeney N, Guédeney A, Widlöcher D. L'attachement: concepts et applications. Paris, France: Masson; 2002.
20. Ainsworth MD. L'attachement mère-enfant. *Enfance*. 1983;36(1-2):7-18.
21. Duschinsky R. The emergence of the disorganized/disoriented (D) attachment classification, 1979-1982. *Hist Psychol*. févr 2015;18(1):32-46.
22. Pierrehumbert B. Le premier lien: théorie de l'attachement. Paris, France: O. Jacob, 2003; 2003. 416 p.
23. Ainsworth MD. Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Dev*. déc 1969;40(4):969-1025.
24. Miljkovitch R. L'attachement au cours de la vie: modèles internes opérants et narratifs. Paris, France: P.U.F; 2014.
25. Mistycki V, Guedeney N. Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Rech Soins Infirm*. 2007;89(2):43.
26. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Dev*. juin 2000;71(3):684-9.
27. van IJzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull*. mai 1995;117(3):387-403.
28. Golse B. La pulsion d'attachement. *Psychiatr Enfant*. 2004;47(1):5.
29. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attach Hum Dev*. sept 2002;4(2):133-61.
30. Fonagy P. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. London, Etats-Unis d'Amérique; 2002.
31. Fonagy P, Target M. The mentalization-focused approach to self pathology. *J Personal Disord*. déc 2006;20(6):544-76.
32. Dodin V. Victor et ses démons. Paris, France: DDB, Desclée de Brouwer; 2015. 274 p.
33. Kobak RR, Sceery A. Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Dev*. févr 1988;59(1):135-46.
34. Atger F. Attachement, psychopathologie et traitement des adolescents. *Enfances Psy*. 2015;(2):44-53.
35. Atger F. L'attachement à l'adolescence. *Dialogue*. 2007;175(1):73.
36. Allen JP, Miga EM. Attachment in adolescence: A move to the level of emotion regulation. *J Soc Pers Relatsh*. 1 janv 2010;27(2):181-90.

37. Habets I. Liens d'attachement à l'adolescence, une inscription dans le temps et dans l'espace de la famille et de la société. *Thérapie Fam.* 2014;35(3):311.
38. Jeammet P. Gérer la distance relationnelle aux objets d'attachement, une des tâches essentielles de l'adolescence. *Carnet Psy.* 2007;11-20.
39. Holmes J. Attachment, autonomy, intimacy: some clinical implications of attachment theory. *Br J Med Psychol.* sept 1997;70 (Pt 3):231-48.
40. Solomon J, George C. The caregiving system in mothers of infants: a comparison of divorcing and married mothers. *Attach Hum Dev.* sept 1999;1(2):171-90.
41. Cassidy J. Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994;59(2-3):228-49.
42. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol.* mars 1987;52(3):511-24.
43. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry.* 2012;11(1):11-5.
44. Miljkovitch R. Les fondations du lien amoureux. Paris, France: Presses universitaires de France; 2009.
45. Blanchard M. De l'attachement filial à l'attachement amoureux : un lien pour la vie ? *Thérapie Fam.* 2007;28(4):415.
46. Byng-Hall J. Creating a secure family base: some implications of attachment theory for family therapy. *Fam Process.* mars 1995;34(1):45-58.
47. Delage M, Cyrulnik B, Benghozi P-J, Clervoy P, Petitjean M, Perrin F, et al. La famille et les liens d'attachement en thérapie. *Thérapie Fam.* 2006;27(3):243.
48. Anzieu D, Bowlby J, Chauvin R, Duyckaerts F, Harlow HF, Koupernik C, et al. *L'attachement.* Neuchâtel, Suisse; 1974. 209 p.
49. Bader M, Balleyguier G, Favez N. *L'attachement: de la théorie à la clinique.* Pierrehumbert B, éditeur. Ramonville Saint-Agne, France: Éd. Érès, DL 2005; 2005. 142 p.
50. Klein M, Riviere J. *L'Amour et la haine: le besoin de réparation, étude psychanalytique.* Paris, France: Payot; 1984. 155 p.
51. Winnicott DW, Sauguet H, Kalmanovitch J. *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris: Payot; 1987.
52. Anzieu D. *Le Moi-peau.* Paris, France: Dunod, DL 1985; 1985.
53. Fonagy P. *Attachment theory and psychoanalysis.* New York (N.Y), Etats-Unis d'Amérique: Other Press; 2001.
54. Attale C, M Consoli S. [Value of the concept of attachment in somatic medicine]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 15 janv 2005;34(1):42-8.
55. Ardovini C. Attachment theory, metacognitive functions and the therapeutic relationship in eating disorders. *Eat Weight Disord-Stud Anorex Bulim Obes.* 2002;7(4):328-31.

56. Daniel SIF. Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clin Psychol Rev.* déc 2006;26(8):968-84.
57. Crittenden PM. A Dynamic-Maturational Model of Attachment. *Aust N Z J Fam Ther.* 2006;27(2):105-15.
58. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(1):22-31.
59. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment, group-related processes, and psychotherapy. *Int J Group Psychother.* avr 2007;57(2):233-45.
60. Bowlby J. *A secure base: clinical applications of attachment theory.* London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord: Routledge; 1988. xii+180 p.
61. Holmes J. Attachment theory: a biological basis for psychotherapy? *Br J Psychiatry J Ment Sci.* oct 1993;163:430-8.
62. Smith AEM, Msetfi RM, Golding L. Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* avr 2010;30(3):326-37.
63. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry.* 2010;9(1):11-5.
64. Ramacciotti DA, Sorbello M, Pazzagli A, Vismara L, Mancone A, Pallanti S. Attachment processes in eating disorders. *Eat Weight Disord-Stud Anorex Bulim Obes.* 2001;6(3):166-70.
65. Kuipers GS, van Loenhout Z, van der Ark LA, Bekker MHJ. Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attach Hum Dev.* 26 janv 2016;1-23.
66. Tasca GA, Balfour L. Attachment and eating disorders: A review of current research. *Int J Eat Disord.* nov 2014;47(7):710-7.
67. Ward A, Ramsay R, Treasure J. Attachment research in eating disorders. *Br J Med Psychol.* 2000;73(1):35-51.
68. Tereno S, Soares I, Martins C, Celani M, Sampaio D. Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: a study with eating disordered patients, their parents and therapists. *Eur Eat Disord Rev.* janv 2008;16(1):49-58.
69. Barone L, Guiducci V. Mental representations of attachment in eating disorders: a pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attach Hum Dev.* juill 2009;11(4):405-17.
70. Tasca GA, Kowal J, Balfour L, Ritchie K, Virley B, Bissada H. An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. *Eat Behav.* août 2006;7(3):252-7.
71. Raynault A, Rousselet M, Acier D, Grall-Bronnec M. Caractéristiques associées à l'attachement insécuré dans l'anorexie mentale. *Ann Méd-Psychol.* 2015;
72. Zachrisson HD, Skårderud F. Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* mars 2010;18(2):97-106.

73. O’Kearney R. Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of theory and empirical research. *Int J Eat Disord.* sept 1996;20(2):115-27.
74. Zachrisson HD, Kulbotten GR. Attachment in anorexia nervosa: an exploration of associations with eating disorder psychopathology and psychiatric symptoms. *Eat Weight Disord-Stud Anorex Bulim Obes.* 2006;11(4):163-70.
75. Masterson JF. *The psychiatric dilemma of adolescence.* London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d’Irlande du Nord: J. & A. Churchill; 1967. 217 p.
76. Carraz J, Perroud A. *Anorexie et boulimie: approche dialectique.* Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2009.
77. Doba K, Nandrino J-L. Dérèglements émotionnels dans l’anorexie mentale : perspective interactionniste. *Bull Psychol.* 2008;Numéro 494(2):145.
78. Tasca GA, Szadkowski L, Illing V, Trinneer A, Grenon R, Demidenko N, et al. Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personal Individ Differ.* oct 2009;47(6):662-7.
79. Sharp C, Williams LL, Ha C, Baumgardner J, Michonski J, Seals R, et al. The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bull Menninger Clin.* 2009;73(4):311-38.
80. Skårderud F. Eating one’s words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa—an outline for a treatment and training manual. *Eur Eat Disord Rev.* sept 2007;15(5):323-39.
81. Russell TA, Schmidt U, Doherty L, Young V, Tchanturia K. Aspects of social cognition in anorexia nervosa: affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Res.* 15 août 2009;168(3):181-5.
82. Troisi A, Di Lorenzo G, Alcini S, Nanni RC, Di Pasquale C, Siracusano A. Body Dissatisfaction in Women With Eating Disorders: Relationship to Early Separation Anxiety and Insecure Attachment: *Psychosom Med.* mai 2006;68(3):449-53.
83. Keating L, Tasca GA, Hill R. Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eat Behav.* août 2013;14(3):366-73.
84. Nowakowski ME, McFarlane T, Cassin S. Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *J Eat Disord.* 2013;1:21.
85. Hardit SK, Hannum JW. Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction. *Body Image.* sept 2012;9(4):469-75.
86. Hirot F, Lesage M, Pedron L, Meyer I, Thomas P, Cottencin O, et al. Impaired processing of self-face recognition in anorexia nervosa. *Eat Weight Disord EWD.* mars 2016;21(1):31-40.
87. Guardia D, Conversy L, Jardri R, Lafargue G, Thomas P, Dodin V, et al. Imagining one’s own and someone else’s body actions: dissociation in anorexia nervosa. *PloS One.* 2012;7(8):e43241.
88. Boone L. Are attachment styles differentially related to interpersonal perfectionism and binge eating symptoms? *Personal Individ Differ.* juin 2013;54(8):931-5.

89. Dakanalis A, Timko CA, Zanetti MA, Rinaldi L, Prunas A, Carrà G, et al. Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: A latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psychiatry Res.* janv 2014;215(1):176-84.
90. Tasca GA, Ritchie K, Balfour L. Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy.* sept 2011;48(3):249-59.
91. Murphy R, Straebler S, Basden S, Cooper Z, Fairburn CG. Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders: Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders. *Clin Psychol Psychother.* mars 2012;19(2):150-8.
92. Lev-Ari L, Baumgarten-Katz I, Zohar AH. Show Me Your Friends, and I Shall Show You Who You Are: The Way Attachment and Social Comparisons Influence Body Dissatisfaction: Attachment and Social Comparisons Influence Body Dissatisfaction. *Eur Eat Disord Rev.* nov 2014;22(6):463-9.
93. Rothschild-Yakar L, Levy-Shiff R, Fridman-Balaban R, Gur E, Stein D. Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(7):501-7.
94. Salzman JP. Ambivalent attachment in female adolescents: association with affective instability and eating disorders. *Int J Eat Disord.* avr 1997;21(3):251-9.
95. Dallos R, Denford S. A Qualitative Exploration of Relationship and Attachment Themes in Families with an Eating Disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 1 avr 2008;13(2):305-22.
96. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Steele M, Steele H, Treasure J. Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *Br J Med Psychol.* 2001;74(4):497-505.
97. Delannes S, Doyen C, Cook-Darzens S, Mouren M-C. Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* sept 2006;164(7):565-72.
98. Ringer F, Crittenden PM. Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* mars 2007;15(2):119-30.
99. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry.* août 2007;164(8):1259-65.
100. Vandereycken W, Devidt K. Dropping out from a specialized inpatient treatment for eating disorders: the perception of patients and staff. *Eat Disord.* avr 2010;18(2):140-7.
101. Vandereycken W, Van Humbeeck I. Denial and concealment of eating disorders: a retrospective survey. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mars 2008;16(2):109-14.
102. Cortina M. The Use of Attachment Theory in the Clinical Dialogue with Patients. *Psychodyn Psychiatry.* 2013;41(3):397-417.
103. Treasure JL, Katzman M, Schmidt U, Troop N, Todd G, de Silva P. Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther.* mai 1999;37(5):405-18.
104. Freud S, Dejours C. *La technique psychanalytique.* Paris, France: Presses universitaires de

- France, DL 2010; 2010.
105. Eames V, Roth A. Patient attachment orientation and the early working alliance-a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychother Res J Soc Psychother Res.* déc 2000;10(4):421-34.
106. Dozier M, Lomax L, Tyrrell CL, Lee SW. The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attach Hum Dev.* avr 2001;3(1):62-76.
107. Leiper R, Casares P. An investigation of the attachment organization of clinical psychologists and its relationship to clinical practice. *Br J Med Psychol.* déc 2000;73 Pt 4:449-64.
108. Rubino G, Barker C, Roth T, Fearon P. Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: the role of therapist and patient attachment styles. *Psychother Res J Soc Psychother Res.* déc 2000;10(4):408-20.
109. Levy KN, Meehan KB, Temes CM, Yeomans FE. Attachment Theory and Research: Implications for Psychodynamic Psychotherapy. In: Levy RA, Ablon JS, Kächele H, éditeurs. *Psychodynamic Psychotherapy Research.* Humana Press; 2012. p. 401-16.
110. Tan A, Zimmermann C, Rodin G. Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliat Med.* mars 2005;19(2):143-50.
111. Diane Barth F. Hidden Eating Disorders: Attachment and Affect Regulation in the Therapeutic Relationship. *Clin Soc Work J.* déc 2008;36(4):355-65.
112. Pearlman E. Terror of desire: the etiology of eating disorders from an attachment theory perspective. *Psychoanal Rev.* avr 2005;92(2):223-35.
113. Corcos M. *Le corps absent: approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires.* Paris, France: Dunod; 2010.
114. Mallinckrodt B. Attachment, Social Competencies, Social Support, and Interpersonal Process in Psychotherapy. *Psychother Res.* 1 sept 2000;10(3):239-66.
115. Mallinckrodt B, Gantt DL, Coble HM. Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *J Couns Psychol.* 1995;42(3):307.
116. Dolhanty J, Greenberg LS. Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother.* juill 2009;16(4):336-82.
117. Tasca GA, Taylor D, Ritchie K, Balfour L. Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *J Pers Assess.* 2004;83(3):201-12.
118. Illing V, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *J Nerv Ment Dis.* sept 2010;198(9):653-9.
119. Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy.* New York (N.Y.), Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord: Basic Books; 2005.
120. Marmarosh CL, Tasca GA. Adult Attachment Anxiety: Using Group Therapy to Promote Change: Attachment Anxiety in Group Therapy. *J Clin Psychol.* nov 2013;69(11):1172-82.

121. Corcos M. La thérapie bifocale dans la dépression à l'adolescence. Indications et intérêt. *Neuropsychiatr L'enfant L'adolescent*. 1999;47(4).
122. Liotti G, Cortina M, Farina B. Attachment theory and multiple integrated treatments of borderline patients. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2008;36(2):295-315.
123. Duesund L, Skarderud F. Use the body and forget the body: Treating anorexia nervosa with adapted physical activity. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2003;8(1):53-72.
124. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment. *Psychoanal Inq*. nov 2013;33(6):595-613.
125. Cook-Darzens S, Doyen C, Mouren M-C. Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: current research evidence and its therapeutic implications. *Eat Weight Disord EWD*. déc 2008;13(4):157-70.
126. Dallos R. Attachment narrative therapy: integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *J Fam Ther*. févr 2004;26(1):40-65.
127. Frias I, Testart M-L, Brigot M-N, Vanhalst D, Kiebbe F, Obadia J, et al. Le corps anorexique comme le lieu d'expression d'une souffrance familiale. *L'Évolution Psychiatr*. avr 2010;75(2):239-47.
128. Dodin V, Testart M-L, André C, Foxy. *Comprendre l'anorexie*. Paris, France: Seuil; 2004. 301 p.
129. Real del Sarte O. Perspectives piagétienne sur l'attachement: Une ressource pour la thérapie systémique ? *Thérapie Fam*. 2008;29(1):5.
130. Johnson S, Zuccarini D. Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *J Marital Fam Ther*. oct 2010;36(4):431-45.
131. Bulik CM, Baucom DH, Kirby JS. Treating Anorexia Nervosa in the Couple Context. *J Cogn Psychother*. 1 févr 2012;26(1):19-33.
132. Gendrault C. L'hospitalisation séquentielle: intérêt thérapeutique dans les troubles de l'attachement. *Inf Psychiatr*. 2015;91(5):365-72.
133. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, et al. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. déc 2006;74(6):1027-40.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques des TCA selon le DSM-5

ANOREXIA NERVOSA
<p>A. Restriction of energy intake relative to requirements leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. Significantly low weight is defined as a weight that is less than minimally normal, or, for children and adolescents, less than that minimally expected.</p> <p>B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.</p> <p>C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.</p> <p><u>Specify current type:</u></p> <p>-Restricting Type: during the last three months, the person has not engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)</p> <p>-Binge-Eating/Purging Type: during the last three months, the person has engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)</p>

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

BINGE EATING DISORDER

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

EDNOS (*Eating Disorders Not Otherwise Specified*)

-Atypical Anorexia Nervosa

All of the criteria for Anorexia Nervosa are met, except that, despite significant weight loss, the individual's weight is within or above the normal range.

-Subthreshold Bulimia Nervosa (low frequency or limited duration):

All of the criteria for Bulimia Nervosa are met, except that the binge eating and inappropriate compensatory behaviors occur, on average, less than once a week and/or for less than for 3 months.

-Subthreshold Binge Eating Disorder (low frequency or limited duration):

All of the criteria for BED are met, except that the binge eating occurs, on average, less than once a week and/or for less than for 3 months.

-Purging Disorder

Recurrent purging behavior to influence weight or shape, such as self-induced vomiting, misuse of laxatives, diuretics, or other medications, in the absence of binge eating. Self-evaluation is unduly influenced by body shape or weight or there is an intense fear of gaining weight or becoming fat.

-Night Eating Syndrome

Recurrent episodes of night eating, as manifested by eating after awakening from sleep or excessive food consumption after the evening meal. There is awareness and recall of the eating. The night eating is not better accounted for by external influences such as changes in the individual's sleep/wake cycle or by local social norms. The night eating is associated with significant distress and/or impairment in functioning. The disordered pattern of eating is not better accounted for by BED, another psychiatric disorder, substance abuse or dependence, a general medical disorder, or an effect of medication.

-Other Feeding or Eating Condition Not Elsewhere Classified

This is a residual category for clinically significant problems meeting the definition of a Feeding or Eating Disorder but not satisfying the criteria for any other Disorder or Condition.

Annexe 2 : Critères diagnostiques des TCA selon la CIM-10

ANOREXIE MENTALE

A) **Poids corporel inférieur à la normale de 15 %** (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.

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

C) Une psychopathologie spécifique consistant en une **perturbation de l'image du corps** associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la **peur de grossir**. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.

D) Présence d'un **trouble endocrinien** diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.

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

Diagnostic différentiel : le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.

BOULIMIE

A. **Préoccupation** persistante concernant l'**alimentation**, besoin irrésistible de nourriture, et épisodes d'**hyperphagie** avec consommation rapide de grandes quantités de nourriture en un temps limité.

B. Le sujet tente de **neutraliser la prise de poids** liée à la nourriture en recourant à l'un au moins des moyens suivants : des vomissements provoqués, l'utilisation abusive de laxatifs, l'alternance avec des périodes de jeûne, l'utilisation de « coupe-faim », de préparations thyroïdiennes ou de diurétiques. Quand la boulimie survient chez des patients diabétiques, ceux-ci peuvent sciemment négliger leur traitement insulinaire.

C. Des manifestations psychopathologiques, p. ex. une **Crainte morbide de grossir**, amenant le sujet à s'imposer un poids très précis, nettement inférieur au poids pré-morbide représentant le poids optimal ou idéal selon le jugement du médecin. Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale, survenu de quelques mois à plusieurs années auparavant ; il peut s'agir d'une anorexie mentale authentique ou d'une forme cryptique mineure avec perte de poids modérée ou phase transitoire d'aménorrhée.

AUTEUR : Nom : PETERSSON

Prénom : Christelle

Date de Soutenance : Mardi 7 juin 2016

Titre de la Thèse : Apports de la théorie de l'attachement dans le soin de l'anorexie mentale chez l'adulte

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : DES de Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : trouble du comportement alimentaire, anorexie mentale, attachement, soin, psychothérapie, adulte

Résumé :

Contexte : Les troubles des conduites alimentaires sont une entité pathologique complexe, dont la fragilité du lien à l'autre est une problématique centrale. Ce trouble du lien interpersonnel et affectif rend la prise en charge de ces patient(e)s difficile, compliquant la création d'une alliance thérapeutique de qualité.

Méthode : En nous appuyant sur une revue de la littérature étayée par notre expérience clinique, nous avons pu constater que la théorie de l'attachement apporte un éclairage pertinent sur ces obstacles dans le soin de l'anorexie mentale, considérant la fréquence des problématiques d'attachement chez ces patients, et leur influence au plan psychopathologique.

Résultats : Il apparaît ainsi important d'évaluer le profil d'attachement du patient afin d'adapter les modalités thérapeutiques en fonction. Au plan relationnel, l'attachement est sollicité dans la relation de soin, aussi bien chez le patient que le soignant, expliquant les importantes difficultés (contre-) transférentielles.

Conclusion : Des outils comme les thérapies de groupe ou bifocales favorisent ainsi l'aménagement d'une « juste » distance relationnelle en cas d'insécurité forte dans le lien duel à l'autre. Au plan affectif, l'attachement apporte des outils de travail pertinents pour renforcer leur conscience émotionnelle et leurs capacités de mentalisation ; ces outils sont intéressants aussi à intégrer dans un travail familial ou de couple. Les difficultés d'attachement dans les TCA expliquent aussi l'intérêt de soins séquentiels dans cette pathologie en pratique clinique : établir une base sécurisée dans le soin institutionnel et psychothérapeutique, constitue ainsi un objectif thérapeutique majeur de l'anorexie mentale.

Composition du Jury :

Président : Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs : Professeur Olivier COTTENCIN, Professeur Renaud JARDRI, Professeur Vincent DODIN, Docteur Marion HENDRICKX