

Le poids des émotions dans les troubles du comportement alimentaire



© Nirine Arnold - photographe humaniste, mars 2017, www.nirinearnold.com

Université de Lausanne
Faculté des sciences sociales et politiques
Semestre de printemps 2020

**Le poids des émotions dans les troubles du
comportement alimentaire**

Travail de Master réalisé par :
Lisa De Paz
Master en psychologie clinique et psychopathologie

Sous la direction de :
Piot-Ziegler Chantal PhD, MER 1

Remerciements :

Tout d'abord, je remercie ma directrice de Mémoire, Madame Chantal Piot-Ziegler, pour son temps, sa disponibilité, et ses précieux conseils. Ayant fait passer ma santé avant mes études, j'ai dû repousser à plusieurs reprises l'échéance de ce mémoire, et Madame Piot-Ziegler a fait preuve de beaucoup de flexibilité, ainsi que d'une grande compréhension.

Je tiens également à remercier profondément Madame Sophie Vust, qui fut pour moi une réelle source d'inspiration. Il est rare de rencontrer une personne dotée d'autant de détermination, de volonté et surtout de tant de bienveillance.

Je remercie aussi ma psychologue et l'infirmière spécialisée qui me suivent depuis 10 ans, Madame Samantha Kohler et Madame Lena Garcia, ainsi que mon ancienne psychiatre, Madame Isabelle Lyon-Pagès, car sans elles, il est certain que je n'aurais jamais pu parcourir tout ce chemin. Je remercie aussi l'assistante sociale Odile Bonjour, dont l'aide fut très précieuse pour retrouver une certaine stabilité. J'ai vraiment été chanceuse de tomber sur un réseau aussi compétent, et elles sont la preuve vivante qu'il existe des professionnels de la santé compétents, extrêmement bien formés et dont la bienveillance, le dévouement et le soutien sont un réel cadeau.

Merci également à toute ma famille et tous mes proches qui me soutiennent, m'accompagnent et m'encouragent sans relâche. Je tiens spécialement à remercier ma marraine de cœur, Sylvie Muller, pour ses relectures et ses conseils.

Je souhaite aussi remercier une personne qui ne s'est probablement pas rendue compte du cadeau qu'elle m'a fait, et surtout de l'impact qu'il a eu sur moi. J'ai eu l'immense honneur d'être choisie pour être marraine, et ce jour là, ma cousine Nathalie Zbinden, m'a offert une place que je n'aurais jamais pensé pouvoir avoir, et encore moins mériter.

Bien que ce soit loin d'être suffisant pour exprimer ce que je ressens vraiment, pour terminer je désire remercier tout particulièrement mes parents, mon frère et la magnifique personne qui partage ma vie, Jordan. Je suis consciente que ça n'a pas toujours été facile, mais grâce à eux, j'ai eu la preuve que l'amour peut bel et bien être inconditionnel.

Résumé :

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont un problème de santé publique majeur, étant les maladies psychiques les plus mortelles (Vitiello et Lederhendler, 2000, in Hatch et al., 2010). Leur impact sur la vie d'une personne et la souffrance qu'ils engendrent sont indéniables, quand bien même un flou persiste toujours autour de ces maladies. Une amélioration des connaissances quant à leurs causes, leurs symptômes, leurs traitements et leurs prises en charge est nécessaire, notamment en ce qui concerne leurs liens aux émotions. Ces dernières jouent un rôle majeur dans le fonctionnement humain, et il s'avère qu'elles jouent également un rôle important dans le développement, l'évolution, le maintien et le traitement des TCA, plus particulièrement en ce qui concerne le processus de régulation émotionnelle. Si ce processus est mal adapté, il peut en effet aboutir au développement de pathologies psychiques (Sander et Scherer, 2009).

A l'aide d'une partie théorique et d'une partie contenant le témoignage d'une personne souffrant de TCA, ce mémoire de Master a pour but d'approfondir les connaissances quant au lien qui lie les émotions et les TCA. Il ressort que ce lien est important à prendre en compte dans le traitement et la prise en charge d'un TCA, ces derniers pouvant effectivement être le résultat d'une mauvaise stratégie de régulation émotionnelle. Néanmoins, il ressort aussi de ce travail de mémoire que la prise en compte des facteurs émotionnels ne se suffit pas à elle seule pour des interventions et des traitements efficaces des TCA. La réalité de chaque individu est différente, et il est primordial de prendre en compte tous les facteurs ayant un impact sur développement, l'évolution, le maintien et le traitement d'un TCA, et non pas s'arrêter à un seul facteur précis. Pour ce faire, la variabilité individuelle doit impérativement être prise en compte.

Mots-clés :

Troubles du comportement alimentaire (TCA) ; anorexie ; boulimie ; troubles du comportement alimentaire atypiques (TCAA) ; émotions ; régulation émotionnelle ; théorie ; réalité

Abstract :

Eating disorders (ED) are a major public health problem, being the deadliest of all mental illnesses (Vitiello and Lederhendler, 2000, in Hatch et al., 2010). Their impact on a person's life and the suffering they cause is undeniable, even though there is still a lack of clarity around these diseases. There is a need for deeper knowledge about their causes, symptoms, treatments and management, particularly with regard to their links with emotions. The latter play a major role in human functioning, and it appears that they also play an important role in the development, evolution, persistence and treatment of ED, particularly with regard to the process of emotional regulation. If this process is poorly adapted, it can indeed lead to the development of psychic pathologies (Sander and Scherer, 2009).

Through a theoretical part followed by a part containing the testimony of a person suffering from ED, this master's thesis aims to deepen the knowledge about the link between emotions and ED. It appears that this link is important to take into account in the treatment and management of ED, which can indeed be the result of a poor emotional regulation strategy. However, this thesis also shows that taking emotional factors into account alone is not sufficient for effective intervention and treatment of ED. Each individual's reality is different, and it is essential to consider all the factors that have an impact on the development, progression, persistence and treatment of an ED, and not just one specific factor. In order to do this, it is imperative that individual variability is taken into account.

Keywords :

Eating disorders (ED) ; anorexia ; bulimia ; eating disorders NOS¹ (EDNOS) ; emotions ; emotional regulation ; theory ; reality

¹ 'Eating Disorder "Not Otherwise Specified"' (Fairburn et Bohn, 2005, p.691).

Table des matières

Introduction :	8
Chapitre 1 : Les troubles du comportement alimentaire	10
Les troubles du comportement alimentaire :	10
L’anorexie mentale :	16
La boulimie :	25
Les troubles du comportement alimentaire atypiques (TCAA) :	27
Tableau récapitulatif : Les trois formes de TCA.....	32
Tableau 1.1 : Les différences entre les trois formes de TCA.....	32
Les modèles théoriques psychologiques des TCA :	34
Chapitre 2 : Les émotions.....	37
Les émotions :	37
La régulation émotionnelle :	40
Chapitre 3 : Le(s) lien(s) entre les émotions et les TCA	44
Le(s) lien(s) entre les émotions et les TCA :	44
Les différents modèles et leurs implications :	45
Le modèle à cinq voies :.....	45
Le modèle de la fuite :.....	54
L’impact du stress sur l’alimentation :.....	58
Le modèle des limites :.....	60
Le rôle de la mémoire de travail dans l’alimentation émotionnelle :.....	62
Une alimentation ironique et paradoxale :	66
La théorie du processus ironique :.....	66
Le syndrome de famine :.....	69
Les TCA, le résultat d’une mauvaise régulation émotionnelle ?	71
La “confusion” entre la faim et les émotions :.....	71
L’alexithymie :.....	74
L’intelligence émotionnelle :.....	81
Les émotions dans l’anorexie et les TCA :.....	83
Tableaux récapitulatifs : Apports et critiques du chapitre 3	89
Tableau 2.1 : Une première vision globale.....	89
Tableau 2.2 : Les causes possibles de la suralimentation.....	91
Tableau 2.3 : La régulation émotionnelle au travers des TCA.....	95

Chapitre 4 : La théorie face à une réalité.....	100
Ma réalité :.....	100
Mon parcours jusqu'à l'expression des TCA :.....	101
Des « prédispositions » :	101
Des difficultés à trouver ma place :.....	103
Un mal-être grandissant :	104
Un premier signal d'alarme :	105
Une première rencontre maladroite avec le monde de la psychologie :	107
La mise en place d'une mauvaise stratégie de régulation émotionnelle ?.....	107
« Mes » TCA et leur(s) lien(s) avec les émotions :	111
L'anesthésie émotionnelle :	111
Des émotions incontrôlables et un besoin de les diminuer :.....	113
L' "utilité" des TCA :.....	116
Les conséquences des TCA :	118
Une nécessité de changement :.....	121
Un combat qui n'est pas fini:.....	129
Ma réalité face à la théorie:	138
Discussion :.....	146
Conclusion :	149
Bibliographie :	152
Références primaires :	152
Références secondaires :	159
Annexe :.....	196

Introduction :

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont « des troubles psychiques » actuellement reconnus et dont l'impact sur la santé et la vie d'une personne malade est indéniable. En effet, les TCA sont les maladies psychiques les plus mortelles (Vitiello et Lederhendler, 2000, in Hatch et al., 2010, p.165), et elles sont donc un problème de santé publique majeur. Cependant, bien qu'on commence de plus en plus à en entendre parler, un grand flou persiste encore autour de ces maladies. Les causes, les symptômes, les traitements ou encore la population touchée par des TCA sont des aspects de la maladie toujours teintés d'incompréhensions, de stéréotypes et de préjugés. Pour ce qui est de leur prise en charge, il y a un manque considérable d'infrastructures spécialisées dans leur traitement, à tel point qu'il y a des listes d'attentes pour avoir accès à des soins adaptés. Il y a probablement de bonnes raisons qui se cachent derrière ce manque d'infrastructure, du moins il est préférable de le voir ainsi, car en mon sens, il serait scandaleux qu'un manque économique ou qu'un manque de connaissance sur la gravité ou l'ampleur de l'impact d'un TCA sur la vie d'une personne puisse encore servir d'explication aujourd'hui. En plus du manque d'infrastructures, il y a également un manque de professionnels de la santé qui soient suffisamment et correctement formés quant au traitement et à la prise en charge des TCA, et malheureusement beaucoup sont encore bien trop limités par des croyances et des stéréotypes. En effet, une personne peut souffrir de TCA sans pour autant être squelettique ou à l'inverse obèse.

Les manques sont évidents, mais la complexité qui peut être associée aux TCA y joue probablement un rôle majeur. Créer plus d'espaces dédiés aux traitements des TCA ainsi que prodiguer des soins plus adaptés est effectivement une nécessité, néanmoins, les TCA sont des maladies pouvant être très difficiles à comprendre, leurs causes étant multifactorielles, les prises en charge des personnes atteintes pouvant passablement varier selon l'évolution de la maladie, et les traitements devant être individualisés. En effet, chaque personne est différente, et il est donc primordial de ne pas s'arrêter uniquement aux symptômes d'une personne souffrant de TCA, son histoire personnelle pouvant amener beaucoup de réponses, d'outils ou de pistes quant à la meilleure façon de la prendre en charge. Les difficultés qui entourent les TCA sont vraiment importantes, et il semble donc impératif de continuer à étudier et à approfondir les connaissances sur les causes des TCA, sur les traitements, ainsi que sur les diverses modalités de prises en charge possibles.

Les émotions sont étudiées depuis des siècles, et bien qu'elles ressortent comme étant un terme familier, des difficultés persistent en ce qui concerne leur compréhension et leur définition. Cependant, grâce à la psychologie des émotions, leur étude a connu un grand tournant dans les années quatre-vingts, ce qui a conduit à de grandes avancées scientifiques (Sander et Scherer, 2009). En effet, nous savons aujourd'hui que les émotions jouent un rôle important dans le fonctionnement humain, ces dernières étant « un système inné et adaptatif qui a évolué pour nous aider à survivre et à nous épanouir » (Greenberg, 2010, p.1). Elles sont liées à nos besoins, et si on est à leur écoute, elles nous guident et nous préparent dans diverses situations, et elles peuvent aussi nous alerter en cas de danger (Greenberg, 2010).

La prise en compte des émotions et de leur impact semble donc nécessaire à tout traitement, néanmoins, cela est loin d'être toujours le cas en ce qui concerne les TCA. Il semble en effet qu'il y ait là aussi un certain manque d'information, de connaissance ou encore de prise de conscience, quand bien même il est aujourd'hui avéré que les émotions, notamment le processus de régulation émotionnelle, peuvent jouer un rôle majeur dans le développement, le maintien et le traitement de certaines maladies, comme par exemple les TCA (Sander et Scherer, 2009).

A l'aide de ce mémoire, je désire donc mettre en lumière le/s lien/s qui existe/nt entre les TCA et les émotions. Selon moi, prendre en compte les émotions lors du traitement et la prise en charge d'une personne souffrant de TCA est indispensable si l'on veut favoriser une évolution positive et durable de tels troubles du lien à l'alimentation. Je me permets ici de parler en mon nom, car je souffre moi-même de TCA depuis maintenant 10 ans. En effet, j'ai pu expérimenter la complexité de ces troubles, mais également leurs liens aux émotions, raison pour laquelle je compte intégrer une part de vécu dans ce travail et ainsi me positionner par rapport à l'écart éventuel perçu entre la théorie et la réalité. Après vous avoir brièvement expliqué ce que sont les TCA, je vais tenter d'expliquer ce que sont les émotions. Une fois ces aspects présentés, je vais exposer les principales connaissances actuelles sur leur lien, et je vais également démontrer en quoi leur prise en compte peut s'avérer efficace dans le traitement et la prise en charge des TCA. Pour finir, je vais mettre en parallèle les connaissances actuelles avec mon propre vécu, afin de pouvoir illustrer, ou non, la théorie par une réalité.

Chapitre 1 : Les troubles du comportement alimentaire

Dans ce chapitre, je vais commencer par vous expliquer de manière générale ce que sont les troubles du comportement alimentaire (TCA), en expliquant également quelles sont les conséquences et les causes possibles de tels troubles. Ensuite, je vais présenter les trois formes sous lesquelles les TCA peuvent apparaître, c'est-à-dire l'anorexie, la boulimie et les troubles du comportement alimentaire atypiques (TCAA). Je vais définir chacune de ces formes, tout en expliquant leurs caractéristiques spécifiques, leurs conséquences, leur potentielle évolution ainsi que les traitements les plus indiqués.

Les troubles du comportement alimentaire :

- Définition et caractéristiques des TCA

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont définis par « l'association durable de perturbations du comportement alimentaire, de troubles de la perception de l'image corporelle et d'obsessions quant au poids et à l'alimentation ayant des conséquences néfastes pour la santé » (Fairburn et Brownell, 2002, in Grigioni, Garcia et Déchelotte, 2012). Le terme de troubles alimentaires est aussi utilisé dans la littérature pour décrire un certain nombre de comportements déviants par rapport à l'alimentation ou aux aliments, comme par exemple les régimes excessifs, les vomissements pour perdre du poids, les préoccupations excessives autour de la nourriture, ou encore l'exercice physique excessif (Striegel-Moore et al., 1989 ; Yost et Smith, 2012, in Zysberg, 2014).

L'étude des TCA est un domaine de recherche scientifique relativement récent, ayant pris une certaine ampleur dans les années 1960 et révélant une prévalence croissante de ces troubles (Hudson et al., 2007 ; Polivy et Herman, 2002, in Zysberg, 2014). Cette dernière atteindrait jusqu'à 20% de la population (Grigioni et Déchelotte, 2012). On peut se demander si cette augmentation de la prévalence est due à une évolution sociétale, ou est-ce qu'elle est plutôt due à une augmentation des connaissances, des diagnostics et de l'accompagnement des TCA. Quand on sait que la première description de l'anorexie mentale date du 17^{ème} siècle, il semble illusoire de croire que les TCA ne soient que le fruit de la société du 21^{ème} siècle. Néanmoins, il est indéniable que la société actuelle offre un nombre inégalé de conditions favorables au développement des TCA. Par ailleurs, bien qu'il reste du chemin à faire, les connaissances sur les TCA n'ont fait qu'augmenter, et il semble en effet qu'il soit plus

« facile » de les repérer. L'augmentation de la prévalence des TCA en générale est donc probablement due à une combinaison entre une influence socioculturelle et des avancées en ce qui concerne leur repérage et leur compréhension.

Ces troubles peuvent apparaître sous diverses formes : l'anorexie, la boulimie ou les troubles du comportement alimentaire atypiques (TCAA). L'anorexie et la boulimie sont les formes les plus connues, tant parmi les professionnels de la santé que parmi le grand public, alors qu'en réalité ils ne représentent que 10% et 20% de l'ensemble de TCA. En effet, se sont les TCAA qui représentent la plus grande partie, ces derniers pouvant représenter jusqu'à 70% des TCA (Grigioni, Garcia et Déchelotte, 2012). Les TCAA englobent tous les troubles alimentaires n'entrant pas dans les catégories spécifiques de l'anorexie ou de la boulimie, mais ils sont effectivement bien moins connus, quand bien même ils peuvent être tout aussi graves et engendrer une détresse psychologique et physique intense chez une personne malade. Cette méconnaissance peut certainement être expliquée par le fait qu'une prise de conscience concernant leur importance n'est que très récente, et donc que l'anorexie et la boulimie prenaient constamment le premier plan.

Des études récentes ont montré que pour la plupart des TCA, en particulier la boulimie et l'anorexie, ces comportements peuvent être placés sur un continuum plutôt que d'être définis comme un état pathologique spécifique (Fairburn et Bohn, 2005 ; Hudson et al., 2007 ; Yost et Smith, 2012, in Zysberg, 2014). Cela signifie qu'au-delà des individus diagnostiqués de TCA, beaucoup plus de personnes souffrent de ces comportements déviants et de ces schémas comportementaux inhabituels dans le contexte de l'alimentation qui provoquent une détresse psychologique et physique (Zysberg, 2014). C'est ici que ressort l'importance de prendre en compte les TCAA, car sans être diagnostiquées ou correctement prises en charge, ces personnes sont tout autant menacées dans leur santé mentale et physique que les personnes avec un diagnostic stricte de TCA.

- Les conséquences possibles des TCA

Les conséquences physiques des TCA peuvent être très graves, que ce soit en cas d'anorexie, de boulimie ou encore d'hyperphagie. En effet, cette dernière est caractérisée par des crises de compulsions alimentaires mais sans recours à des comportements compensatoires, ce qui conduit souvent à une surcharge pondérale, voire même à une obésité. L'obésité peut à son tour conduire à de nombreuses complications comme du diabète de type 2, de l'arthrose ou encore des maladies cardio-vasculaires (Schlienger, 2010). Lors de crises de boulimies récurrentes, le taux de potassium peut se voir dangereusement diminué suite à des vomissements à répétition, les dents et les gencives sont agressées par l'acidité gastrique et

l'œsophage et l'estomac peuvent aussi se voir altérer sur le long terme. Tout le processus de digestion peut également se voir altéré, en particulier en ce qui concerne l'intestin grêle et le colon (Liberelle, 2008). En ce qui concerne l'anorexie, les conséquences physiques peuvent amener à un amaigrissement extrême, à une aménorrhée², à des carences nutritionnelles ou encore à un arrêt cardiaque (Perdereau, Godart et Jeammet, 2002).

Les carences nutritionnelles peuvent effectivement avoir un gros impact sur l'organisme d'une personne, car les nutriments jouent un rôle essentiel dans « la régulation du métabolisme énergétique » (Méquinion, 2014, p.50). L'homéostasie est un terme initialement proposé par Walter Bradford Cannon en 1932, qui signifie « équilibre physiologique » (Cannon, 1963, in Auguste, 2016, p.5). Plus précisément, l'homéostasie est définie comme « un ensemble de processus qui vise à maintenir l'équilibre énergétique de l'organisme afin de maintenir une stabilité des paramètres physiologiques impliqués dans la survie de l'organisme par la conservation d'un poids corporel stable. Cet équilibre fait intervenir d'un côté les apports sous la forme d'aliments et de boissons, et de l'autre, les dépenses énergétiques avec notamment le métabolisme de base, la thermorégulation et l'activité physique » (Méquinion, 2014, p.14).

Un déséquilibre de cette balance énergétique, que ce soit suite à des apports alimentaires insuffisants ou des apports trop conséquents, ou encore suite à un excès de dépenses énergétiques ou à une sédentarisation importante, peut avoir d'importantes conséquences négatives pour l'organisme. Le passage de l'homéostasie, c'est-à-dire un état d'équilibre, à un état de déséquilibre transitoire s'appelle l'allostasie³. Cet état d'allostasie intervient principalement dans des phases d'adaptation, comme lorsqu'une personne vit un gros stress et qu'elle tente d'y faire face. Néanmoins, si cette phase n'est plus transitoire, et qu'au contraire, elle se maintient sur le long terme, il y a aura une surcharge allostatique conduisant l'organisme à un état d'épuisement (Mc Ewen et al., 2003 ; McEwen et Stellar, 1993, in Méquinion, 2014).

Lors de restriction alimentaire à long terme, et de ce fait lors d'une forte réduction de la masse maigre et grasse, une altération hormonale et une réduction globale du métabolisme basal peuvent être observées (Bossu et al., 2006 ; Karczewska-Kupczewska et al., 2013 ; Zipfel et al., 2013 ; Kosmiski et al., 2014, in Méquinion, 2014). Ce phénomène apparaît comme « un

² L'aménorrhée se définit par l'absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (Guilbaud, Berthoz, de Tournemire, & Corcos, 2003, p.635)

³ L'allostasie est définie comme la capacité à déséquilibrer le fonctionnement de l'organisme. Consulté le 06.05.20 : <http://www.aphekom.uvsq.fr/spip.php?article1358>

mécanisme adaptatif en vue de réduire la dépense énergétique au repos et de conserver l'énergie disponible pour les fonctions vitales » (Méquinion, 2014, p.67). On peut également observer des troubles cognitifs, notamment en ce qui concerne les capacités de concentration et d'attention, qui sont liés à un rétrécissement cognitif ainsi qu'à l'envahissement du champ de la pensée par des préoccupations touchant à l'alimentation et à l'image du corps (Heatherton et Baumeister, 1991 ; Boon et al., 2002).

La vie sociale d'une personne atteinte de TCA peut être influencée négativement par ce manque d'énergie important suite à la réduction du métabolisme, mais également par un rapport à la nourriture qui devient de plus en plus complexe et qui est associé à des préoccupations envahissantes et récurrentes autour de l'alimentation. En effet, le manque d'énergie peut amener une personne à ne plus pouvoir suivre « le rythme social » de ses proches, que ce soit lors de soirées et de fêtes, mais également lors d'activités pouvant demander un certain effort physique. Dans notre société, les repas ont une connotation sociale importante, ces derniers étant très souvent l'occasion de regroupement en famille, avec des amis ou encore avec des collègues. Cependant, lorsque le rapport à la nourriture se complexifie, une personne atteinte de TCA peut être amenée à éviter les repas, et de ce fait, sa vie sociale peut effectivement se voir affectée.

Plusieurs *fragilités psychiques* sont souvent observées chez les personnes souffrant de TCA, et la souffrance psychologique qui les accompagne est indéniable, ce qui peut éventuellement expliquer le taux élevé de comorbidité comme la dépression et les troubles anxieux. On retrouve par exemple les traits de personnalités suivants : la tendance au perfectionnisme et à l'anxiété, la volonté de contrôle, une mauvaise estime de soi, une insatisfaction de l'image corporelle, des difficultés à s'affirmer et à être conscient de ses propres limites, des difficultés à reconnaître et à exprimer ses émotions, ainsi qu'une hypersensibilité émotionnelle (Getz, 2012). L'insatisfaction de l'image corporelle peut en effet être présente avant l'apparition des TCA, mais elle peut également être un symptôme de ces derniers. Ce symptôme est lié à la dysmorphophobie, cette dernière se définissant comme « une altération de la perception de soi, de son corps : le patient se voit plus gros qu'il ne l'est en réalité » (Méquinion, 2014, p.62).

- Les causes possibles des TCA : les différents modèles étiologiques

Les causes d'un TCA sont considérées comme étant multifactorielles. Il existe en effet plusieurs modèles étiologiques expliquant que ces troubles proviendraient de vulnérabilités héréditaires, génétiques ou biologiques (Perdereau et al., 2002).

En effet, chez les personnes souffrant de TCA, on peut retrouver *les vulnérabilités biologiques* suivantes : une altération du métabolisme énergétique, des perturbations centrales comme une réduction du volume céphalo-rachidien et une réduction des neurotransmetteurs dans ce dernier (Swayze et al., 2003 ; Kaye et al., 1984, in Méquinion, 2014). Certaines études démontrent même une atrophie de différentes structures du cerveau, cette dernière pouvant faire intervenir des processus de neuro-dégénérescence et de neuro-inflammation (Boghi et al., 2011 ; Mercader et al., 2012 ; Nilsson et al., 2013 ; Pimentel et al., 2014, in Méquinion, 2014).

En ce qui concerne *les vulnérabilités héréditaires*, il est démontré que la vulnérabilité aux TCA pourrait être augmentée par des antécédents familiaux de troubles de la personnalité, de dépression ou d'anxiété (Gagné, 2011). Néanmoins, bien que certaines études aient suggéré l'implication de plusieurs gènes dans le contrôle de la prise alimentaire, il n'y aurait actuellement pas assez de données pouvant expliquer « la grande héritabilité suspectée de la maladie » (Rask-Anderson et al., 2010 ; Boraska et al., 2014, in Méquinion, 2014, p.72).

Etant probablement des mécanismes autorenforceurs, *la dynamique familiale, les valeurs culturelles, les traits de personnalité et l'environnement* semblent néanmoins avoir un impact considérable sur le développement d'un TCA (Collier et Treasure, 2004, in Zysberg, 2014). Des études récentes ont aussi exploré les facteurs émotionnels tels que le stress, les émotions négatives et l'anxiété, et ils ont suggéré qu'ils jouent un rôle majeur dans le développement et le maintien d'un TCA (White et al., 2011 ; Levine, 2012, in Zysberg, 2014).

L'adolescence est considérée comme une « *période de vulnérabilité* » pour les TCA (Vust, 2012, p.35). En effet, la puberté est une période de réorganisations psychiques et corporelles importantes, qui induit une transformation physique et donne au corps une place centrale dans les préoccupations des adolescent/e/s, et qui peut fréquemment conduire au développement d'insatisfactions corporelles. La place du corps se retrouve aussi au cœur des problématiques des TCA, tout comme d'autres caractéristiques typiques de l'adolescence comme la question de l'autonomie et de l'indépendance, ainsi que des remises en question tant conscientes qu'inconscientes (Vust, 2012). De ce fait, il ressort que les TCA se déclenchent le plus souvent à l'adolescence et touchent essentiellement des adolescentes se situant entre 13 et 14 ans pour l'anorexie et entre 16 et 17 ans pour la boulimie. Néanmoins, des recherches ont fourni des arguments inquiétants permettant de soutenir que les TCA sont lourds de conséquences et qu'ils peuvent devenir chroniques et affecter des personnes de tout âge et de tout genre et non pas que des adolescentes (Collier et Treasure, 2004 ; Krug et al., 2012 ; Robinson et al., 2013, in Zysberg, 2014).

La *société* actuelle prône des *idéaux de beauté* qui, la plupart du temps, sont impossibles à atteindre de par une perfection et une unicité normative inexistantes dans la réalité du corps humain. Ces idéaux augmentent l'insatisfaction corporelle chez énormément de gens, créant un écart entre la réalité du corps et le corps idéal, et là aussi, tant les femmes que les hommes peuvent être touchés. Les médias sont reconnus comme véhiculant ces idéaux socioculturels puissants, et de ce fait, un grand nombre de personnes, en particulier les adolescents, peuvent se mettre une pression énorme en tentant de les atteindre. Cette pression peut créer un fossé entre le poids actuel d'une personne et le poids « idéal » qu'elle s'est fixé, ce qui peut avoir une influence considérable sur les comportements alimentaires et la satisfaction corporelle (Valls, Rousseau et Chabrol, 2013). L'impact des normes sociétales sur le développement des TCA est indéniable, et ces idéaux de beauté paraissant plus servir de moyen économique qu'autre chose, devraient impérativement faire l'objet d'une remise en question. En effet, l'augmentation des TCA ne semblent pas pour autant empêcher cette société de consommation de créer un monde complètement retouché et irréel, que ce soit sur les réseaux sociaux ou les publicités. Le nombre incalculable de publicités pour des produits amaigrissant est effarant, tout comme les techniques de vente jouant sur les tailles d'habillement. Les médias et les réseaux sociaux présentent également des « stars » ayant eu recours à la chirurgie esthétique comme étant la norme à suivre, ce qui peut avoir des conséquences particulièrement graves sur les repères corporels des adolescents. Il semble réellement primordial de revoir nos priorités, c'est-à-dire, soit une société en pleine croissance économique mais cela au détriment de la santé de sa population, soit une société qui accepte de changer et d'arrêter d'imposer une norme corporelle quelle qu'elle soit, et cela dans l'espoir d'améliorer la santé de sa population.

Les TCA sont donc des maladies complexes, et leurs conséquences peuvent indéniablement être importantes et dangereuses avec un impact majeur sur la vie d'une personne atteinte. Par ailleurs, chaque forme de TCA a ses propres caractéristiques, et il est important de savoir les identifier, car les traitements et prises en charge peuvent être différents selon la forme de TCA dont souffre une personne. Je vais commencer par présenter la forme des TCA qui ressort comme étant la plus connue, c'est-à-dire l'anorexie mentale. Cette dernière présente en effet des caractéristiques qui lui sont propres, et qui sont souvent mises en avant lorsque l'on parle de TCA.

L'anorexie mentale :

L'anorexie mentale est une « pathologie complexe », pouvant avoir des conséquences tant sur l'esprit que sur le corps (Safrano-Adenet, 2014). Probablement de par cette complexité, elle reste néanmoins très incomprise voire même « mystérieuse » (Schmidt et Treasure, 2006, p. 343). Pourtant, cette maladie est extrêmement grave et représentative, avec les troubles liés à l'abus de substance, les troubles mentaux ayant le taux de mortalité le plus élevé (Harris et Barraclough, 1998, in Safrano-Adenet, 2014). La prévalence de l'anorexie est de 0,3% dans la population générale (Hoek et al., 2006, in Méquignon, 2014), mais elle peut varier selon les populations, les pays et les cultures. Cependant, l'anorexie ressort comme étant bien plus présente dans les pays industrialisés (Méquignon, 2014).

Le DSM-IV⁴ propose *les critères diagnostiques* suivants pour pouvoir poser le diagnostic d'anorexie mentale (American Psychiatric Association, 1994, in Vust, 2012, p.157) :

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

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

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.

D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

Avec la spécification du type :

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

⁴ Le DSM-IV est le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publié par l'*American Psychiatric Association* en 1994. Le DSM-V en est la version la plus récente, publiée en mai 2013. Consulté le 17.04.2020 : <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/dsm-iv>

- Type purgatif (purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

Cette maladie est associée à de nombreuses conséquences négatives de la malnutrition, comme des troubles gastriques, cardiaques, hépatiques ou encore osseux. Une altération de la densité minérale osseuse, pouvant même conduire à une ostéoporose, semble en effet être une des complications majeures de l'anorexie (Sakada et al., 2006 ; Rautou et al., 2008 ; Estour et al., 2010 ; Jauregui Garrido et Jauregui Lobera, 2012 ; Erdur et al., 2012 ; Roux et al., 2013, in Méquinion, 2014).

- Les troubles psychologiques associés

Selon le DSM-IV, dans l'anorexie mentale les taux de prévalence à long terme d'au moins une comorbidité vont de 49% à 97% (Blinder et al., 2006 ; McDermott, Forbes, Harris, McCormack, et Gibbon, 2006, in Bühren et al., 2014). L'anorexie est en effet associée à une comorbidité élevée avec les troubles de l'humeur, la dépression, l'anxiété, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), ou encore la toxicomanie (Bühren et al., 2014 ; Krug et al., 2013 ; Preti et al., 2009 ; Smink et al., 2012 ; Swanson et al., 2011, in Laghi, Pompili, Zanna, Castiglioni, Criscuolo, Chianello, Mazzoni et Baiocco, 2017). On retrouve dans ces troubles les conséquences d'une dérégulation de certains systèmes corporels, comme les systèmes sérotoninergiques et dopaminergiques qui modulent l'anxiété, l'humeur, l'impulsivité et certains aspects de la balance énergétique, ainsi que les circuits cognitifs et limbiques modulant et intégrant les processus neuronaux liés aux processus cognitifs, à l'appétit et aux émotions (Méquinion, 2014). Plusieurs études ont démontré que la sérotonine du système nerveux central en particulier joue un rôle majeur dans le contrôle de l'appétit (Kipman, Gorwood, Mouren-Simeoni et Adès, 2001), et il s'avère que chez une personne souffrant d'anorexie, le taux de sérotonine et de dopamine dans le liquide céphalo-rachidien est diminué (Kaye et al., 1984, in Méquinion, 2014), à savoir qu'un dysfonctionnement dopaminergique peut amener à « l'altération des processus de récompense, affecter la décision et le contrôle moteur et diminuer la prise alimentaire » (Frank et al., 2005a ; Frank et al., 2005b, in Méquinion, 2014, p.72). Les mécanismes d'action des antidépresseurs et des anxiolytiques agissent notamment sur les neurotransmetteurs monoaminergiques comme la sérotonine et la dopamine, soit en augmentant leur disponibilité, soit en la diminuant, ce qui peut expliquer pourquoi une personne atteinte de TCA se voit, la plupart du temps, prescrire un traitement pharmacologique tel que les anxiolytiques ou les antidépresseurs (Godart, Perdereau, Jeammet et Flament, 2003).

- L'association entre l'anorexie et les troubles obsessionnels compulsifs :

On retrouve une forte comorbidité entre l'anorexie et les *troubles obsessionnels compulsifs (TOC)*, notamment par un partage de nombreux mécanismes communs, comme par exemple des altérations du métabolisme de la sérotonine, ainsi que des obsessions et des compulsions dans les deux pathologies. Jusqu'à 10% à 70% des critères diagnostiques du TOC ou de la personnalité obsessionnelle sont présents chez une personne souffrant d'anorexie. En effet, on retrouve de fortes similitudes entre la symptomatologie obsessionnelle et « les idées, comme la peur obsédante de reprendre du poids, les pensées récurrentes et intrusives à propos de l'image corporelle, et les rituels, comme la planification de repas stéréotypés, le comptage des calories ou les exercices physiques » des personnes atteintes d'anorexie mentale (Kipman et al., 2001, p.565). Dans les deux pathologies, le perfectionnisme est aussi extrêmement présent, tout comme la maîtrise intellectuelle, l'inflexibilité et la rigidité. Certaines études démontrent une coexistence et une évolution indépendante des signes anorexiques et obsessionnels, tandis que d'autres suggèrent plus une continuité, l'alimentation étant devenu le choix d'une obsession (Kipman et al., 2001).

- L'association entre l'anorexie et la toxicomanie :

L'association entre l'anorexie et *la toxicomanie* a été l'objet de nombreuses recherches, suite auxquelles il a été émis l'hypothèse que des altérations neurobiologiques touchant « le système de récompense/motivation/addiction » pourraient en partie conduire à une anorexie mentale (Alguacil et al., 2011 ; Barbarich-Marsteller et al., 2011, in Méquignon, 2014, p.64). Les recherches ont démontré qu'une augmentation du taux d'endorphine⁵, principalement les béta-endorphines, était associée à l'exercice physique et au jeûne, et ces derniers sont présents chez la plupart des personnes atteintes d'anorexie (Bergh et Södersten, 1996 ; Davis, 1997 ; Casper, 1998 ; Kohl et al., 2004, in Méquignon, 2014). En outre, lors d'un jeûne prolongé, on observe une altération neurologique centrale ainsi qu'une cétose⁶ qui supprime les sensations de soif et de faim et qui engendre un sentiment de bien-être (Oriot et Lassaunière, 2008 ; Crosby, Apovian et Grodin, 2007). A savoir que l'alimentation d'une personne n'est pas

⁵ Les endorphines sont des neuropeptides synthétisés par le cerveau et jouent un rôle clé dans le système nerveux central et interviennent dans les circuits de la récompense et du plaisir. Les endorphines ont également une action analgésique (diminution de la douleur), anxiolytique, elles réduisent l'appétit, la fréquence respiratoire et le stress. Chez certaines personnes, elles provoquent une somnolence et une relaxation mais, chez d'autres, une euphorie ou un plaisir immédiat. Consulté le 21.04.2020 : <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/hormone-endorphines-3310/>

⁶ La cétose est un état pathologique provoqué par l'accumulation, dans l'organisme, de substances produites par la dégradation des graisses (corps cétoniques). Consulté le 03.07.20 : <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/cetose/>

motivée uniquement par des besoins physiologiques, le plaisir jouant également un rôle primordial. Cette motivation induite par le plaisir est un phénomène appelé « l'hédonie », qui consiste à « consommer un aliment pour son goût agréable et le plaisir qu'il procure » (Auguste, 2016, p.7). Cette hédonie serait associée à plusieurs activations cérébrales, elles-mêmes associées à la notion de motivation et de récompense. Les processus de récompenses et de motivations sont liés au goût agréable d'un aliment, tout comme aux préférences individuelles, à la composante affective alimentaire et aux propriétés organoleptiques⁷ intrinsèques des aliments (Berridge, 2009 ; Sorensen et al., 2003 ; Yeomans, Blundell et Leshem, 2004, in Auguste, 2016). L'impact du « système de récompense » sur les choix alimentaire est important, son rôle étant de nous orienter vers des aliments procurant du plaisir et une sensation de bien-être temporaire (Auguste, 2016, p.9). Comme vu précédemment, en plus de l'augmentation du taux d'endorphine, un dysfonctionnement dopaminergique induit justement une altération de ce processus de récompense. Selon Méquignon (2014), suite à l'implication de ces neuromédiateurs, de ces divers systèmes et des conséquences associées à l'exercice physique et au jeûne, une personne souffrant d'anorexie entre dans « un cercle vicieux addictif difficile à traiter ». L'anorexie entraînerait donc une addiction à une activité physique et/ou à une privation alimentaire (Méquignon, 2014, p.64).

- La triade anorexie-amaigrissement-aménorrhée

L'anorexie a été le plus souvent exemplifiée par la conduite anorexique d'une jeune fille entre 12 et 20 ans, présentant une incapacité à maintenir un poids « normal », de par une peur intense de grossir et un désir extrême de maigrir. On retrouve également souvent la définition d'une jeune adolescente présentant la triade symptomatique suivante : anorexie – amaigrissement – aménorrhée (Perdereau et al., 2002). Cette triade également appelée les « trois A », correspond à trois phases, dont l'anorexie qui correspond à une première phase de lutte contre la faim, l'amaigrissement qui survient la plupart du temps assez rapidement, et l'aménorrhée qui peut soit légèrement précéder le début de la perte de poids, soit l'accompagner (Grall-Bronnec, Guillou-Landreat et Vénisse, 2007). Néanmoins, plusieurs études ont désormais montré que des hommes, des femmes plus âgées, des pré-adolescents et même des enfants peuvent tout autant être concernés (Valls, Rousseau et Chabrol, 2013 ; Safrano-Adenet, 2014). De ce fait, l'aménorrhée ne pouvant pas s'appliquer aux hommes ou aux femmes prépubères, sous contraception orale, ou ménopausées, ce critère a été retiré dans

⁷ On qualifie d'organoleptique tout ce qui est susceptible d'exciter un récepteur sensoriel. Ainsi, l'apparence, l'odeur, le goût, la texture ou encore la consistance constituent les qualités organoleptiques d'un aliment ou d'une boisson. Consulté le 06.05.20 : <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/biologie-organoleptique-6311/>

le DSM-V (Méquignon, 2014). La peur de prendre du poids amène la personne souffrant d'anorexie à adopter des conduites de lutte contre la faim et de restriction alimentaire, pouvant conduire la personne à perdre toute sensation de faim et à voir son poids tomber en dessous de 85% de son poids de forme. En sachant que pour une personne adulte et en bonne santé, un BMI⁸ normal se trouve entre 18,5 et 25, l'anorexie se définit par un BMI inférieur à 16 pour une personne de moins de 18 ans, et inférieur à 17,5 pour une personne de plus de 18 ans (Perdereau et al., 2002 ; Guilbaud, Berthoz, de Tournemire et Corcos, 2003 ; Safrano-Adenet, 2014). Malgré une aggravation importante de la cachexie⁹, une personne atteinte d'anorexie va continuer à s'engager dans des comportements lui permettant de perdre du poids, car elle restera obsédée et apeurée à l'idée d'en prendre, se trouvant perpétuellement insatisfaite par son image corporelle (Safrano-Adenet, 2014).

- La ritualisation comme moyen de contrôler ce qui devient incontrôlable

Dans la majorité des cas, l'anorexie se voit aussi accompagnée de *comportements alimentaires extrêmement ritualisés et rigides*, comme le fait de trier son alimentation, s'autoriser ou s'interdire certains aliments et éviter les repas en famille ou avec des amis. On retrouve ici le lien avec les TOC, mais dans ce cas, les rites alimentaires permettent à une personne souffrant d'anorexie de lutter contre la faim et de se protéger au maximum de tous stimuli alimentaires pouvant provoquer de la peur ou du dégoût. De plus, certaines *habitudes et fonctionnements* peuvent se développer comme un usage excessif de la balance, un comptage compulsif des calories ou encore une hyperactivité tant bien physique qu'intellectuelle. Selon les études, 30% à 80% des personnes souffrant d'anorexie présentent en effet une « activité physique disproportionnée » (Méquignon, 2014, p.62). Que ce soit dans les TOC ou dans l'anorexie, ces fonctionnements, ces rituels et cette rigidité sont rassurants, ils permettent de diminuer l'anxiété provoquée par les pensées obsessionnelles et ils amènent un puissant sentiment de contrôle (Bertrand, Bélanger & O'Connor, 2011). En effet, dans le cas de l'anorexie, le fait de réussir à contrôler au maximum son alimentation ou de mettre en place certaines habitudes rigides va aider à diminuer la peur de prendre du poids, ou du moins cela va aider à rendre cette peur plus « tolérable ». Néanmoins, de par un échec de ce maintien

⁸ Le Body Mass Index (BMI) signifie indice de masse corporelle (IMC) en français. Il permet de déterminer la corpulence d'une personne, par le rapport du poids (en kg) sur la taille (en mètre) élevée au carré. Consulté le 17.04.2020 : <http://dictionnaire.doctissimo.fr/definition-bmi.htm>

⁹ La cachexie se définit par l'état d'affaiblissement et d'amaigrissement extrêmes, lors d'une dénutrition ou de la phase terminale de certaines maladies. Consulté le 17.04.2020 : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cachexie/11976>

de contrôle et donc un échec de cette lutte active contre la faim et une prise de poids, il ressort que dans 50% des cas, des crises de boulimie vont venir accompagner l'anorexie, ce qui explique les deux sous-types d'anorexie possibles décrits ci-dessus (Guilbaud et al., 2003). Les crises de boulimie représentent en effet une perte totale de contrôle, mais cette dernière étant intolérable pour une personne atteinte d'anorexie, elle peut la conduire à vouloir retrouver un contrôle encore plus fort, ce qui va augmenter les obsessions et un cercle vicieux peut donc très vite se créer. Il est important de souligner qu'il a effectivement été démontré que la plupart des femmes peuvent passer d'un sous-type d'anorexie mentale de type restrictif à un sous-type d'anorexie mentale avec purge, ce qui demande une importante précaution lors du diagnostic (Eddy et al., 2008, in Méquignon, 2014).

- L'évolution de la maladie

Pour ce qui est de *l'évolution de la maladie*, dans beaucoup de cas elle peut devenir chronique, de par une mauvaise réponse au traitement ou des complications médicales (Wentz et al., 2009 ; Arcelus et al., 2011, in Laghi et al., 2017). Il existe en effet plusieurs modèles démontrant qu'il peut y avoir plusieurs facteurs de risque et de maintien de la maladie, et on retrouve notamment *le modèle de « maintien cognitif intra et inter-personnel »* de Schmidt et Treasure (2006).

Dans le *modèle de « maintien cognitif intra et inter-personnel »*, la famine auto-induite est décrite comme étant un mécanisme de défense complexe, et les symptômes de l'anorexie comme ayant des fonctions adaptatives (Vitousek et al., 1998, in Schmidt et Treasure, 2006). Il ressort de ce modèle que chez un individu avec des traits de personnalité « obsessionnels-compulsifs » ou « évitants », les croyances sur les fonctions positives de la maladie maintiennent les symptômes anorexiques au niveau intrapersonnel, et que les réponses tant négatives que positives de l'entourage les maintiennent au niveau interpersonnel.

- Une personne présentant un trait de personnalité évitant ressentira le besoin d'éviter l'expression et l'expérience d'émotions négatives intenses, et donc d'éviter toutes relations ou situations pouvant les déclencher.

- Les traits obsessionnels-compulsifs, quant à eux, vont se manifester dans une rigidité et un perfectionnisme très prononcé, et ils s'accompagnent très souvent de « la pensée du type tout ou rien / noir ou blanc » avec une attention fortement portée sur les détails et une peur intense de l'échec ou de faire des erreurs. Schmidt et Treasure ajoutent que la famine va venir intensifier ces traits de personnalité, étant perçus ici comme des traits de vulnérabilité (Schmidt et Treasure, 2006, p. 345).

- Les facteurs intrapersonnels

Dans *la phase initiale de la maladie*, les symptômes de restriction seront maintenus par renforcement positif suite à l'amélioration temporaire de l'humeur et l'apparition d'une sensation de bien-être. En effet, un sentiment de contrôle et de maîtrise de son corps peut être procuré lors d'un régime alimentaire réussi (Fairburn, Shafran et Cooper, 1999, in Schmidt et Treasure, 2006), ce qui va engendrer des croyances positives quant à l'utilité et les bienfaits de la restriction, et rendre moindre la motivation à changer pour une personne se trouvant à ce stade de la maladie (Schmidt et Treasure, 2006).

Lors de *la phase chronique de la maladie*, se nourrir devient de plus en plus compliqué, car cela provoque des sensations physiques à chaque fois plus désagréables telles des nausées, des ballonnements et un sentiment de trop plein (Keys, Brozek et Henschel, 1950a, in Schmidt et Treasure, 2006). *Des facteurs biologiques* peuvent donc également jouer un rôle, car quand on se nourrit moins, à long terme le corps doit aussi s'adapter et changer sa manière de fonctionner, notamment au niveau gastro-intestinal (Treasure et Szmukler, 1995, in Schmidt et Treasure, 2006).

Des facteurs cognitifs peuvent aussi avoir un impact, étant donné que l'unique perspective de devoir manger peut entraîner une peur et être perçue comme une menace avec des conséquences aversives. Cette peur que certains aliments puissent provoquer des sensations physiques désagréables suffit à elle seule à augmenter ces symptômes physiques (Feinle-Bisset, Meier et Fried, 2003, in Schmidt et Treasure, 2006). Pour une personne souffrant d'anorexie, manger n'importe quel aliment qu'elle considère comme interdit sera vécu comme un échec, et provoquera d'extrêmes émotions négatives de part son perfectionnisme et sa peur de commettre des erreurs. L'équilibre tant bien physique qu'émotionnel se voit donc menacé par l'unique fait de manger. Cependant, pour une personne en état de « famine », la faim va finir par reprendre le dessus sur n'importe quelle autre pulsion, et va plonger la personne dans des préoccupations constantes vis-à-vis de l'alimentation et de la nourriture (Keys et al., 1950a, in Schmidt et Treasure, 2006). Ces préoccupations vont augmenter le niveau d'attention de la personne, et cette dernière sera presque constamment en train de se concentrer sur le fait de ne pas être tentée, ou de ne pas craquer face à de la nourriture. La concentration mentale que demande ce processus attentionnel est associée à une diminution des émotions, et dans leur recherche, Schmidt et Treasure expliquent que beaucoup de patients ont déclaré se sentir comme « un peu engourdis » (Schmidt et Treasure, 2006, p.347). De par leur personnalité évitante, la plupart des personnes souffrant d'anorexie ne vont que très peu tolérer les émotions, et de ce fait, l'engourdissement qu'elles vont ressentir sera vécu

positivement et va venir renforcer « les croyances positives pro-anorexiques », où l'anorexie est perçue comme un moyen efficace de gérer les émotions (Schmidt et Treasure, 2006, p.347).

- Les facteurs interpersonnels

En ce qui concerne *les facteurs interpersonnels*, il ressort de ce modèle que les proches vont également jouer un rôle important. Au départ, les pairs peuvent inconsciemment être complices d'une perte de poids et renforcer les croyances de la personne atteinte d'anorexie en la complimentant sans cesse sur son nouveau physique, ce qui va augmenter son estime et sa confiance en soi, lui donnant l'impression d'être spéciale (Branch et Eurman, 1980, in Schmidt et Treasure, 2006). Lorsque la maladie se fait de plus en plus présente, les proches et surtout la famille restreinte, vont commencer à s'inquiéter et à se focaliser sur les besoins de la personne malade, ce qui va alimenter son besoin d'attention. Avec cela, la maladie va provoquer des émotions négatives chez les membres de la famille, ces derniers se sentant impuissants et coupables face à la personne malade (Treasure et al., 2001, in Schmidt & Treasure, 2006). Or, ces réponses négatives des proches vont venir renforcer les croyances pro-anorexiques, où la personne malade va vouloir encore plus se protéger et fuir ces émotions négatives (Schmidt et Treasure, 2006). Certaines études vont dans le même sens que les résultats du modèle de Schmidt et Treasure en ce qui concerne les facteurs interpersonnels, en affirmant que « l'anorexie serait un trouble familial avec une transmission intergénérationnelle », et que la transmission des traits de personnalité jouerait un rôle important dans la transmission d'un TCA (Strober, Lampert, Morrell, Burroughs et Jacobs, 1990, in Perdereau et al., 2002, p.177). Les antécédents familiaux et les habitudes alimentaires maternelles peuvent également influencer l'évolution, le développement et la prise en charge de l'anorexie mentale (Perdereau et al., 2002).

- Le/s traitement/s de l'anorexie

La complexité de cette pathologie influence aussi le traitement de ce trouble psychique, à tel point que Steinhausen affirme qu'il n'y aurait pas eu d'amélioration significative des résultats des traitements de l'anorexie au cours des soixante dernières années (Steinhausen, 2009, in Hambrook, Browm et Tchanturia, 2012). En effet, aucun traitement de choix n'existe encore pour l'anorexie mentale (NICE, 2004, in Kyriacou, Easter et Tchanturia, 2009), bien qu'une combinaison entre un traitement psychothérapeutique prenant en compte la famille et un traitement pharmacologique, semble prometteuse.

Le traitement de l'anorexie, comme de tout TCA, requière effectivement une prise en charge multidisciplinaire regroupant au minimum un suivi médical, s'occupant des aspects liés à la

santé physique, une psychothérapie, s'occupant d'un travail plus en profondeur et d'un travail sur les facteurs déclencheurs des symptômes, et un éventuel suivi nutritionnel, où la personne va apprendre à retrouver des repères alimentaires sains et rétablir une alimentation régulière et quotidienne. Des approches corporelles peuvent aussi se voir très efficaces, ces dernières permettant de « renouer avec les sensations du corps, à l'accepter tel qu'il est et à s'y sentir bien afin de pouvoir l'habiter sereinement et parvenir ainsi à mieux être en relation avec les autres » (Getz, 2012, p.41). Il est important de prendre en compte les antécédents familiaux, et pour ce faire, des entretiens de famille ou une thérapie familiale systémique peuvent être utiles, voire même nécessaires. Des groupes de parents et de proches peuvent également permettre à l'entourage d'une personne malade de mieux comprendre la maladie, et les aider à comprendre le rôle qu'ils peuvent jouer dans le traitement (Perdereau et al., 2002). Néanmoins, il est primordial de garder en tête que chaque cas est unique, et selon les étapes d'évolution de la maladie, les besoins d'une personne atteinte de TCA peuvent varier. Le choix du traitement dépendra effectivement de plusieurs facteurs, comme la gravité du TCA, l'âge de la personne atteinte, et l'environnement familial et social dans lequel elle se trouve (Perdereau et al., 2002 ; Getz, 2012). Il peut exister autant de prises en charge que de personnes malades, chaque personne réagissant différemment en fonction de son parcours personnel et familial, de ses vulnérabilités ou de ses ressources. Tenter de trouver un traitement unique semble utopique, surtout quand les difficultés rencontrées pouvant changer d'un jour à l'autre, voir même d'une heure à l'autre selon le stade de la maladie.

A l'aide de la description des caractéristiques de l'anorexie, de ses conséquences, de son évolution et de ses traitements, la complexité de cette maladie peut être mieux appréhendée. Néanmoins, il reste primordial de continuer à approfondir les connaissances la concernant, car trouver un traitement et une prise en charge efficaces et adaptés ne semble toujours pas évident. En outre, il semble également très important de trouver un traitement et une prise en charge individualisés, car sans la prise en compte de l'unicité de chaque individu, un traitement des plus efficaces pourrait au final s'avérer être un échec.

Probablement de part le tableau clinique qu'elle présente, l'anorexie peut être l'objet de questionnements, de fascinations et de mystères. En effet, elle est la forme des TCA qui est le plus souvent mise en avant, quand bien même il a été démontré qu'elle se voit très souvent accompagnée de symptômes boulimiques. La boulimie ressort en effet comme étant la deuxième forme la plus connue des TCA, et il est également important de pouvoir l'identifier et la comprendre correctement.

La boulimie :

Ce n'est qu'à partir des années 1960-1970 que le corps médical commence vraiment à s'intéresser à la boulimie, probablement car elle présentait « un tableau beaucoup moins spectaculaire que l'anorexie » (Godart, Perdereau et Jeammet, 2004, p.366). La prévalence de la boulimie se situe en 4% et 8% de la population féminine et au moins 2% de la population masculine (Connors et Johnson, 1987 ; Schlesier-Stropp, 1984 ; Thelen, Mann, Pruitt et Smith, 1987, in Heatherton et Baumeister, 1991).

La boulimie se caractérise habituellement par des crises de frénésie alimentaire suivie de vomissements, de prises de laxatifs ou d'exercice physique en guise de compensation (Russell, 1979, in Heatherton et Baumeister, 1991). La crise de la boulimie, quant à elle, se définit par « une consommation exagérée d'aliments ingérés de façon compulsive et irrésistible avec un sentiment de perte de contrôle » (Guilbaud et al., 2003, p.636). On retrouve ici un lien avec le côté compulsif des TOC, les crises de boulimie pouvant être considérées absurdes et contraires aux valeurs et envies de la personne qui en a recours, mais restant tout de même plus fortes qu'elle (Bertrand, Bélanger et O'Connor, 2011). Selon Fairburn et ses collègues (1986) et Salkovskis (1985), les crises de boulimie, comme tout autre comportement compulsif, permettraient de neutraliser les pensées obsessionnelles (Fairburn et al., 1986, Salkovskis, 1985 in Bertrand, Bélanger et O'Connor, 2011).

Ces crises de boulimie se déroulent généralement en cachette, en *trois phases*, et de manière relativement automatique.

- Il y a premièrement la phase prodromique¹⁰, où tout commence par une sensation de faim ou de tension interne désagréable, ce qui va engendrer du stress et de l'anxiété chez une personne souffrant de boulimie.
- Suite à cette phase, survient la crise de frénésie alimentaire, où la personne peut manger rapidement des quantités énormes de nourriture de manière totalement incontrôlable et parfois même sans mastication. Les aliments ingérés lors cette crise sont généralement tous les aliments que la personne s'interdit le reste du temps, c'est-à-dire des aliments gras, sucrés et donc riches en calories. Une crise de boulimie peut durer entre une à deux heures, et elle est pratiquement toujours suivie de vomissements.

¹⁰ La phase prodromique désigne la phase débutante, annonciatrice d'une pathologie. Consulté le 17.04.2020 : <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/39554-phase-prodromique-definition>

- Finalement, on arrive à la dernière phase, où la personne éprouve un sentiment de fatigue important, accompagné d'un malaise physique et psychologique extrêmement fort, notamment pour cause de douleurs abdominales, de nausées ou de céphalées, ainsi que d'un sentiment puissant de culpabilité et de honte (Guilbaud et al., 2003 ; Godart et al., 2004).

Pour pouvoir porter le diagnostic de boulimie, le DSM-IV exige la présence de cinq des critères diagnostiques décrits ci-dessous (American Psychiatric Association, 1994, in Vust, 2012, p.158) :

A : Survenue récurrente de crises de boulimie (binge eating). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

1 : absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;

2 : sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

B : Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.

C : Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.

D : L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

E : Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (anorexia nervosa).

Avec la spécification du type :

- Type avec vomissements ou prise de purgatifs (purging type) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.
- Type sans vomissements ni prise de purgatifs (non purging type) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

La fréquence des crises de boulimie peut être extrêmement variable selon le niveau de gravité de la maladie, car elles peuvent varier d'une à deux par semaine, à plus de dix par jours (Guilbaud et al., 2003). Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un *poids « normal »*, mais certaines personnes peuvent également avoir un *poids insuffisant*, voire même aussi souffrir d'anorexie. On retrouve en effet certaines caractéristiques proches entre l'anorexie et la boulimie, une personne atteinte de boulimie étant pratiquement toujours insatisfaite de son image corporelle, et étant aussi extrêmement préoccupée par sa silhouette. Il ressort que des *comportements impulsifs* sont souvent présents chez les individus souffrant de boulimie, comme par exemple du shopping abusif, des conduites sexuelles effrénées ou encore de la kleptomanie (Godart et al., 2004).

- Le/s traitement/s de la boulimie

En ce qui concerne le traitement de la boulimie, tout comme pour l'anorexie, une prise en charge multidisciplinaire et individualisée est recommandée si l'on veut une évolution positive du TCA, mais en plus, un travail sur les circonstances de survenue des crises semble primordial.

La boulimie est également une forme de TCA passablement difficile à comprendre, notamment de part son caractère compulsif prenant le dessus sur la volonté. Comme vu précédemment, les conséquences de ce TCA peuvent également être très importantes, que ce soit les conséquences physiques ou psychologiques. Tout comme pour l'anorexie, il est donc primordial de continuer à étudier cette maladie afin de pouvoir trouver un/des traitement/s et une prise en charge des plus adaptés et efficaces. Il ressort également qu'il peut y avoir de nombreuses caractéristiques communes entre l'anorexie et la boulimie, mais certaines semblent plus associées aux TCAA qu'à l'anorexie. En effet, les crises de boulimie sans recours à des comportements compensatoires semblent plus correspondre à la symptomatologie des TCAA, ces derniers étant moins connus mais pouvant avoir un impact tout aussi important sur la vie d'une personne.

Les troubles du comportement alimentaire atypiques (TCAA) :

La prévalence des troubles du comportement alimentaire atypiques, ou non spécifiés, a connu une forte augmentation depuis le début du 21^{ème} siècle, pouvant aller jusqu'à 60% de la population (Fairburn et Bohn, 2005), mais la prise de conscience de leur importance n'est que

très récente. Ces troubles sont qualifiés d'« atypiques », car ils ne correspondent pas au diagnostic précis et strict de la boulimie ou de l'anorexie. Comme pour la boulimie, dans ces troubles atypiques, les personnes ont généralement *un poids « normal »*, mais elles peuvent aussi être en *surcharge pondérale*, notamment suite à de l'hyperphagie. Comparé aux troubles typiques, on retrouve généralement moins de comportements compensatoires et de restrictions dans les TCAA. Ils sont définis par « un important envahissement de la pensée, par des préoccupations tournant autour du poids, de l'apparence et de l'alimentation et peuvent se manifester sous des formes très variées telles que des vomissements auto-induits, restrictions drastiques suivies d'abus de nourriture, régimes yo-yo et fixation quasi obsessionnelle sur l'image de soi et les modes alimentaires » (Vust, 2012, p.9).

Les *difficultés* rencontrées par une personne souffrant de TCAA sont réelles, bien que parfois difficiles à repérer, car qui de nos jours n'a pas au moins une fois dans sa vie eu des changements dans son alimentation ou des questionnements sur son image corporelle. La société véhicule des idéaux de beauté impossibles à atteindre, ce qui peut engendrer un mal-être chez beaucoup de personnes, et ces dernières seront probablement amenées à tenter de changer ce qu'elles pensent être la source du problème, c'est-à-dire leur corps. On peut voir des personnes prendre des mesures comme une tentative de régime, une diminution des apports, une reprise du sport de manière excessive sans adaptation alimentaire, ou encore d'autres comportements visant l'amaigrissement ou la perte de poids, et ce qui va les faire basculer dans un registre pathologique, c'est la durée. En effet, les personnes souffrant de TCAA démontrent des difficultés importantes en ce qui concerne leur rapport à la nourriture, leur poids, ainsi que leur apparence et leur image corporelle, et ces difficultés perdurent dans le temps.

Pour ce qui est *des critères diagnostiques*, selon le DMS-IV, les TCAA y sont classés sous le terme de « troubles des conduites alimentaires non spécifiés », et on retrouve dans cette catégorie tous les troubles alimentaires ne remplissant pas les critères stricts des troubles alimentaires spécifiques (American Psychiatric Association, 1994, in Vust, 2012, p.159). Dans son livre dédié aux TCAA, Madame Vust, une psychologue-psychothérapeute, donne quelques exemples :

- 1 : Chez une femme, tous les critères de l'anorexie sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières.
- 2 : Tous les critères de l'anorexie sont remplis, excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale.

3 : Tous les critères de la boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de trois mois.

4 : L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'ingestion de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal (p. ex. vomissements provoqués après l'absorption de deux petits gâteaux).

5 : Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture.

6 : Hyperphagie boulimique (« Binge eating disorder » BED) : il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie.

L'hyperphagie boulimique (BED) semble correspondre à la sous-catégorie « non purging type » de la boulimie, et de ce fait, la disparition de cette sous-catégorie est proposée dans le DSM-V afin de valider une catégorie propre à l'hyperphagie boulimique (Perroud, 2010). Cette dernière comprend les critères de recherche suivants (American Psychiatric Association, 1994, in Vust, 2012, p.159-160) :

A : Survenue récurrente de crises de boulimie (binge eating). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

1 : absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;

2 : sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

B : Les épisodes de frénésie alimentaire sont associés avec trois (ou plus) des éléments suivants :

1. Manger beaucoup plus rapidement que normalement.

2. Manger jusqu'à se sentir désagréablement rempli.

3. Manger de grandes quantités de nourriture en-dehors d'un sentiment de faim.

4. Manger seul de par un sentiment de gêne ressenti vis-à-vis des quantités absorbées.

5. Se sentir dégoûté par sa propre attitude, déprimé ou très culpabilisé après les crises.

C : Des sentiments de détresse sont associés à la survenue des épisodes de frénésie.

D. Les épisodes de frénésie surviennent en moyenne au moins deux jours par semaine depuis six mois.

E : Les épisodes de frénésie ne sont pas associés avec l'usage régulier de méthodes de compensations inappropriées (vomissements, jeûne, exercice excessif) et ne surviennent pas exclusivement dans le cadre d'une anorexie ou d'une boulimie.

- Une banalisation cachant d'importantes conséquences

Probablement de par le fait que leur gravité n'a été que récemment mise en avant, les TCAA restent relativement méconnus du grand public, quand bien même ils représentent la plus grosse partie des demandes en ce qui concerne les consultations pour TCA. En effet, leur manque de visibilité en comparaison à la boulimie et à l'anorexie, et ce manque de reconnaissance quant à leur gravité, engendrent une *banalisation importante* des TCAA.

Les TCAA sont plus difficiles à diagnostiquer de par *des critères plus subjectifs* que dans l'anorexie et la boulimie, et ils peuvent se présenter de différentes manières selon les personnes. Il est également important de noter qu'*une personne peut passer d'un TCA typique à un TCAA*, et que suite à l'amélioration de son état de santé et à la diminution de ses symptômes anorexiques ou boulimiques, une personne peut se retrouver avec une forme plus « atténuée » de son TCA correspondant plus au diagnostic de TCAA.

Ces troubles touchent principalement des *adolescents*, dont la majorité sont des jeunes femmes. Cependant, le nombre de jeunes hommes touchés pourrait se voir bien plus grand qu'on ne le pense, car quand on voit que les TCAA sont déjà peu connus de façon générale, il y a encore moins de connaissances en ce qui concerne les hommes. L'adolescence est en effet une période qui est considérée comme étant à risque en ce qui concerne le développement d'un TCA, et elle est même décrite comme la période d'émergence des troubles des conduites alimentaires. Selon Vust (2012), il y aurait même « une concordance entre certaines caractéristiques de l'adolescence « normale » et des mécanismes en jeu dans les troubles des conduites alimentaires » (Vust, 2012, p.35). On retrouve notamment les mêmes questions en ce qui concerne l'autonomie, la dépendance, le narcissisme et surtout la place du corps (Vust, 2012). Les étapes développementales de l'adolescence ressortent donc comme pouvant être passablement similaires aux dilemmes posés par les TCA, que ce soit en ce qui concerne l'anorexie, la boulimie ou les TCAA.

Le manque de reconnaissance des TCAA peut vraiment avoir de *sérieuses conséquences*, car bien que ces troubles ne remplissent pas les critères diagnostiques exacts de l'anorexie et de la boulimie, leur impact sur la vie d'une personne atteinte reste néanmoins énorme. Tous les TCA engendrent des sentiments puissants de honte, de culpabilité, voire même de déni, ce qui peut empêcher une personne atteinte d'en parler, et logiquement, les TCAA n'y échappent pas. La souffrance qui accompagne ces troubles est extrêmement importante, au point que

certaines personnes arrivent quand même à demander de l'aide, ne sachant plus comment aller de l'avant (Vust, 2012).

- Le/s traitement/s des TCAA

En ce qui concerne le *traitement* des TCAA, comme pour l'anorexie et la boulimie, on retrouve la nécessité d'une prise en charge multiple tenant compte « des symptômes alimentaires dominants (restriction pure, accès boulimiques, avec ou sans vomissements, autres procédés de contrôle du poids...), de l'état nutritionnel et somatique, d'éventuels troubles psychiatriques associés, ainsi que des éléments psycho-sociaux et familiaux » (Vust, 2012, p.39). Une psychothérapie accompagnée d'un travail plus axé sur les sensations corporelles semblent être des approches complémentaires efficaces, auxquelles peuvent s'ajouter une approche familiale, ainsi qu'une prise en charge somatique.

Pour toutes personnes souffrant de TCA typiques ou de TCAA, il semble également fondamental de travailler sur l'acceptation de soi, du corps, et de l'image corporelle. Grâce à son livre, Madame Vust démontre aussi l'efficacité d'une thérapie de groupe, notamment avec des adolescentes, mais elle souligne que les groupes de parents peuvent également jouer un rôle important dans le traitement des troubles alimentaires. Selon elle : « Toutes les formes de groupe tendent *in fine* à une amélioration globale, tant au niveau des symptômes alimentaires que concernant l'image du corps, les relations aux autres, la satisfaction et la réalisation personnelles et les conflits internes ayant trait à l'histoire infantile. Une meilleure distance semble aussi acquise face à la place sociale réservée aux femmes et à la pression à la minceur. » (Vust, 2012, p.44).

L'impact d'un TCAA sur la vie d'une personne, et la souffrance qu'il engendre sont des faits avérés, et ne pas porter une plus grande importance aux TCAA serait une grosse erreur. Bien que certaines personnes se battent courageusement pour faire évoluer les choses, il y a encore bien trop de professionnels qui ne sont pas assez conscients de cet impact, et qui sont malheureusement encore moins assez formés pour les traiter.

Tableau récapitulatif : Les trois formes de TCA

Il existe des divergences entre les différentes formes de TCA, mais il existe néanmoins certains points communs. Par exemple, nous avons vu qu'une perte de poids significative est possible dans les trois formes, mais en ce qui concerne la boulimie et les TCAA, un poids normal peut également être possible, tout comme une surcharge pondérale concernant les TCAA. Des pensées envahissantes, notamment en ce qui concerne le poids, l'apparence et l'alimentation sont présentes dans les trois formes, alors que les comportements compensatoires peuvent varier d'une forme à l'autre, ou ne pas être présents du tout. Le tableau récapitulatif ci-dessous permet de mieux se représenter ces différences et/ou similitudes :

Tableau 1.1 : Les différences entre les trois formes de TCA

Anorexie	Boulimie	Troubles atypiques
Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille		- Tous les critères de l'anorexie sont remplis, excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel reste normal - Une surcharge pondérale est possible
	Survenue récurrente de crises de boulimie (binge eating)	Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture
Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale	Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif	L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'ingestion de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal
Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle	L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle	- Important envahissement de la pensée, par des préoccupations tournant autour du poids, de l'apparence et de l'alimentation - Fixation quasi obsessionnelle sur l'image de soi et les modes alimentaires

Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs		Chez une femme, tous les critères de l'anorexie sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières
	Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois	Tous les critères de la boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence < à 2 fois par semaine, ou pendant une période < à 3 mois
Type restrictif (restricting type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements)		
Type purgatif (purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements)	Type avec vomissements ou prise de purgatifs (purging type) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements	
	Type sans vomissements ni prise de purgatifs (non purging type) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements	Hyperphagie boulimique (« Binge eating disorder » BED) : il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie
	Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale	Les épisodes de frénésie ne sont pas associés avec l'usage régulier de méthodes de compensations inappropriées (vomissements, jeûne, exercice excessif) et ne surviennent pas exclusivement dans le cadre d'une anorexie ou d'une boulimie

Les modèles théoriques psychologiques des TCA :

La dimension psychologique des TCA peut ressortir dans plusieurs modèles et concepts qui seront décrits dans le chapitre 3, il semble donc important d'expliquer les principaux courants, modèles et approches psychologiques l'ayant analysée. On retrouve notamment la psychanalyse, le modèle familial systémique, le modèle psychosomatique ou encore l'approche cognitivo-comportementale.

- Le modèle psychodynamique

Il existe en effet de nombreuses conceptions psychanalytiques des TCA, notamment de l'anorexie, et ce qui ressort principalement du *modèle psychodynamique*, c'est que les troubles alimentaires sont envisagés comme « une pathologie de la conduite » (Vust, 2012, p.28). De par un sentiment interne d'insécurité, provenant d'une certaine fragilité de base, une personne sera poussée à constamment douter de ses valeurs, de ses qualités et de ses ressources, et de ce fait, elle va se raccrocher à l'extérieur et à tous les éléments externes lui permettant de « combler le vide » interne qu'elle ressent. Ce mécanisme va apporter un certain sentiment de contrôle à la personne, mais comme il sera expliqué plus loin avec le lien qu'entretient l'anorexie et les addictions, la personne se retrouve au final comme prise dans un cercle vicieux où elle finit par devenir dépendante de ce qu'elle croyait contrôler (Vust, 2012, p.28).

- Le modèle familial systémique

Le *modèle familial systémique* s'appuie sur l'approche systémique qui considère que l'individu fait parti d'un système et qu'il est influencé par celui-ci. Un système est constitué « d'un ensemble d'éléments en interaction dont chacun concourt à l'objectif commun ou à la finalité du système » (Yatchinovsky, 2018, p.13). Dans cette approche, on prend en compte l'ensemble du système auquel appartient l'individu, qu'il soit social, professionnel ou familial. Selon le modèle familial systémique, la famille est considérée comme « une unité systémique humaine », et ici, un TCA est décrit comme étant « une caractéristique résultant des expériences interactionnelles répétées », et non plus comme une propriété d'un individu. Le symptôme est donc perçu comme étant un signal venant mettre en lumière un dysfonctionnement du « système familial ». Une thérapie familiale systémique pourrait donc conduire à la résolution du symptôme en aidant le système familial à trouver un nouvel équilibre (Safrano-Adenet, 2014, p.20).

- Le modèle psychosomatique

Le *modèle psychosomatique* est caractérisé par « l'intrication de facteurs psychologiques dans l'étiopathogénie¹¹ des maladies à expression somatique », et de plus en plus d'auteurs se sont intéressés à ce modèle dans son association avec les TCA. On retrouve notamment Corcos (2000) qui explique que dans les TCA, « le corps est le lieu de décharges pulsionnelles inorganisées, et devient la dernière protection contre l'effondrement psychique » (Corcos, 2000, in Safrano-Adenet, 2014, p.20). Safrano-Adenet reprend ces termes et explique que « le système de relation à l'égard de l'objet est associé à une répression plus ou moins importante des affects, qui va s'exprimer au niveau somatique par des symptômes divers » (Safrano-Adenet, 2014, p.20).

- Le modèle cognitivo-comportemental

Le *modèle cognitivo-comportemental* initié par Fairburn (Fairburn et Wilson, 1993) et Garfinkel (Garner et Garfinkel, 1987), quant à lui, est devenu le modèle scientifique dominant en ce qui concerne la compréhension des TCA. Ce modèle met en avant le rôle de l'estime de soi, qui se voit fortement impactée par la pression que véhicule la société et les médias, notamment en ce qui concerne l'apparence physique. La société place les personnes au centre d'un énorme paradoxe, étant une société d'abondance tout en prônant des idéaux de minceur ou des idéaux tout simplement irréels. Cette pression que les individus ressentent peut affaiblir leur estime de soi, ce qui va les encourager à mettre en place certains comportements, comme entreprendre un régime ou commencer une activité physique afin d'améliorer leur propre estime. Comme présenté dans le modèle psychodynamique, on retrouve ici le fait qu'en pensant contrôler son alimentation et son apparence, la personne aura une impression de maîtrise, de revalorisation, et de pouvoir faire face aux émotions négatives. Cependant, comme expliqué plus loin dans ce travail, ces comportements ne sont pas sans conséquences, et ils peuvent amener la personne à tomber dans un cercle vicieux. Selon ce modèle cognitivo-comportemental, « la faible estime de soi, conjuguée au perfectionnisme, à des difficultés relationnelles ainsi qu'à une grande intolérance aux émotions, qu'elles soient négatives ou positives, contribue au renforcement des comportements alimentaires inadéquats » (Vust, 2012, p.25).

¹¹ L'étiopathogénie est l'étude des causes d'une maladie et des processus par lesquels ces causes agissent. Consulté le 26.05.2020: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/étiopathogénie/31469>

Les différents courants en psychologie permettent de concevoir les TCA de différentes manières, et bien que dans la pratique il soit souvent encouragé de choisir un seul et unique courant, en ce qui concerne les TCA, une approche intégrative semble prometteuse. En effet, comme décrit précédemment, chaque personne peut réagir différemment à un traitement. Une approche peut donc autant s'avérer efficace pour une personne, que totalement inefficace pour une autre. De ce fait, les professionnels de la santé, notamment les psychologues, devraient pouvoir intégrer, ou au moins connaître, les différentes dimensions psychologiques des TCA.

Chapitre 2 : Les émotions

Les émotions font partie intégrante de la vie et constituent « un élément adaptatif et fondamental pour assurer notre survie » (Scherer, 2001, p.261). Les émotions sont également source de questionnements, d'incompréhensions et même de fascinations depuis des siècles. En effet, trouver une définition unique de l'émotion semble encore aujourd'hui passablement complexe. Néanmoins, il y a eu de nombreuses avancées dans l'étude des émotions, et il s'avère que la régulation émotionnelle ressort comme pouvant avoir un impact considérable sur le développement, l'évolution et le maintien de certaines maladies (Sander et Scherer, 2009). On peut notamment retrouver cet impact des émotions sur les TCA, et de plus en plus d'études tendent justement à mettre en avant ce lien qui les lie. Avant d'analyser ce lien plus en détail, je vais tenter d'expliquer dans ce deuxième chapitre ce que sont les émotions, quelles sont leurs composantes, leurs dimensions, ainsi que leurs différentes fonctions. Je vais principalement me focaliser sur le processus de régulation émotionnelle, car il s'avère que des « difficultés dans la régulation émotionnelle peuvent aboutir à des pathologies plus ou moins graves » (Sander et Scherer, 2009, p.261).

Les émotions :

De nos jours, nous avons déjà tous ressenti, observé ou encore vécu une émotion. En effet, nous avons tous l'impression que ce terme est extrêmement familier, mais nous pouvons très rapidement constater que lorsque l'on demande de définir ce qu'est une émotion, cela devient tout d'un coup bien plus complexe que prévu. Fehr et Russell semblaient aller dans ce sens en affirmant que « chacun sait ce qu'est une émotion, jusqu'à ce qu'on lui demande d'en donner une définition. A ce moment-là, il semble que plus personne ne sache. » (Fehr et Russell, 1984, p. 464). Effectivement, comment définir consensuellement ce qu'est une émotion alors que cette dernière peut être intense, douce, répétée, unique, positive, négative ou même un mélange de tout ça. Beaucoup de psychologues et de philosophes ont débattu sur la question de savoir comment définir la nature d'une émotion, et cela remonte même à Aristote ou encore Platon. Certains pensaient que les émotions étaient une sorte d'activité physiologique, d'autres que c'était un événement mental (Wundt, 1912 ; Titchener, 1910, in Fehr et Russell, 1984), et d'autres encore que c'était un comportement (Wenger,

1950, in Fehr et Russell, 1984). Une éventuelle alternative a été suggérée, où la définition incluait les événements tant physiologiques, mentaux et comportementaux, comme étant tous des composantes de l'émotion. De ce fait, pour Izard l'émotion est « un processus complexe qui présente des aspects neurophysiologiques, moteurs et phénoménologiques » (Izard, 1972, in Fehr et Russell, 1984, p. 465). Quelques psychologues ont plutôt choisi des définitions opérationnelles de l'émotion, cette dernière étant, selon eux, une expression faciale, un comportement d'évitement, une réponse galvanique de la peau¹² ou encore une auto-évaluation verbale (Fehr et Russell, 1984).

L'étude des émotions remontent donc à loin, mais une compréhension et une définition unique des émotions semblent néanmoins complexes à atteindre. En effet, certains affirment qu'il existe autant de définitions de l'émotion qu'il existe de chercheurs ou de théories (Kleinginna et Kleinginna, 1981 ; Strongman, 1996, in Coppin et Sander, 2010). Carl Lange (1885) avait même écrit : « en fait, on peut affirmer sans exagération que, scientifiquement, nous ne comprenons absolument rien aux émotions, que nous n'avons pas l'ombre d'une théorie sur la nature des émotions en général ou de telle émotion en particulier » (Lange, 1885, in Coppin et Sander, 2010, p. 16). Cependant, depuis les années quatre-vingts, il y a eu un vrai tournant et de grandes avancées scientifiques sur l'étude des émotions. On parle réellement d'une « révolution affective », et ces avancées on les doit principalement à la psychologie des émotions (Sander et Scherer, 2009). Désormais, l'émotion est considérée comme étant « un facteur explicatif déterminant du comportement humain » (Coppin et Sander, 2010, p.1), et la conceptualiser comme étant « un phénomène multicomponentiel » a été l'une des contributions majeures de la psychologie de l'émotion (Sander et Scherer, 2009, p. IX).

- Les composantes des émotions

L'émotion a donc *cinq composantes différentes* : la réponse physiologique ; l'expression motrice ; les changements motivationnels ; l'évaluation cognitive et le sentiment subjectif. La réponse physiologique correspond par exemple à une accélération du rythme cardiaque, ou au fait de rougir, alors que l'expression motrice se révèle au travers de réactions motrices comme le fait de froncer les sourcils ou de sourire. Les changements motivationnels préparent à la fuite face à un danger, ou au contraire, à l'accueil face à une situation sécuritaire et familière.

¹² La définition de la réponse galvanique de la peau indique que c'est un signal qui provient du changement des propriétés électriques de la peau. Cela permet un courant sûr et sans douleur envoyé à travers le corps. Consulté le 17.04.2020 : <https://www.ihbio.com/fr/understanding-galvanic-skin-response/>

L'évaluation cognitive de l'élément déclencheur permet d'évaluer si ce dernier est agréable ou désagréable et s'il sera possible d'y faire face ou pas, alors que le sentiment subjectif correspond au sentiment déclenché par l'événement « pour un individu donné et à un moment particulier » (Sander et Scherer, 2009, p.17). La composante du sentiment subjectif peut être particulièrement importante, les émotions pouvant fortement dépendre de l'expérience consciente qui se passe dans le corps et du contexte dans lequel se situe le sentiment lors d'un événement. En effet, l'histoire de vie d'un individu, le contexte culturel et familial dans lequel il se trouve, ses valeurs et son environnement en général, peuvent avoir un impact considérable sur sa manière de traiter, de différencier ou d'exprimer ses émotions (Sander et Scherer, 2009).

On peut retrouver ces composantes émotionnelles dans le modèle de Mayer (2008), où il définit les émotions comme « des états émotionnels évolués et intégrés impliquant des changements physiologiques, une préparation motrice, des connaissances sur l'action et des expériences intérieures qui émergent d'une appréciation de soi ou d'une situation » (Mayer et al., 2008, in Hambrook et al., 2012, p. 13).

- Les dimensions des émotions

L'étude des émotions a non seulement démontré qu'elles sont « multicomponentielles », mais également qu'elles peuvent être classées en fonctions de *différentes dimensions* : leur intensité ; leur valence ; et leur excitation (Match, 2008). Ces dimensions peuvent par exemple permettre de différencier les émotions d'autres termes avec lesquels on les confond souvent, comme les humeurs. En effet, ce qui différencie l'émotion de l'humeur, c'est que cette dernière n'est pas spécifique, et qu'elle est plutôt définie par une valence omniprésente soit positive, soit négative (Morris et Reilly, 1987 ; Watson et Clark, 1991, in Christensen, 1993). La temporalité semble donc également jouer un rôle, car les humeurs sont plus diffuses et durent plus longtemps (Ekman, 1992 ; Frijda, 1993, in Match, 2008).

- Les fonctions des émotions

L'utilité des émotions a aussi été étudiée, et elles servent bel et bien différentes fonctions. En effet, pour Darwin les émotions sont utiles pour l'organisme et ont une *fonction adaptative*.

- Les fonctions de communication et d'évaluation

De part les expressions faciales et corporelles, *les émotions permettent de communiquer* et de donner des informations à son environnement tout comme à en recevoir. *Le traitement de ces informations émotionnelles* remplit donc une fonction adaptative spécifique, et peut influencer la manière dont un individu interagit socialement. Sander et Scherer affirment que l'émotion est « un système social de signalisation » (Sander et Scherer, 2009, p.14). Par ailleurs, les

émotions sont des mécanismes incontrôlés, automatiques et implicites, mais elles ne sont pas non plus des réflexes. On peut retrouver un temps de latence entre un événement et la réaction, et les émotions sont donc un mécanisme flexible permettant à l'organisme de faire un choix entre plusieurs réponses suite à un événement (Sander et Scherer, 2009). Selon Scherer (2009) : « les émotions nous préparent pour des types de comportements adaptatifs particuliers » (Scherer, 1984, 2001, in Sander et Scherer, 2009, p.15).

- Les fonctions de préparation à l'action et de motivation

De par ces mécanismes, *les émotions amènent à une préparation à l'action* la plus adaptée et appropriée, ce qui aura un impacte indéniable sur la motivation (Buck, 1985 ; Frijda, 1986, 2003, 2006 ; Plutchik, 1980, in Sander et Scherer, 2009). En effet, des recherches démontrent que les émotions ont diverses *fonctions motivationnelles* et qu'elles contribuent surtout « au contrôle des systèmes de comportement basique chez les animaux et les humains » (Frederickson, 1998 ; Frijda, 1986 ; Izard et Ackerman, 2000 ; Plutchik, 1984 ; Tomkins, 1963, in Macht, 2008, p.1 et 2). En parlant de motivation, Larry Christensen affirme que de part le côté aversif d'une émotion négative, un individu sera logiquement motivé à fuir et éviter tout état affectif négatif afin de maintenir ou de retrouver un état affectif positif (Christensen, 1993).

La régulation émotionnelle :

La régulation émotionnelle est définie comme « le processus par lequel les individus influencent quelles émotions ils ont, quand ils les ont, et comment ils ressentent et expriment ces émotions » (Gross, 1998, in Sander et Scherer, 2009, p.262). Selon Zeman et ses collègues (2006), cette définition est large et la régulation émotionnelle comprendrait en fait de multiples processus comme l'intégration de l'information émotionnelle ; la compréhension ; l'identification ; la gestion de son propre comportement en accord avec ses buts personnels et sociaux (Zeman et al., 2006, in Sander et Scherer, 2009). Ces processus de régulation peuvent être à la fois « conscients et inconscients, automatiques ou contrôlés, et peuvent servir à augmenter, diminuer ou maintenir l'intensité d'émotions positives ou négatives » (Gross, 2002, in Sander et Scherer, 2009, p.262).

- A quoi sert la régulation émotionnelle ?

La régulation émotionnelle servirait en premier lieu à la recherche du bien-être, par exemple en diminuant les émotions négatives afin de se sentir mieux. Cependant, elle peut également

servir à augmenter ou maintenir un certain niveau d'émotions négatives, par exemple lors de compétitions sportives où un certain taux d'agressivité peut se voir utile (Sander et Scherer, 2009).

Il ressort de plusieurs études expérimentales que cette régulation émotionnelle demande un effort important à l'organisme, et qu'elle engendre de coûteuses dépenses énergétiques. En effet, les formes plus automatiques et inconscientes de ce processus servent au maintien de l'équilibre psychologique et biologique de l'organisme, par exemple en inhibant certaines réactions émotionnelles trop intenses afin de le ramener dans un état moins coûteux en termes d'activation. Ces formes de régulation émotionnelle servent donc « au maintien d'une homéostasie de l'organisme et à l'adaptation des dépenses énergétiques au contexte » (Sander et Scherer, 2009, p.267).

Il existe aussi une régulation émotionnelle consciente et volontaire, cette dernière servant principalement à un individu de poursuivre et atteindre ses buts, notamment au sein de la société. En effet, certains individus peuvent même se voir contraint de réguler leurs émotions de part les normes que la société peut dicter, par exemple dans le but de modifier leur image auprès des autres ou dans le but d'influencer leurs relations selon les valeurs culturelles et sociétales en vigueur. Les normes culturelles pouvant effectivement imposer la nature des échanges interindividuels, la régulation émotionnelle semble donc pouvoir varier d'une culture à l'autre, et elle pourrait même être attribuée à des différences de personnalité (Matsumoto, 2006, in Sander et Scherer, 2009).

- Les différents types de régulation émotionnelle

Comme expliqué précédemment, la régulation émotionnelle est constituée de plusieurs processus différents pouvant être placés sur un continuum, allant « des processus de régulation rapides, automatiques, inconscients et qui requièrent peu d'effort, à d'autres processus de régulation plus lents, conscients, volontaires et nécessitant un effort plus important de la part du sujet » (Gross et Thompson, 2007 ; Ochsner et Gross, 2005, in Sander et Scherer, 2009, p.268). Certains processus de régulation émotionnelle pouvaient à l'origine être conscients et volontaires, mais suite à l'entraînement et la répétition, une « automatisation progressive » de ces processus peut se créer (Davidson, 1998, in Sander et Scherer, 2009, p.268). Cette automatisation permet l'augmentation de l'efficacité et de la vitesse d'un processus, mais si ce dernier est un processus de régulation émotionnelle s'avérant être un mécanisme mal adapté, il peut devenir une partie intégrante de la personnalité et conduire au développement de pathologies psychiques (Sander et Scherer, 2009). Selon certains auteurs, ces formes plus automatiques de régulation émotionnelle sont dépendantes des ressources

cognitives disponibles, particulièrement en ce qui concerne les fonctions exécutives (Baumeister et Vohs, 2004 ; Van der Linden, 2004, in Sander et Scherer, 2009).

James Gross (1998), distingue dans un modèle deux formes de régulation émotionnelle :

1 : la régulation centrée sur l'antécédent

2 : la régulation centrée sur la réponse

Dans la régulation centrée sur l'antécédent, la régulation a lieu avant qu'une réponse émotionnelle n'ait lieu. On retrouve par exemple le maintien ou le changement volontaire du focus d'attention dans le but d'être distrait ou de se concentrer sur un autre élément de la situation. Cette première catégorie contient aussi plusieurs formes de changement cognitif, comme quand une personne compare sa situation à une autre situation étant plus mauvaise, et cela dans le but de relativiser et de se sentir mieux. La forme de changement cognitif ayant été la plus étudiée est *la réévaluation ou la réinterprétation cognitive*. Cette réévaluation cognitive correspond au fait de « concevoir différemment, suite à un effort cognitif, les enjeux, les causes et/ou les résultats d'une situation, et elle est une stratégie qui peut servir à en modifier l'impact émotionnel » (Davidson, 1998 ; Gross, 1998, in Sander et Scherer, 2009, p.270).

Dans la régulation centrée sur la réponse, la régulation se produit cette fois-ci après que qu'il y ait eu une réponse émotionnelle. *La stratégie de suppression volontaire de l'expression émotionnelle*, l'exercice physique ou encore l'utilisation de substances en sont des exemples (Sander et Scherer, 2009).

Ces deux formes de régulation émotionnelle ne présentent pas les mêmes avantages et inconvénients. En effet, la réévaluation cognitive ressort comme étant une stratégie permettant de « diminuer le ressenti subjectif d'émotions positives et négatives », alors que la suppression de l'expression permet de « diminuer le ressenti d'émotions positives, mais n'a aucun ou que peu d'impact sur le sentiment négatif », ce qui peut avoir un impact considérable sur l'état émotionnel d'une personne (Sander et Scherer, 2009, p.273). Par ailleurs, la suppression de l'expression du ressenti émotionnel nécessite un effort cognitif et une activation physiologique plus importants que la stratégie de réévaluation cognitive, et il semblerait même qu'elle puisse « affecter massivement les ressources cognitives du sujet et détériorer ses capacités mnésiques concernant les informations à caractère social » (Sander et Scherer, 2009, p.275). Les rapports sociaux et la communication peuvent aussi se voir détériorés, le manque d'expression émotionnel et les oublis pouvant rendre une situation insatisfaisante ou stressante pour un tiers. La réévaluation cognitive serait donc plus à recommander, cette dernière étant plus efficace dans la réduction des sentiments subjectifs

provoqués par des émotions négatives, suscitant moins d'activation physiologique et ne causant pas ou moins de détérioration « des processus d'encodage et/ou de rétention mnésique de l'information » (Sander et Scherer, 2009, p.275). En outre, cette stratégie de réévaluation cognitive semble mieux préserver la santé tant physique que mentale d'une personne, et cela autant pour elle que pour son entourage (Sander et Scherer, 2009).

Ce chapitre permet de mieux comprendre la nature des émotions, notamment par la description de leurs composantes, leurs dimensions et leurs différentes fonctions. Il ressort également que les émotions sont essentielles à notre survie, ces dernières nous permettant de nous adapter à notre contexte de vie, aux autres et aux situations en général. La régulation émotionnelle est en effet un processus indispensable au bon équilibre tant psychique que biologique d'une personne, et il ressort qu'une mauvaise stratégie de régulation émotionnelle peut avoir d'importantes conséquences, notamment le développement de maladies psychiques. Les TCA en font partie, mais il semble nécessaire d'approfondir les connaissances sur le lien que les émotions peuvent avoir avec ces troubles, principalement en ce qui concerne le processus de régulation émotionnelle.

Chapitre 3 : Le(s) lien(s) entre les émotions et les TCA

Le(s) lien(s) entre les émotions et les TCA :

Plusieurs recherches ont mis en évidence un lien possible entre les TCA et les thérapies basées sur les émotions (Jones et al., 2008 ; Zucker et al., 2007, in Kyriacou et al., 2009), et il ressort que les émotions semblent en effet jouer un rôle important dans le développement et l'entretien d'un TCA (Arnou et al., 1995 ; Fairburn et al., 2003, in Kyriacou et al., 2009). Plusieurs modèles et théories ont donc tenté de comprendre et d'expliquer le lien complexe qu'il peut exister entre l'alimentation et les émotions, notamment en ce qui concerne le processus de régulation émotionnelle. On retrouve le modèle à cinq voies de Michael Macht (2008), la théorie de la fuite de Heatherton et Baumeister (1991), le modèle des limites de Herman et Polivy (1984), ainsi que des recherches intéressantes sur l'impact du stress sur l'alimentation et sur le rôle de la mémoire de travail dans l'alimentation émotionnelle. Plusieurs recherches ont également démontré l'ironie¹³ et le paradoxe¹⁴ qui se cachent derrière une alimentation restrictive ou un arrêt de la nutrition, comme la théorie du processus ironique de Wegner (1994) ou encore le « syndrome de famine ». Le processus de régulation émotionnelle ressort effectivement comme pouvant avoir un impact considérable sur le développement et le maintien d'un TCA, et cet impact peut notamment s'observer dans des études sur la confusion entre la faim et les émotions, l'alexithymie, l'intelligence émotionnelle, ou dans des études sur le lien entre les émotions et les TCA. Bien évidemment il existe d'autres modèles, théories et études sur ce lien entre les TCA et les émotions, mais avec ce travail, je vais vous présenter les données me paraissant être les plus pertinentes.

¹³ L'ironie est définie comme étant une raillerie qui consiste à dire le contraire de ce que l'on souhaite faire entendre. Consulté le 12.07.2020: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/raillerie/>

¹⁴ Un paradoxe est une opinion ou une proposition contraire à la logique, au sens commun. Consulté le 12.07.2020: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/paradoxe/>

Les différents modèles et leurs implications :

Le modèle à cinq voies :

Pour commencer, voici la présentation du modèle très intéressant de Michael Macht (2008), qui tente de démontrer comment les émotions affectent l'alimentation. Il affirme que certaines émotions spécifiques comme la tristesse, la colère ou la joie, ainsi que les humeurs, semblent affecter les réponses émotionnelles tout au long du processus d'ingestion. Ce dernier est composé de la motivation à manger, des réponses affectives face à la nourriture, du choix de la nourriture, de la mastication, de la vitesse d'alimentation, de la quantité ingérée ainsi que du métabolisme et de la digestion (Macht, 2008).

Cependant, les émotions étant extrêmement variables, il reste compliqué de prédire comment elles affectent l'alimentation dans un groupe d'individu donné. Il ressort de nombreuses études que les émotions peuvent soit augmenter les apports alimentaires chez certaines personnes, soit les diminuer. Par exemple, chez les personnes qui ont tendance à se restreindre¹⁵, les émotions auront comme effet d'augmenter les apports en réponse à la peur et à un état d'humeur négatif, alors qu'ils seront diminués chez les personnes qui ne se retiennent pas (Greeno et Wing, 1994 ; Heatherton, Striipe et Wittenberg, 1998 ; Rotenberg et Flood, 1999 ; Rutledge et Linden, 1998 ; Tuschen, Florin et Baucke, 1993, in Macht, 2008). Néanmoins, on peut constater aussi cet effet d'augmentation ou de diminution des apports alimentaires induits par les émotions chez des personnes ayant les mêmes habitudes alimentaires. Par exemple, l'ennui peut être associé à une augmentation de l'appétit chez une personne, alors que la tristesse peut être associée à une réduction de l'appétit chez cette même personne (Pudel et Richter, 1980, in Macht 2008). Macht déplore le fait que certaines recherches aient négligé cette variabilité individuelle, qui pourtant existe bel et bien, et qui, selon lui, devrait impérativement être prise en compte.

- L'« alimentation émotionnelle »

Le terme d'« alimentation émotionnelle » fait référence à un mécanisme de régulation émotionnelle afin de faire face aux émotions négatives (Bruch, 1973 ; Kaplan et Kaplan, 1957, in Macht, 2008, p.2). Plusieurs recherches ont démontré que les états émotionnels négatifs dans la vie de tous les jours seraient bien associés à une tendance à manger, et cela

¹⁵ La restriction alimentaire fait référence à un modèle persistant de cognitions et de comportements liés à l'alimentation afin de réduire ou de maintenir le poids corporel (Herman et Mack, 1975, in Macht, 2008, p.2)

serait une stratégie mise en place pour réguler les émotions (Macht, Haupt et Ellgring, 2005 ; Macht et Simons, 2000, in Macht, 2008). Les mangeurs dit « émotionnels » consommeraient plus de nourritures grasses et sucrées suite à un stress émotionnel, si on les compare à des mangeurs « non-émotionnels » (Olivier, Wardle et Gibson, 2000, in Macht, 2008, p.2).

Suite à des recherches expérimentales, il a été constaté que les émotions augmentent la tendance à la frénésie alimentaire dans la boulimie et les troubles du comportement alimentaire, en particulier les émotions négatives (Agras et Telch, 1998 ; Cattanach, Malley et Rodin, 1988 ; Chua, Touyz et Hill, 2004 ; Gluck, Geliebter, Hung et Yahav, 2004 ; Telch et Agras, 1996 ; Alpers et Tuschen-Caffier, 2001 ; Cooper et Bowskill, 1986 ; Davis, Freeman et Garner, 1988 ; Johnson et Larson, 1982 ; Kenardy, Arnow et Agras, 1996, in Macht, 2008). Comme dit précédemment, Macht souligne la difficulté à prédire les changements de comportement alimentaire d'une personne avec un lien « normal » à la nourriture en réponse aux émotions, c'est-à-dire une personne n'ayant pas un comportement alimentaire restrictif ou une alimentation émotionnelle, car des études ont démontré que les émotions négatives et le stress peuvent tout autant augmenter les apports alimentaires que les diminuer (Macht, 2008). Ce qui rend cette prédiction difficile, c'est que comme nous l'avons vu précédemment, les émotions sont extrêmement variables et peuvent être classées selon différentes dimensions ; leur valence (plaisir-déplaisir), leur intensité (Frijda, Ortony, Sonnemans et Clore, 1992, in Macht, 2008) et leur excitation (Greenwald, Cook et Lang, 1989 ; Russell et Barrett, 1999, in Macht, 2008). Selon Macht, ce sont bel et bien ces différentes dimensions et leur variabilité qui auraient une influence sur les comportements alimentaires.

Une étude menée sur les animaux, mais correspondant par la suite aux résultats sur celles menées sur les humains, démontre que des émotions intenses ou dotées d'une forte excitation diminueraient les apports alimentaires, alors qu'en revanche, les émotions basses à modérées augmenteraient les apports (Robbins et Fray, 1980, in Macht, 2008). D'autres études ont également montré que les émotions, tant négatives que positives, pouvaient avoir un effet sur l'alimentation, mais que ce dernier serait manifestement différent selon la valence émotionnelle. Il ressort en effet que les émotions négatives comme la tristesse, la peur, ou la colère, augmentent les compulsions alimentaires¹⁶ d'aliments de type malbouffe servant à réguler cet état émotionnel mais tout en diminuant le plaisir culinaire, alors qu'en contraste, les émotions positives augmentent la consommation de nourriture saine et le plaisir culinaire (Lyman, 1982 ; Macht 1999 ; Macht, Roth et Ellgring, 2002, in Macht 2008).

¹⁶ Les compulsions alimentaires se définissent par une alimentation rapide et irrégulière en direction de toute nourriture disponible (Macht, 2008, p.4)

Malgré de grandes avancées sur l'étude des effets des émotions sur les comportements alimentaires, il existe encore peu de connaissances sur les effets des émotions positives, ainsi que sur les différences d'influences qu'il peut y avoir entre les émotions négatives comme la colère, la peur et la tristesse sur l'alimentation. Cependant, des études cliniques affirmeraient que la colère joue un rôle important dans les antécédents d'un trouble alimentaire (Arnou, Kenardy et Agras, 1992, in Macht, 2008), et que le dégoût aurait un effet considérable dans le maintien d'un « modèle d'alimentation pathologique », et rendrait le retour à une alimentation « normale » plus compliqué (Troop, Treasure et Serpell, 2002, in Macht, 2008, p.4).

Néanmoins, depuis une vingtaine d'années, plusieurs théories ont tenté d'approfondir les connaissances sur ces nombreux effets des émotions sur les comportements alimentaires. Il en ressort que l'augmentation des apports alimentaires provoquée par les émotions peut être expliquée par des *mécanismes psychologiques* (Bruch, 1969, 1973 ; Heatherton et Baumeister, 1991 ; Herman et Polivy, 1984 ; Slochower, 1983, in Macht, 2008), alors que leur diminution serait expliquée par des *mécanismes physiologiques* (Herman et Polivy, 1984 ; Schachter et al., 1968 ; Willner, 1997, in Macht, 2008).

Pour reprendre *le modèle aux cinq voies*, Macht suggère que les émotions affectent l'alimentation de cinq façons différentes :

- Les émotions induites par l'alimentation contrôlent les choix alimentaires
- Les émotions intenses suppriment les apports alimentaires
- Les émotions positives et négatives altèrent le contrôle cognitif de l'alimentation
- Les émotions négatives incitent à manger pour réguler les émotions
- Les émotions modulent l'alimentation en fonction des caractéristiques des émotions

Ces cinq différentes voies seront détaillées ci-dessous, et Macht précise que pour son modèle, il a pris en compte tous les facteurs ayant un impact sur les changements induits par les émotions sur les comportements alimentaires, comme les dimensions de l'émotion et leur lien sur l'alimentation, l'alimentation restreinte ou émotionnelle, ou encore les mécanismes physiologiques et psychologiques. En prenant donc en compte tous ces facteurs comme antécédents, Macht suggère que les effets des émotions sur l'alimentation peuvent être classés selon les cinq catégories de base suivantes :

1. Les émotions induites par l'alimentation contrôlent les choix alimentaires :

Les choix alimentaires sont fortement influencés par les émotions produites par l'alimentation (Galef, 1996 ; Martins et Pliner, 2005 ; Rozin et Schulkin, 1990, in Macht, 2008). Par exemple, les aliments à haute densité énergétique comme les graisses et le sucre suscitent des

émotions positives qui favorisent l'ingestion, alors que les aliments amers suscitent des émotions négatives qui favorisent le rejet (Rosenstein et Oster, 1988 ; Steiner, 1979, in Macht, 2008). Le dégoût et la néophobie¹⁷ peuvent aussi être des réponses affectives induites par l'alimentation (Raudenbush et Frank, 1999 ; Rozin et Fallon, 1987, in Macht, 2008). Pour certains individus, les émotions liées à l'alimentation sont donc un signal permettant d'inciter ou au contraire de décourager à manger (Booth, 1994, in Macht, 2008).

2. Les émotions intenses suppriment les apports alimentaires :

A l'aide d'études réalisées sur des animaux, il a pu être démontré que le stress chronique et intense diminue fortement les apports alimentaires (Greeno et Wing, 1994 ; Robbins et Fray 1980, in Macht, 2008). De ce fait, la diminution des apports serait perçue comme étant une réponse « naturelle » au stress (Herman et Polivy, 1984 ; Schachter et al., 1968, in Macht, 2008). Effectivement, les émotions intenses ne sont pas liées uniquement aux comportements qui interfèrent avec l'alimentation, mais elles sont également liées aux réponses physiologiques. Par exemple, la peur induit les réponses comportementales de fuite ou d'évitement, mais elle serait également associée à des réponses automatiques amenant à une inhibition de la motivation à manger. La tristesse, quant à elle, est associée au retrait de l'environnement et induit une désactivation comportementale. En ce qui concerne le stress, il induit des changements physiologiques avérés, pouvant avoir un impact considérable sur la digestion et le transit gastro-intestinal (Blair et al., 1991 ; Wing et al., 1990, in Macht, 2008).

3. Les émotions positives et négatives altèrent le contrôle cognitif de l'alimentation :

Il existe plusieurs théories sur le comportement alimentaire restrictif expliquant que le stress peut désinhiber les restrictions alimentaires, et par conséquent, augmenter les apports alimentaires (Herman et Polivy, 1984, in Macht, 2008). Les personnes qui suivent un régime et se restreignent ont tendance à focaliser toute leur énergie et leurs pensées sur le but de perdre du poids ou de ne pas en prendre, et de ce fait, les émotions négatives viennent nuire à leur capacité cognitive devenant des « préoccupations plus urgentes » que le régime en soit (Greeno et Wing, 1994, in Macht, 2008). Boon, Stroebe, Schut et Jansen (1998), parlent de « l'hypothèse de capacité limitée », qui prône que les personnes qui se restreignent augmentent les apports alimentaires si leur capacité cognitive à maintenir leur régime est limitée par une distraction, qu'elle soit émotionnelle ou non. Le traitement des stimuli émotionnels demande une forte attention, mais si la capacité cognitive est limitée, le contrôle

¹⁷ La néophobie alimentaire consiste en une peur et un refus de goûter à des mets inconnus. Consulté le 17.04.2020 : <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/neophobie-alimentaire>

cognitif sur les apports alimentaires peut se voir affaiblit (Boon et al., 1998, in Macht 2008, p.6). Des processus ironiques ont donc été attribués aux comportements réactionnels de suralimentation, car il ressort que plus une personne tente d'exercer un contrôle cognitif, plus elle devient vulnérable à la suralimentation (Boon, Stroebe, Schut et IJntema, 2002 ; Boon et al., 1998 ; Lattimore et Caswell, 2004 ; Lattimore et Maxwell, 2004 ; Vreugdenberg, Bryan et Kemps, 2003 ; Wallis et Hetherington, 2004 ; Ward et Mann, 2000, in Macht, 2008).

4. Les émotions négatives incitent à manger pour réguler les émotions :

Selon la théorie de l'alimentation émotionnelle, certains individus seraient à risque de devenir obèses de par le fait qu'ils mangent pour tenter de faire face à leur stress (Bruch, 1969, 1973 ; Kaplan et Kaplan, 1957 ; Slochower, 1983, in Macht, 2008). Cependant, plusieurs auteurs dénoncent ce point de vue un peu trop simpliste à leur goût (Greeno et Wing, 1994, in Macht, 2008), bien que certaines études aient bel et bien démontré un impact des émotions chez des personnes obèses. Ces études affirment, entre autres, que lorsque des individus obèses sont d'humeur négative, ils auraient plus tendances à faire des excès alimentaires (Agras et Telch, 19998 ; Gluck et al., 2004, in Macht, 2008). Les résultats soulignent également que les excès alimentaires des personnes obèses peuvent être diminués en travaillant sur leur capacité à réguler leurs émotions (Telch, Agras et Linehan, 2001 ; Wiser et Telch, 1999, in Macht, 2008). D'autres études ont mis en évidence que les personnes avec un poids « normal » et en bonne santé régulent, elles aussi, leurs émotions négatives en mangeant (Macht, 1999 ; Macht et al., 2005 ; Macht et Simon, 2000, in Macht, 2008).

Comme démontré avec les modèles théoriques psychologiques des TCA, dans plusieurs théories sur l'alimentation émotionnelle, on peut retrouver l'influence des courants et approches psychologiques. En effet, les théories sur l'alimentation émotionnelle sont au départ le produit de réflexions psychodynamiques, tout en étant également liées à d'autres courants ou modèles, comme le Behaviorisme¹⁸ ou le modèle cognitivo-comportemental. Ces théories sur l'alimentation émotionnelle ont mis en avant plusieurs hypothèses, dont une hypothèse centrale associée aux théories de l'alimentation émotionnelle : les émotions négatives incitent à manger, et elles se voient par conséquent réduites par l'alimentation. Cette dernière a été faite dans une perspective d'apprentissage, avec les émotions négatives

¹⁸ Le Behaviorisme est un courant psychologique dont « l'objet d'étude est le comportement animal et humain, et dont le but est de décrire, prédire et manipuler ce comportement. Pour expliquer le comportement, une théorie behavioriste ne s'appuie que sur trois catégories de phénomènes : la situation, la réponse et l'organisme. » (Bélanger, 1978, p.5)

comme stimuli, l'alimentation comme comportement opérant¹⁹ et leurs conséquences. Le fait que l'alimentation réduise les émotions négatives serait donc un renforcement négatif (Booth, 1994, in Macht, 2008). Certaines approches biologiques ont aussi pris en compte la régulation émotionnelle, et considèrent que l'alimentation induite par l'excitation serait un « comportement d'appoint » ou une « activité de déplacement » pour réduire cette excitation (Cantor, 1981, in Macht, 2008, p.6). Pour finir, l'alimentation a été conceptualisée en tant que stratégie de régulation permettant d'améliorer l'humeur négative (Thayer, 2001, in Macht, 2008), d'échapper à « l'aversion de la conscience de soi » (Heatherton et Baumeister, 1991, in Macht, 2008), ainsi que de masquer le stress (Polivy et Herman, 1999, in Macht, 2008, p.6). La théorie de l'alimentation émotionnelle semble tout à fait plausible et gagne en popularité, bien que des aspects restent flous et engendrent certaines questions. Par exemple, les mécanismes sous-jacents ne sont pas clairs, quand bien même certaines hypothèses tentent de les expliquer :

- La première est l'hypothèse de la sérotonine, qui prône que les repas augmenteraient le taux de sérotonine dans le cerveau (Wurtman, 1982, in Macht, 2008), ce qui réduirait les réactions au stress chez des personnes émotionnellement labiles (Markus, Panhuysen et Tuiten, 1998, in Macht, 2008). Selon cette hypothèse, l'humeur serait améliorée suite à un repas riche en glucides (Benton et Donohoe, 1999 ; Christensen, 1993, 1997 ; Gibson et Green, 2002, in Macht, 2008). Néanmoins, la validité écologique de cette hypothèse est remise en doute, car des études ont démontré qu'un repas contenant de faibles proportions de protéines peut amener à une détérioration de l'augmentation de la sérotonine dans le cerveau, or, la plupart des repas riches en glucides du quotidien contiennent également des protéines (Benton, 2002, in Macht, 2008). De ce fait, il est difficile d'envisager qu'un repas augmente le taux de sérotonine dans le cerveau et améliore l'humeur, si dans le même repas, des nutriments diminuent également ce taux de sérotonine.

- Une deuxième hypothèse, surnommée l'hypothèse endocrinienne, a été faite suite à des études sur les animaux et elle suggère que le fait de manger des aliments dit « de confort » riches en glucides et graisses (Wansink, Cheney et Chan, 2003, in Macht, 2008, p.6), réduirait l'activité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, et de ce fait, diminuerait les réponses au stress (Dallman et al., 2003, in Macht, 2008).

¹⁹ Le conditionnement opérant, aussi appelé conditionnement instrumental, est une méthode d'apprentissage basée sur l'association de renforcements (récompenses) et de punitions à un comportement particulier ou à un modèle de comportement. A travers le conditionnement opérant, une association se fait entre un comportement et une conséquence de ce comportement. Consulté le 17.04.2020 : <https://nospensees.fr/quest-ce-que-le-conditionnement-operant/>

Les difficultés avec ces deux hypothèses, c'est que les effets émotionnels de l'alimentation ne se produisent qu'après un certain laps de temps, et ce retard dans leur effet ne pourrait servir qu'en cas de stress chronique et non pas pour faire face à des émotions négatives, ces dernières étant imprévisibles. Pour faire face aux émotions négatives, il serait bien plus efficace de réduire leur intensité de façon immédiate, comme le démontre des études sur les nouveau-nés, où des solutions douces se révèlent être rapidement efficaces pour faire face au stress (Smith, Fillion et Blass, 1990, in Macht, 2008).

Des études expérimentales faites cette fois-ci avec des adultes, démontrent que manger des aliments appétissants améliore immédiatement l'humeur négative, et ce résultat s'est avéré d'autant plus prononcé pour les individus avec un haut score relatif à l'alimentation émotionnelle (Macht et Müller, 2007, in Macht, 2008). Il en ressort de ces études que des aliments appétissants provoqueraient des réponses affectives positives, et permettraient de diminuer l'impact du stress. Spitzer et Rodin (1983), accentuent ces propos en expliquant que le fait de manger permet de détourner l'attention d'une expérience émotionnelle négative (Spitzer et Rodin, 1983, in Macht, 2008). Selon ces « mécanismes hédonistes » et de distraction, l'alimentation aurait un effet immédiat et jouerait un rôle important dans la régulation émotionnelle au quotidien. Le fait de manger et de se faire plaisir étant un phénomène commun, cela semble pouvoir s'appliquer à tout le monde. Néanmoins, pour ce qui est des personnes ayant des frénésies alimentaires, les effets hédonistes immédiats seraient d'autant plus renforcés par une alimentation répétée de graisses et de glucides ayant les effets physiologiques retardés et durables décrits précédemment (Macht, 2008, p.7).

5. Les émotions modulent l'alimentation en fonction des caractéristiques des émotions :

Une revue présente un effet de congruence émotionnelle, en expliquant que lorsqu'une personne est d'humeur négative, elle sera beaucoup plus attentive et repérera plus les informations négatives qui l'entourent, tout comme à l'inverse, si la personne se sent d'humeur positive, elle sera plus attentive aux aspects positifs autour d'elle (Berkowitz, 2000, in Macht, 2008). Cet effet se retrouve également dans l'alimentation, plus précisément dans la reconnaissance des saveurs désagréables et appétissantes, et les changements alimentaires que peuvent induire les émotions (Pliner et Steverango, 1994, in Macht 2008). Il a été démontré que la motivation et le plaisir à manger pouvaient soit être augmentés par la joie, soit être diminués par la tristesse, et que ces changements seraient expliqués par des caractéristiques émotionnelles (Macht et al., 2002 ; Willner et Healy, 1994, in Macht 2008). Par exemple, une baisse de l'attention portée à l'extérieur (Barr-Zisowitz, 2000, in Macht, 2008), une absence d'intérêt (Frijda, 1986, in Macht, 2008), et un ralentissement des processus cognitifs et de

l'activité motrice (Izard et Ackerman, 2000, in Macht, 2008), ont été associés à la tristesse, alors qu'il existe une association entre la joie et une capacité accrue à percevoir et traiter les stimuli, ainsi qu'une plus grande disposition à s'engager dans des activités (Frederickson, 1998 ; Frijda, 1986 ; Izard et Ackerman, 2000 in Macht, 2008). Selon Macht, ces changements alimentaires congruents aux émotions, devraient être présentés comme étant « un sous-produit de l'activation émotionnelle », et devraient survenir d'avantage si les émotions sont suscitées pendant qu'une personne est en train de manger (Macht, 2008, p.7).

Grâce à ce *modèle à cinq voies*, Macht présente les principes fonctionnels de base concernant l'alimentation et les émotions, en mettant en évidence ces cinq expressions possibles de changements dans le comportement alimentaire induits par les émotions. On peut constater que les caractéristiques des émotions jouent un rôle dans les changements de comportements alimentaires qu'elles induisent, tout comme les habitudes alimentaires d'une personne. Selon ce modèle, les changements de comportement alimentaire seraient donc soit un sous-produit des émotions, soit la conséquence des processus de régulation, ou celle d'une interférence (Macht, 2008).

Ce modèle permet d'avoir une première vision du lien qu'il peut exister entre les émotions et certains aspects d'un TCA, notamment en expliquant que les émotions peuvent augmenter la tendance à la frénésie alimentaire dans la boulimie et les TCA en général, et cela principalement en ce qui concerne les émotions négatives. On retrouve également dans ce modèle la notion de régulation émotionnelle décrite dans le chapitre 2, et il ressort que pour certaines personnes, ce processus peut se faire au travers de l'alimentation. L'alimentation ressort justement comme étant une stratégie de régulation émotionnelle permettant de diminuer les émotions négatives, de masquer le stress et d'échapper à l'aversion de la conscience de soi (Thayer, 2001 ; Heatherton et Baumeister, 1991 ; Polivy et Herman, 1999 in Macht, 2008).

Néanmoins, Macht précise que d'autres recherches seraient nécessaires pour approfondir certains aspects de ce modèle et les connaissances générales sur les effets multiples des émotions sur l'alimentation. Selon lui, il serait important de mieux comprendre les mécanismes d'une alimentation restreinte et d'une alimentation émotionnelle, car bien que ces deux habitudes alimentaires paraissent avoir des processus neurobiologiques différents (Volkow et al., 2003, in Macht 2008), il semblerait que l'augmentation des apports alimentaires suite à des émotions ne serait en fait pas médiée par des mécanismes différents. De plus, il ressort de plusieurs études que les émotions peuvent aussi affecter les

comportements alimentaires d'une personne au comportement alimentaire de base dit « normal ». Comme vu précédemment pour les TCAA, il y a différentes catégories de troubles du comportement alimentaire, ces dernières étant placées sur un continuum selon leur degré de gravité ou l'importance des symptômes, et on retrouve la même chose ici pour ce qui est des comportements alimentaires restrictifs ou d'alimentation émotionnelle. Chez certaines personnes « normales », on peut quand même retrouver une tendance à réguler leurs émotions par l'alimentation, bien qu'elles ne rentrent pas dans les critères précis d'une personne au comportement alimentaire restrictif ou avec une alimentation émotionnelle (Bekker, van de Meerendonk et Mollerus, 2004, in Macht, 2008). Pour Macht, il serait pertinent d'approfondir les connaissances sur les mécanismes de régulation émotionnelles par l'alimentation chez des personnes n'étant pas classées mangeurs émotionnels ou restrictifs typiques (Macht, 2008).

Il est important de souligner que ce modèle ne semble pas prendre en compte la dimension sociale et familiale des habitudes et relations associées à l'alimentation. En effet, les normes culturelles et familiales peuvent avoir un impact considérable sur les habitudes alimentaire d'une personne. Selon Nicoletta Diasio (2014), l'alimentation « constitue un analyseur de la manière dont se nouent, se dénouent et se transmettent des attachements familiaux : des tablées familiales où la hiérarchie des âges, des genres et des générations se met en scène, au pouvoir de l'alimentation familiale de condenser des affects, de révéler des conflits et de rendre concrètes des relations sociales » (Diasio, 2014, p.31). Par ailleurs, les normes sociales et culturelles peuvent fortement conditionner les jugements sur les habitudes et les choix alimentaires, par exemple lorsqu'une personne se sent obligée de se plier « à l'impératif social de minceur » (Mabe, 1987, p.20).

Macht déplore à plusieurs reprises que la variabilité individuelle des changements de comportements alimentaires induits par les émotions ne soit pas assez prise en compte dans les recherches. Mais cette variabilité ne serait-elle pas due à la dynamique qu'il existe entre une émotion, l'interprétation que la personne en fait, et la conséquence qui s'en suit ? En effet, si on reprend les composantes de l'émotion, ce modèle ne prend pas non plus en compte l'évaluation cognitive et le sentiment subjectif associés à une émotion. La manière dont une personne va évaluer ou interpréter ses émotions peut avoir un impact sur sa réponse et donc sur son comportement. Comme vu précédemment, une émotion et la manière dont on la traite, la différencie ou l'exprime peut dépendre de l'expérience consciente et du contexte dans lequel se situe le sentiment, d'où l'importance de prendre en compte le sentiment subjectif associé à une émotion.

Néanmoins, ce *modèle à cinq voies* permet effectivement d'avoir une première vision intéressante du lien qu'il existe entre l'alimentation et les émotions, et ces dernières ressortent comme pouvant avoir un impact indéniable, voire même considérable, sur les comportements alimentaires d'une personne, qu'elle ait des habitudes alimentaires « normales » ou pas. Il serait intéressant d'approfondir ce lien, mais cette fois-ci plus précisément en ce qui concerne les TCA, et le *modèle de la fuite* permet justement de mieux comprendre les mécanismes qui se jouent dans la boulimie et l'hyperphagie.

Le modèle de la fuite :

Avec le *modèle de la fuite*, Heatherton et Baumeister (1991) veulent montrer que le « binge eating », signifiant littéralement frénésies alimentaires, mais étant plus connu sous le terme d'hyperphagie, est un moyen utilisé pour fuir la conscience de soi. Ils commencent par expliquer que la suralimentation est souvent et paradoxalement une conséquence d'un régime ou de restrictions (Abraham et Beumont, 1982 ; Polivy et Herman, 1985, 1987 ; Ruderman, 1986 ; Williamson, 1990, in Heatherton et Baumeister, 1991), ces derniers ne tenant par sur le long terme de par des épisodes occasionnels de désinhibition alimentaire (Heatherton et Baumeister, 1991). Une alimentation désinhibée peut être déclenchée par des facteurs environnementaux comme la persuasion cognitive que les personnes s'imposent lors de restriction cognitive, la détresse émotionnelle ou des précharges caloriques (Heatherton, Polivy et Herman, 1990 ; Ruderman, 1986, in Heatherton et Baumeister, 1991). Or, les processus impliqués dans cette désinhibition restent peu connus, et avec leur modèle, ils tentent de mieux les comprendre et veulent démontrer que les frénésies alimentaires sont le résultat d'un passage à une conscience de soi plus basse.

Ils ont expliqué la différence entre la boulimie et l'hyperphagie, et comme nous l'avons vu précédemment, une personne souffrant de boulimie fait des crises de frénésie alimentaire, mais elle a également recours à des comportements compensatoires tels que les vomissements ou la prise de laxatifs. Cela signifie que tout « boulimique » a des frénésies alimentaires, mais que toutes personnes ayant des crises de compulsions alimentaires ne sont pas pour autant « boulimiques ». Ils définissent donc le terme de « binge eating », comme étant : « l'alimentation qui résulte de la désinhibition des restrictions alimentaires, qu'elle s'inscrive ou non dans un schéma plus large de boulimie » (Heatherton et Baumeister, 1991, p.86). Les comportements de frénésie alimentaire sont paradoxaux et autodestructeurs, vu qu'ils se

produisent lorsqu'une personne tente au maximum de restreindre son alimentation, et qu'ils vont donc à l'inverse de cet objectif. Une étude sur les comportements autodestructeurs a démontré qu'une personne « normale » ne cherche pas à se faire du mal dans toutes les situations, et donc que ces comportements doivent être interprétés comme étant des compromis inappropriés ou des stratégies contre-productives associés à une tentatives de fuite à court terme d'une « conscience aversive de soi » (Baumeister et Scher, 1988, in Heatherton et Baumeister, 1991, p.88)

Il ressort de plusieurs études qu'un niveau élevé de conscience de soi implique une comparaison de soi et des événements par rapport à des attentes et des normes plus générales, notamment celles véhiculées par la société (Carver et Scheier, 1981 ; Duval et Wicklund, 1972, in Heatherton et Baumeister, 1991), alors qu'au contraire, lorsque le niveau de conscience de soi est bas, il n'y a pas ou que très peu de comparaison (Vallacher et Wegner, 1985, 1987, in Heatherton et Baumeister, 1991). Passer d'un niveau de conscience de soi élevé à un niveau bas, permettrait d'éliminer les inquiétudes, pressions, ou menaces à long terme tout comme leurs implications, car les niveaux de conscience élevés sont basés sur des constructions significatives reliant les événements plus espacés dans le temps aux événements présents, alors que les niveaux bas sont considérés comme étant déconstruits. Cette déconstruction implique que les événements perdent leur signification et ne sont plus que des stimuli, ce qui fait qu'avoir des pensées à un niveau de conscience abaissé élimine toute inquiétude ou menace de la conscience (Baumeister, 1990, in Heatherton et Baumeister, 1991). Des études ont bel et bien démontré que des personnes utilisent ce passage à un niveau plus bas lorsque qu'elles vivent un échec (Vallacher et Wegner, 1985, 1987, in Heatherton et Baumeister, 1991), un certain stress (Pennebaker, 1989, in Heatherton et Baumeister, 1991), ou des problèmes en général, ces derniers se corrigeant plus facilement à un niveau bas de conscience de soi (Carver et Scheier 1981, 1982, in Heatherton et Baumeister, 1991).

Dans ce modèle, il est démontré que les personnes souffrant de TCA, en particulier de boulimie et d'hyperphagie, ont des standards et des normes extrêmement élevés comme des idéaux, des objectifs, ou des attentes. Il ressort des résultats que ces normes concernent principalement la minceur corporelle, mais également des aspirations plus générales et professionnelles, et qu'elles peuvent être accompagnées de croyances irrationnelles comme des idées déformées sur le corps ou la nourriture. Le problème est que plus on a des idéaux et des normes élevés, plus le risque d'échec est grand, et ce dernier semble inévitable lors de comparaisons entre ces idéaux élevés et la réalité. D'autant plus que « la comparaison de soi par rapport à des normes pertinentes est l'essence même de la conscience de soi » (Carver et

Scheier, 1981 ; Duval et Wicklund, 1972, in Heatherton et Baumeister, 1991, p.89), et elle peut mener la personne à se rendre compte de ses insuffisances, de ses échecs et de ses défauts, ce qui va engendrer des émotions négatives comme de l'anxiété, de la dépression et une faible estime de soi (Higgins, 1987; Carver et Scheier, 1981, in Heatherton et Baumeister, 1991). Les crises de boulimie ou d'hyperphagie surviennent justement pendant ou après ces états négatifs, suite à un rétrécissement cognitif, telle la désinhibition vue ci-dessus, qui réduit la capacité d'attention au moment présent et à une conscience de soi peu élevée. Ce changement cognitif associé aux compulsions alimentaires permet donc à une personne d'échapper aux ressentis désagréables (Baumeister, 1989, 1990 ; Pennebaker, 1989 ; Vallacher et Wegner, 1985, 1987, in Heatherton et Baumeister, 1991). Il ressort que les personnes souffrant de boulimie sont particulièrement sensibles aux avis et opinions des autres, ce qui peut les inciter à restreindre leur consommation de nourriture, et de ce fait, les crises de suralimentation surviennent lorsqu'elles lâchent ce contrôle alimentaire et qu'elles peuvent échapper aux évaluations des autres.

Grâce à leurs résultats, Heatherton et Baumeister caractérisent les personnes souffrant d'hyperphagie et de boulimie selon les six critères suivants : des attentes et des normes très élevées, une conscience de soi aversive et élevée, des affects négatifs, un rétrécissement cognitif, la suppression des inhibitions, et pour finir, des croyances irrationnelles. *Le modèle de la fuite* ressort donc comme étant une approche extrêmement intéressante et viable permettant de mieux comprendre les mécanismes qui se jouent dans la boulimie ou l'hyperphagie. Heatherton et Baumeister ajoutent que cette notion de fuite, suite à un abaissement du niveau de conscience de soi, se retrouve dans d'autres phénomènes tels que l'alcool, le comportement suicidaire, le masochisme sexuel ou encore la cigarette.

De par tous ces constats, les traitements à préconiser devraient absolument se concentrer sur les processus cognitifs impliqués dans ce modèle, plutôt que de se concentrer uniquement sur les crises de suralimentation. Effectivement, si les causes cognitives ne sont pas traitées, la personne tentant d'éliminer ses frénésies alimentaires pourrait se tourner vers d'autres mécanismes de fuite qui pourraient même s'avérer être encore plus dangereux et destructeurs. Une étude a bel et bien démontré qu'une réduction des troubles alimentaires sur une période de vingt mois était associée à une augmentation de consommation d'alcool et de drogue chez les personnes souffrant d'hyperphagie et de boulimie (Yager et al., 1988, in Heatherton et Baumeister, 1991). Ce remplacement d'un comportement par un autre peut probablement être expliqué par le lien qui a été démontré entre les TCA et la toxicomanie. Suite à une réduction

des TCA, la personne ne bénéficiera plus des mécanismes lui permettant d'échapper aux ressentis désagréables, et étant devenue dépendante à ces mécanismes, elle peut être amenée à rechercher une nouvelle échappatoire comme l'alcool ou les drogues.

Les interventions cliniques devraient donc se concentrer sur les étapes causales qui précèdent les frénésies alimentaires qui sont présentées dans ce modèle. Par exemple, il faudrait tenter de modifier les standards élevés, en travaillant à abaisser les normes, attentes et idéaux extrêmes d'une personne souffrant de TCA, et par conséquent, la pression qui va avec. Travailler sur l'acceptation de soi est une étape primordiale dans le traitement des TCA, car elle permet aussi à la personne d'avoir moins recours à la comparaison avec l'extérieur, mais plus avec l'intérieur, c'est-à-dire avec elle-même. Selon Fairburn et Cooper (1987), améliorer le niveau d'estime de soi permet d'éviter une conscience de soi aversive, ce qui engendre de ce fait des résultats très positifs dans une thérapie contre la boulimie et l'hyperphagie. De plus, ils insistent sur l'importance de « remodeler les réponses cognitives intrapsychiques », afin de briser le cercle vicieux des pensées négatives amenant l'individu à tenter de trouver un moyen pour les fuir (Fairburn et Cooper, 1987, in Heatherton et Baumeister, 1991, p.102).

Ce *modèle de la fuite* aide vraiment à mieux comprendre les mécanismes qui se jouent dans la boulimie et l'hyperphagie, et il ressort aussi dans ce modèle que ces comportements alimentaires sont des stratégies de régulation émotionnelle inappropriées ou contre-productives permettant une fuite à court terme des ressentis négatifs au travers d'un passage à une conscience de soi plus basse. Comme expliqué précédemment, la régulation émotionnelle sert à la recherche du bonheur, et l'alimentation peut être motivée par la recherche de plaisir. Ces recherches permettent donc à une personne de se sentir mieux et de diminuer les ressentis négatifs, néanmoins, si la stratégie de régulation émotionnelle mise en place est inadaptée, elle peut devenir une partie intégrante de la personnalité et aboutir au développement de pathologies psychiques (Sander et Scherer, 2009). La boulimie et l'hyperphagie semblent en effet faire partie de la régulation centrée sur la réponse, comme la stratégie de suppression volontaire de l'expression émotionnelle ou l'utilisation de substances. On retrouve ici le lien entre les TCA et la toxicomanie, la notion de fuite suite à un abaissement du niveau de conscience de soi étant présente dans les deux phénomènes.

Nous avons vu que les stratégies de régulation émotionnelle servent à retrouver un équilibre psychique et physiologique, et c'est donc en quelque sorte un processus permettant de retrouver un certain contrôle de soi et/ou de la situation. Cette notion de contrôle se retrouve justement dans une recherche allant dans le sens du *modèle de la fuite* et qui étudie l'impact du stress sur l'alimentation.

L'impact du stress sur l'alimentation :

Une recherche récente, faite selon un plan expérimental longitudinal à l'aide de questionnaires en ligne complétés par des étudiantes chinoises, vient appuyer les résultats du *modèle de la fuite* en démontrant que le stress a un impact considérable sur les habitudes alimentaires. En effet, plusieurs études ont déjà prouvé que le stress psychologique est associé à une augmentation des apports alimentaires (Gibson, 2012 ; McEwen, 2008, in Qi et Cui, 2019), notamment en ce qui concerne les aliments appétissants et riches en sucre et graisses, ces derniers procurant une satisfaction hédonique immédiate (Epel, Lapidus, McEwen et Brownell, 2001; Macht, 2008 ; Newman, O'Connor et Conner, 2007; Rutters, Nieuwenhuizen, Lemmens, Born et Westerterpplantenga, 2009, in Qi et Cui, 2019). Le stress peut donc être un des facteurs jouant un rôle important dans l'obésité, et étant quasiment omniprésent dans notre société, cela pourrait expliquer l'augmentation mondiale de personnes souffrant d'obésité (Jauch-Chara et Oltmanns, 2014 ; Sinha et Jastreboff, 2013, in Qi et Cui, 2019). Il ressort également que les émotions négatives liées au stress impactent considérablement les habitudes alimentaires (Macht et Mueller, 2007 ; Rosenberg et al, 2013 ; Schultz et Laessle, 2012 ; Svaldi, Tuschen- Caffier, Treatowska, Caffier et Naumann, 2014, in Qi et Cui, 2019), et que les femmes sont plus souvent préoccupées à gérer leurs émotions (Matud, 2004, in Qi et Cui, 2019), et de ce fait, elles sont plus vulnérables et susceptibles d'avoir recours à une alimentation émotionnelle afin de fuir leur préoccupations liées au stress (Kim et Jang, 2017, in Qi et Cui, 2019).

Dans ces résultats, on retrouve les mécanismes expliqués dans le *modèle de la fuite*, et à l'aide de leur étude, Qi et Cui (2019) remettent en avant le rôle et l'importance de la conscience négative de soi dans son association au stress et à l'alimentation. De là, ils ont vraiment voulu tester l'applicabilité du modèle de Heatherton et Baumeister à une alimentation spécifiquement induite par le stress. Pour ce faire, ils ont pris comme indicateur de la conscience de soi, l'auto-évaluation de base, cette dernière étant définie comme « une évaluation positive ou négative que les gens ont d'eux-mêmes et de leurs capacités, et qui colore la façon dont ils perçoivent leur environnement et leurs expériences » (Judge, Locke et Durham, 1997, in Qi et Cui, 2019, p.2). Elle serait elle-même composée de 4 indicateurs ; la stabilité émotionnelle, l'auto-efficacité généralisée, l'estime de soi et le locus de contrôle (LDC). Le LDC est décrit comme étant « le niveau selon lequel les gens croient que les récompenses qu'ils reçoivent dans la vie peuvent être contrôlées par leurs propres actions personnelles » (Wang, Bowling, et Eschleman, 2010, in Qi et Cui, 2019, p.2). Cependant,

certaines recherches ont remis en cause l'indépendance de la variable LDC (Johnson, Rosen, Chang et Lin, 2016, 2015 ; Chang et al., 2012 ; Chen, 2012, in Qi et Cui, 2019), et suite à plusieurs études, dont celle-ci de Qi et Cui, il en est ressorti qu'elle est bel et bien indépendante de l'auto-évaluation de base (Qi et Cui, 2019). Il a notamment été démontré que l'auto-évaluation de base et ses variables se réfèrent à une évaluation du Soi²⁰, alors que le LDC est une évaluation de l'environnement (Johnson et al., 2015, 2016, in Qi et Cui, 2019). De par leurs résultats, Qi et Cui ont démontré que le stress influence le LDC, qui lui influence l'évaluation de base, et que cette dernière influence à son tour la consommation alimentaire. En effet, lors d'une situation stressante, il ressort que les gens se concentrent d'abord sur leur environnement, notamment sur la manière dont ils peuvent le contrôler ou non, puis sur eux-mêmes et sur leur capacité à y faire face ou non. Un environnement imprévisible et incontrôlable va donc amener une personne à un niveau faible de LDC, et par conséquent à un faible niveau d'auto-évaluation car la personne va se considérer comme étant insuffisante et incapable, ce qui va l'amener à vouloir tenter d'échapper à ces affects négatifs en mangeant (Qi et Cui, 2019). De plus, certaines études suggèrent que le LDC aurait un impact sur la motivation, notamment en ce qui concerne ses variables d'estime de soi et d'efficacité, et comme nous l'avons vu précédemment, ces variables sont aussi des indicateurs de l'auto-évaluation de base (Galvin, Randel, Collins et Johnson, 2018, in Qi et Cui, 2019).

Avec cette étude, Qi et Cui mettent en évidence l'importance des processus d'évaluation dans leur association avec la consommation alimentaire et le stress. Ils confirment également le *modèle de la fuite* de Heatherton et Baumeister en montrant qu'il peut aussi être appliqué pour expliquer comment le stress induit une consommation alimentaire. En effet, ils montrent que le stress prédit un faible niveau de LDC, et que ce dernier prédit une faible auto-évaluation représentant une forme de conscience de soi, qui prédit à son tour une augmentation des apports alimentaires afin d'échapper à cette conscience de soi négative. L'alimentation peut alors servir de stratégie de régulation émotionnelle, cette dernière servant à fuir ou diminuer ces ressentis négatifs liés au stress. Contrairement au *modèle de la fuite*, cette étude prend en compte la notion d'évaluation, et elle permet également de constater que l'évaluation de l'environnement et tout aussi

²⁰ En psychologie, ce pronom personnel renvoie à une structure associant les informations que l'individu peut recueillir sur lui-même et la manière dont il se comporte en fonction de ces informations. Pour le psychanalyste Jung, en revanche, le Soi est le lieu virtuel où s'unifient le conscient et l'inconscient, permettant ainsi la réalisation de la personnalité psychique authentique. Consulté le 07.05.20 : <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Soi>

importante que l'évaluation du Soi, et cela dans leurs liens avec le stress et l'alimentation. De par leurs résultats, Qi et Cui suggèrent donc que prendre en compte les facteurs d'évaluation serait un chemin prometteur pour réduire l'alimentation induite par le stress. Par exemple, en ayant recours à une restructuration positive du LDC et de l'auto-évaluation d'un individu stressé, en lui faisant prendre conscience de ses ressources et des différents outils qu'il possède pour mieux contrôler son environnement.

Ces notions de stress et de contrôle peuvent être retrouvées à de nombreuses reprises dans des situations stressantes engendrant des ressentis négatifs comme de l'anxiété, ou dans des situations où une personne aura l'impression de ne plus rien pouvoir contrôler. Dans *le modèle des limites* décrit ci-dessous, on a un parfait exemple des conséquences qu'une situation vécue comme stressante ou angoissante peut engendrer sur les comportements alimentaires.

Le modèle des limites :

Herman et Polivy (1984) ont proposé un modèle intitulé *le modèle des limites*, dans lequel ils expliquent que la satiété et la faim sont les deux limites d'une zone bien définie, dans laquelle une personne est maintenue par une alimentation « normale ». Selon ce modèle, une personne peut se trouver dans trois états, un état de faim, un état d'indifférence ou un état de satiété. Assez logiquement, quand une personne aux habitudes alimentaires « normales » a faim, elle va augmenter ses apports alimentaires pour sortir de son état de faim et atteindre un état d'indifférence confortable. Pour ce qui est de l'état de satiété, cette même personne va stopper sa consommation afin de sortir de cet état et passer là aussi à un état d'indifférence. Les états de faim et de satiété sont soumis à des pressions physiologiques aversives, ce qui n'est pas le cas de l'état d'indifférence, d'où cette recherche de la personne à l'atteindre.

Ce *modèle des limites* prend également en compte l'impact du stress sur l'alimentation d'une personne avec une alimentation « normale », et il explique que le stress a pour effet de supprimer les pressions physiologiques de la faim et qu'il amène donc la personne à passer d'un état de faim à celui d'indifférence. Il ajoute que si une personne est en état d'indifférence lorsqu'elle expérimente un stress, ce dernier ne devrait pas avoir d'effet (Herman, Polivy, Lank et Heatherton, 1987). Des études l'ont démontré, et en effet, le stress peut diminuer les apports chez certaines personnes, mais cela si elles ont initialement faim quand elles expérimentent ce stress. Cependant, les résultats mettent aussi en évidence que le stress ne

diminue pas toujours les apports alimentaires, comme par exemple lorsque la personne est initialement en état d'indifférence (Ruderman, 1985 ; Slochower, 1976, 1983, in Herman et al., 1987).

Ces analyses correspondent aux résultats concernant des personnes ayant recours à une alimentation « normale », mais en ce qui concerne les personnes suivant un régime alimentaire ou souffrant d'obésité, cette dernière étant considérée dans ce modèle comme une forme de régime, les résultats sont différents. Effectivement, le modèle des limites explique que dans le cas d'un régime, il existe une troisième limite : la limite du régime alimentaire. Cette limite est « contre-nature », dictée par les calculs du régime, et se situe dans la zone d'indifférence. Lors d'un régime, l'individu va tenter de limiter ses apports alimentaires afin de ne pas dépasser la limite du régime, mais s'il la dépasse, il va passer à une alimentation complètement désinhibée sans ne plus avoir de sensation de satiété ou de faim (Herman et al., 1987). Avec leurs premières analyses, Herman et Polivy ont démontré qu'une personne anxieuse suivant un régime va manger plus qu'une personne calme, car l'anxiété va désinhiber son alimentation suite à l'agitation émotionnelle ressentie de par un sentiment de perte de maîtrise de soi induit par le dépassement de la limite du régime. En d'autres termes, si après manger, le régime de la personne lui semble respecté, elle sera d'autant plus encouragée à le poursuivre, alors que si son régime n'a pas été respecté, elle va continuer à manger de manière désinhibée afin de faire face aux émotions négatives que cette transgression lui procure (Herman et Polivy, 1975, in Herman et al., 1987).

Ils ont appuyé leurs résultats par des recherches qui ont bel et bien démontré que des états émotionnels négatifs comme l'humeur dépressive (Baucom et Aiken, 1981 ; Cooper et Bowskill, 1986 ; Frost, Goolkasian, Ely et Blanchard, 1982 ; Ruderman, 1985 ; Schotte, Cools et McNally, 1990, in Boon, Stroebe, Schut et IJntema, 2002) ou l'anxiété (Herman et Polivy, 1975 ; Polivy, Herman et McFarlane, 1994, in Boon et al., 2002), peuvent engendrer une suralimentation chez des individus qui se retiennent, alors que ce n'est pas le cas chez des personnes qui ne se retiennent pas. Herman et Polivy expliquent ce mécanisme par le fait que les émotions négatives deviennent une préoccupation plus importante pour la personne que son régime, et lorsqu'elle les ressent, rien que le fait de manger peut engendrer l'impression d'avoir franchi la limite du régime (Herman et Polivy, 1984, in Boon et al., 2002).

Ce modèle des limites apporte encore une autre vision des mécanismes sous-jacents de la suralimentation, et il explique que l'alimentation d'une personne peut varier selon son degré de rassasiement, son niveau d'anxiété et si elle suit un régime ou non. Selon ce modèle,

les variables contrôlant l'alimentation dépendent donc de l'état de l'organisme (Herman et al., 1987). De plus, on peut constater que ce *modèle des limites* s'accorde sur certains points au *modèle de la fuite* et aux résultats de l'étude de Qi et Cui sur l'effet du stress sur l'alimentation, et on y retrouve aussi une stratégie de régulation émotionnelle inadaptée. En effet, si la limite du régime est dépassée, le fait de manger de manière désinhibée sera une stratégie mise en place afin de faire face et de diminuer les ressentis négatifs que ce non respect de la limite a engendré.

Le processus de régulation émotionnelle semble encore une fois avoir un impact considérable sur les comportements alimentaires, et dans la recherche de Ferrell, Watford et Braden décrite ci-dessous, on y retrouve ce processus, notamment avec l'alimentation émotionnelle et son lien avec la mémoire de travail.

Le rôle de la mémoire de travail dans l'alimentation émotionnelle :

Une recherche de Ferrell, Watford et Braden (2020) reprend le concept d'alimentation émotionnelle et met en évidence le lien qu'elle a avec des facteurs cognitifs, notamment la mémoire de travail. Ferrell, Watford & Barden donnent une définition de *la mémoire de travail* comme étant « la capacité d'une personne à retenir des informations importantes face à des informations concurrentes ou distrayantes » (Kane, Bleckley, Conway et Engle, 2001, in Ferrell et al., 2020, p.2), et ils ajoutent que « la mémoire de travail fournit le soutien neurologique essentiel pour représenter mentalement des situations complexes, ce qui est nécessaire pour un comportement orienté vers un but » (Goldberg, 2002, in Ferrell et al., 2020, p.2).

Dans cette recherche, *l'alimentation émotionnelle* est définie comme étant « l'alimentation déclenchée par des émotions par opposition à un besoin physiologique de nourriture » (Arnou, Kenardy et Agras, 1995, in Ferrell, Watford et Barden, 2020, p.1). Comme nous l'avons vu dans le modèle de Macht, les théories de l'alimentation émotionnelle affirment que le fait de ressentir des émotions négatives peut inciter à manger de par une stratégie de régulation émotionnelle, et cela va dans le sens des théories psychodynamiques qui prétendent que l'alimentation émotionnelle permet de réduire l'anxiété et de faire face au stress (Kaplan et Kaplan, 1957, in Ferrell et al., 2020). L'alimentation émotionnelle a donc été conceptualisée comme étant une stratégie permettant d'échapper à la conscience de soi

négative (Heatheron et Baumeister, 1991, in Ferrell et al., 2020) et de masquer le stress (Polivy et Herman, 1999, in Ferrell et al., 2020).

On retrouve ce mécanisme de fuite dans le domaine de la psychologie des émotions, où il est expliqué que les émotions peuvent induire des *changements physiologiques*, comme par exemple dans le cas de l'anxiété, une « augmentation de l'excitation, de l'attente, de l'activation autonome et neuroendocrinienne, ou encore des *modèles de comportement spécifiques* » (Steimer, 2002, p.231). Ces changements ont la fonction de faciliter l'organisme à s'adapter à une situation inattendue ou négative, tout comme le processus de régulation émotionnelle qui sert à retrouver un certain équilibre homéostatique. Les émotions ont en effet été décrites comme des réponses adaptatives, et l'anxiété et la peur serviraient justement de signal face à une menace, un danger ou un conflit, afin de trouver des réponses adaptatives appropriées. La nature du comportement adaptatif qui sera mis en place peut dépendre du contexte et de différences individuelles, et comme nous l'avons vu, il est également possible que ce comportement adaptatif soit en fait inadapté. En ce qui concerne une situation perçue comme conflictuelle, menaçante ou dangereuse, on retrouve généralement *deux stratégies d'adaptation* possibles, la lutte ou la fuite, connue sous le nom de « fight-or-flight response ». La *fuite* ou la *lutte* correspondent à deux stratégies d'adaptation actives qui sont mises en place lorsqu'il semble possible de fuir ou de faire face à la menace, et ces stratégies sont caractérisées par une activation sympathique, c'est-à-dire, une tachycardie et une hypertension. Il existe également *une troisième stratégie* possible qui est *l'immobilisation* ou « *la congélation* » (Steimer, 2002, p.234), mais cette fois-ci il s'agit d'une stratégie d'adaptation passive qui est déclenchée lorsque la menace semble inévitable, et elle est caractérisée par une inhibition autonome, c'est-à-dire, une bradycardie et une hypotension. Pour revenir au concept d'alimentation émotionnelle, une conscience de soi négative peut être la source d'une forte anxiété et être perçue comme une menace ou un conflit, et la fuite au travers de l'alimentation serait bel et bien une tentative active d'adaptation.

Grâce au modèle de Macht, on a pu comprendre un grand nombre de mécanismes expliquant les relations possibles entre l'alimentation et les émotions, mais il dit bien que tous ne sont pas encore très clairs. En effet, il a été démontré à plusieurs reprises que des processus émotionnels et cognitifs sont bel et bien impliqués dans l'alimentation émotionnelle, ainsi que le fait qu'une alimentation émotionnelle peut effectivement être développée suite à des difficultés de régulation émotionnelle (Crockett, Myhre et Rokke, 2015, in Ferrell et al., 2020). A savoir que ces difficultés comprennent la non-acceptation des émotions, une diminution de la conscience et des réponses comportementales inefficaces aux émotions

(Gratz et Roemer, 2004, in Ferrell et al., 2020). Cependant, bien qu'il y ait de nombreuses preuves de cette association entre l'alimentation émotionnelle et des difficultés de régulation des émotions, peu de recherches se sont intéressées plus précisément aux facteurs cognitifs pouvant jouer un rôle dans une alimentation émotionnelle, quand bien même la mémoire de travail semblerait fortement liée à la régulation émotionnelle (Ochsner et Gross, 2005, in Ferrell et al., 2020), et de ce fait, probablement aussi à une alimentation émotionnelle.

Ferrell, Watford & Barden présentent un certain nombre d'études et de recherches pouvant justement prouver ce lien. Par exemple, des études ont mis en avant la relation entre une régulation émotionnelle réussie et une plus grande capacité de mémoire de travail (Ochsner et Gross, 2005 ; Schmeichel et Tang, 2015, in Ferrell et al., 2020), en montrant que la mémoire de travail peut amener un individu à s'adapter en supprimer certaines émotions et à évaluer certains événements affectifs de manière plus neutre, comme calmer sa colère lorsque l'on est au volant (Schmeichel et Tang, 2015, in Ferrell et al., 2020). Comme décrit ci-dessus, les fonctions exécutives, dont la mémoire de travail, sont liées à la capacité d'adopter un comportement orienté vers un objectif (Hofmann, Schmeichel et Baddeley, 2012, in Ferrell et al., 2020), et des études récentes ont apporté des preuves d'un lien entre le comportement alimentaire et les fonctions exécutives (Dohle, Diel et Hofmann, 2018, in Ferrell et al., 2020). De par ces résultats, il ressort que les personnes avec une plus grande capacité de mémoire de travail arrivent à atteindre leur objectif à long terme d'une alimentation saine, en se focalisant sur leur objectif et en résistant aux distractions à court terme (Dohle et al., 2018, in Ferrell et al., 2020). Des preuves que des problèmes alimentaires sont associés à une mémoire de travail plus faibles ont également été apportées (Dohle et al., 2018, in Ferrell et al., 2020), une étude ayant effectivement apporté la preuve de cette relation entre l'alimentation émotionnelle et la mémoire de travail, en démontrant que, chez des adultes en surpoids, l'entraînement de la mémoire de travail amène à une amélioration de l'alimentation émotionnelle (Houben, Dassen, & Jansen, 2016, in Ferrell et al., 2020).

A l'aide de leur étude, Ferrell, Watford et Barden ont donc mis en évidence un lien semblant plus qu'évident entre la mémoire de travail, la régulation des émotions et une alimentation émotionnelle. De plus, de par leurs résultats, ils ont démontré qu'une faible capacité de mémoire de travail et des difficultés de régulation émotionnelle pouvaient être associées à un plus gros degré d'alimentation émotionnelle lorsqu'une personne s'ennuie. L'ennui apparaît donc comme pouvant fortement impacter les comportements alimentaires lorsqu'il est combiné à des difficultés de régulation des émotions et des difficultés attentionnelles. De plus, l'ennui est l'émotion qui déclencherait le plus couramment l'alimentation, cependant, il

engendrait un type unique d'alimentation émotionnelle (Koball et al., 2012, in Ferrell et al., 2020), car des études ont montré qu'il existe des mécanismes d'alimentation différents en réponse à l'ennui comparé à d'autres émotions comme la tristesse ou la peur (Braden et al., 2018, in Ferrell et al., 2020). Des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour comprendre si une capacité de mémoire de travail réduite et des difficultés dans la régulation des émotions sont uniquement propres à une association à une alimentation émotionnelle consécutive de l'ennui, ou si elles peuvent être associées à une alimentation déclenchée par d'autres émotions (Ferrell et al., 2020).

Ferrell, Watford et Barden affirment qu'il y a une réelle interaction entre la mémoire de travail et les capacités de régulation des émotions dans leur association à une alimentation émotionnelle, et ils déplorent que les études sur les facteurs de risque pouvant amener à un comportement alimentaire problématique ne prennent pas les facteurs émotionnels et cognitifs conjointement, au lieu de les étudier de manière indépendante. En effet, on retrouve dans cette étude un lien entre une stratégie de régulation émotionnelle et des difficultés cognitives, comme avec la stratégie de suppression de l'expression. Les capacités mnésiques ressortent donc comme pouvant être impactées suite à une mauvaise stratégie de régulation émotionnelle, notamment l'alimentation émotionnelle. Selon les auteurs, les facteurs émotionnels et cognitifs doivent impérativement être pris en compte pour réduire le risque d'alimentation émotionnelle, en particulier celle engendrée par l'ennui, et pour améliorer les habitudes alimentaires d'une personne.

Tous ces modèles et ces études présentés dans ce sous-chapitre offrent une meilleure compréhension des liens possibles entre les émotions et les comportements alimentaires, et la mise en place d'une mauvaise stratégie de régulation émotionnelle ressort dans tous comme pouvant conduire au développement de comportements alimentaires inadaptés.

Néanmoins, ces modèles présentent des données se concentrant principalement sur des comportements de suralimentation, et bien que certains résultats aient tout de même démontré l'impact des émotions chez des personnes qui se restreignent comme dans la troisième voie du *modèle à cinq voies* de Macht ou dans le *modèle des limites*, il serait intéressant de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans les comportements de restriction alimentaire et leur/s lien/s éventuels avec les comportements de suralimentation. Le sous-chapitre ci-dessous présente la *théorie du processus ironique* et des données sur le *syndrome de famine* qui permettent justement de mieux comprendre ces mécanismes.

Une alimentation ironique et paradoxale :

La théorie du processus ironique :

Il est connu que les régimes ne marchent pas, voire au contraire, que les personnes qui ont tenté de perdre du poids avec un régime restrictif finissent par en prendre (Klesges, Isbell et Klesges, 1992, in Boon et al., 2002). Des études ont en effet démontré que la suralimentation est souvent une conséquence paradoxale d'un régime (Heatherton et Baumeister, 1991 ; Lowe, 1993 ; Ruderman, 1986, in Boon et al., 2002). Il est tout de même important de souligner qu'une personne n'entreprend pas toujours un régime dans le but de perdre du poids, certains régimes pouvant être choisis selon des valeurs et des croyances personnelles, ou encore prescrits médicalement pour des questions de santé.

Ce phénomène paradoxal peut être expliqué par le *syndrome de restriction cognitive*, qui implique une centration intense sur certains aliments et qui se définit comme « l'attitude des sujets qui limitent délibérément leur consommation alimentaire dans le but de perdre du poids ou pour éviter d'en prendre » (Le Barzic, 2001, p. 514). Cette restriction cognitive engendre le fait qu'une personne qui en a recours ne va plus choisir son alimentation en fonction de sa faim, du plaisir ressenti, ou de ses besoins physiologiques, mais en fonction de ce qu'elle pense savoir. Il y a vraiment une « inhibition volontaire » des signaux, besoins et pressions physiologiques de faim ou de satiété, et cette répression demande un effort constant et considérable pour la personne (Le Barzic, 2001, p. 514). Cependant, ces efforts ne sont pas sans conséquence, car la personne étant sans cesse en train de penser à la nourriture ou en train d'anticiper le moindre stimuli alimentaire pouvant l'impacter, elle se retrouve soumise à une « obnubilation²¹ alimentaire » (Le Barzic, 2001, p. 514). Selon Le Barzic (2001), l'obnubilation alimentaire est « le prix à payer de l'effort de répression volontaire de la pulsion à manger », car « penser à manger moins ou différemment, c'est d'abord penser à manger » (Le Barzic, 2001, p. 514-515). De plus, comme nous l'avons vu précédemment, lors d'un régime alimentaire et donc d'inhibition volontaire, il y a le risque de son revers : la désinhibition. De ce fait, la restriction cognitive peut en effet amener à une désinhibition et donc à une suralimentation (Le Barzic, 2001). Comme nous l'avons vu dans le modèle

²¹ L'obnubilation se définit comme un trouble déficitaire de la vigilance dominé par un engourdissement psychique, une orientation temporospatiale défectueuse et une perception de la réalité à travers un nuage ou un écran. Consulté le 28.04.2020 : <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Obnubilation>

d'Herman et Polivy et celui de Heatherton et Baumeister, cette désinhibition peut être expliquée par un rétrécissement cognitif qui réduit la capacité d'attention, et par le fait que les émotions négatives vont prendre le dessus sur les préoccupations d'une personne. En effet, faire face à des émotions négatives demande une certaine capacité attentionnelle, mais n'étant pas illimitée, si cette dernière était initialement et entièrement utilisée pour le contrôle alimentaire, les ressources cognitives vont être dépassées. L'objectif d'une personne à maintenir son régime intact peut donc se voir compromis lorsqu'elle doit faire face à des émotions négatives (Boon et al., 2002).

Des chercheurs se sont demandés si l'effet désinhibiteur n'apparaît qu'en cas d'état émotionnel négatif, ou si c'est un effet général d'une capacité cognitive limitée, qu'elle soit due à un facteur émotionnel ou non. Comme décrit précédemment, il existe *l'hypothèse de la capacité limitée*, qui est justement soutenue par *la théorie du processus ironique* de Wegner, ainsi que par d'autres études comme celle de Green et collègues, où ils affirment qu'une personne qui suit un régime a une mémoire de travail plus faible qu'une personne qui n'en suit pas (Green, Elliman et Rogers, 1997, in Boon et al., 2002). *La théorie du processus ironique* met en avant l'importance de la capacité cognitive dans le maintien d'un contrôle mental, et le risque de perdre ce contrôle si la limite des ressources cognitives est dépassée, notamment les capacités attentionnelles. Cette théorie affirme que la conséquence d'une capacité cognitive limitée, c'est l'apparition du contraire de l'objectif qu'une personne s'est fixé.

Selon Wegner (1994), ce phénomène peut être expliqué par les deux processus responsables du contrôle mental, c'est-à-dire, le « processus de contrôle ironique » et le « processus de fonctionnement intentionnel ». Le processus de fonctionnement intentionnel « recherche les éléments qui correspondent à un état d'esprit souhaité, et crée cet état en occupant l'esprit avec des pensées et des sensations qui lui sont pertinentes. C'est donc un processus contrôlé qui est laborieux, consciemment guidé et qui exige une capacité cognitive ». Quant au processus de contrôle ironique, ce dernier « recherche en permanence les éléments qui ne correspondent pas à l'état désiré et indique un échec du contrôle mental. De cette façon, ce processus ironique régule le déclenchement ou non du processus de fonctionnement, et il est inconscient et nécessite peu d'efforts cognitifs » (Wegner, 1994, in Boon et al., 2002, p.3). L'hypothèse principale de cette *théorie du processus ironique* est donc que lorsqu'il y a une forte charge mentale, et que le « processus de fonctionnement intentionnel » recherche le maintien d'un contrôle, cela déclenche le « processus de contrôle ironique » qui va chercher l'échec de ce contrôle, voire même qui va le créer (Wegner, 1994, in Boon et al., 2002). Suite à plusieurs

études de Wegner et ses collègues, il a bel et bien été démontré que si une personne atteint les limites de sa capacité cognitive, un état mental opposé à celui souhaité peut être déclenché, et c'est ce phénomène qu'ils appellent « le processus ironique » (Wegner et Erber, 1993 ; Wegner, Erber et Zanakos, 1993 ; Wegner, Schneider, Carter et White, 1987, in Boon et al., 2002, p.3).

Pour reprendre cette théorie par rapport au comportement alimentaire, le « processus de fonctionnement intentionnel » d'une personne qui se restreint va la pousser à vouloir contrôler ses apports alimentaires, et à manger le moins possible ou au moins ne pas dépasser la limite qu'elle s'est fixée. Alors que pour ce qui est du « processus de contrôle ironique », ce dernier va constamment pousser la personne à rechercher des signes contraires à cette restriction. De là, s'il s'ajoute des distractions cognitives au processus de fonctionnement, qu'elles soient émotionnelles ou non, la limite de la capacité cognitive sera atteinte. Ainsi, le processus de contrôle ironique prendra le dessus, vu qu'il ne demande presque pas d'efforts cognitifs, et il va chercher l'échec du contrôle alimentaire souhaité. Chez des personnes qui se restreignent, la distraction cognitive amène donc à l'effet ironique de suralimentation (Boon, 1998, in Boon et al., 2002).

La théorie du processus ironique, propose une explication alternative concernant le processus d'installation de comportements de suralimentation chez des personnes soumises à des restrictions alimentaires, et l'hypothèse de la capacité limitée se retrouve renforcée. Cette théorie affirme l'existence d'une interaction entre la restriction alimentaire, la distraction, qu'elle soit émotionnelle ou non, et la suralimentation. De ce fait, une personne ayant recours à des restrictions alimentaires doit pouvoir avoir accès à toutes ses capacités attentionnelles si elle veut maintenir un contrôle, car si non, elle peut se retrouver soumise aux processus ironiques et finir par manger bien plus qu'elle ne l'aurait souhaité. Les distractions cognitives pouvant être multiples et fréquentes, il ressort vraiment que plus une personne tente d'exercer un contrôle sur son comportement alimentaire, plus elle sera vulnérable à une suralimentation (Boon et al., 2002).

Cette théorie est très intéressante, mais elle prend surtout en compte l'impact des ressources cognitives pour expliquer la suralimentation qui peut s'installer suite à des restrictions. Or, nous avons vu précédemment que le processus de régulation émotionnelle demande aussi un certain effort à l'organisme, et qu'il peut également affecter les ressources cognitives d'une personne (Sander et Scherer, 2009). De ce fait, il est possible que le processus de restriction cognitive empêche la régulation adaptée des émotions venant distraire un individu, faute de

ressources cognitives suffisantes. Les ressources cognitives n'étant donc pas suffisantes pour permettre une restriction cognitive efficace en plus d'une stratégie de régulation émotionnelle adaptée, on peut se demander si les comportements de suralimentation qui s'installent chez une personne ayant recours à la restriction cognitive ne sont pas aussi le résultat de la mise en place d'une régulation émotionnelle inadaptée, et non pas seulement le résultat d'une distraction cognitive.

On peut également se demander si la restriction cognitive n'est pas déjà en soit une forme de régulation émotionnelle, cette restriction permettant de fuir ou de mieux contrôler les émotions négatives que peuvent engendrer certains aliments ou la nourriture en général. Ce processus de régulation demandant déjà un effort cognitif important, si d'autres émotions négatives s'ajoutent, les ressources cognitives peuvent vraisemblablement finir par être insuffisantes pour une nouvelle régulation émotionnelle. Les données présentées ci-dessous sur le *syndrome de famine* démontrent en effet que les restrictions alimentaires et surtout les comportements permettant de les maintenir, sont en fait des stratégies d'autorégulation inadaptées de fuite des ressentis négatifs.

Le syndrome de famine :

La *théorie du processus ironique* démontre un effet paradoxal allant dans le même sens que les résultats d'études suggérant un impact important du « syndrome de famine », ou « syndrome de privation », sur les symptômes d'une personne atteinte de TCA. Ce syndrome s'ensuivrait suite à un manque de ressources alimentaires, que ce soit suite à une famine²², à un jeûne de longue durée, à de fortes restrictions alimentaires, ou suite à la mise en place de comportements pouvant assurer au maximum ces restrictions.

Comme vu précédemment avec le lien entre les TCA et les TOC, des rituels et des comportements très rigides, notamment en ce qui concerne l'alimentation, ainsi qu'une attention particulièrement focalisée sur les détails ressortent comme étant des caractéristiques saillantes d'une personne atteinte de TCA. Par exemple, on retrouve dans ces comportements routiniers le comptage excessif des calories, une routine alimentaire très précise, de l'exercice physique souvent abusif, ou encore du nettoyage compulsif (Méquinion, 2014). Selon Tchanturia et ses collègues (2012), cette ritualisation de la consommation alimentaire serait le

²² La famine est définie comme le manque presque total de ressources alimentaires dans un pays, une région, aboutissant à la mort ou à la souffrance de la population. Consulté le 30.04.2020 : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/famine/32799>

résultat de difficultés de flexibilité cognitive, et ces derrières seraient un facteur de risque et de maintien très important pour une personne souffrant de TCA, notamment en ce qui concerne l'anorexie mentale (Schmidt et Treasure, 2006 ; Holliday, Tchanturia, Landau, Collier et Treasure, 2005, in Tchanturia et al., 2012). Ces rituels et ces comportements rigides autour de l'alimentation sont une manière de faire face au dégoût et à la peur que la nourriture provoque chez une personne atteinte de TCA. Ces émotions négatives provoquées par les stimuli alimentaires amènent à une stratégie d'autorégulation inadaptée de fuite, et ces comportements ritualisés permettent justement une forme d'évitement.

A court terme, les émotions négatives semblent donc atténuées, de par un soulagement engendré par un sentiment de contrôle et de sécurité qu'entraînent ces comportements, ou comme expliqué auparavant, de par une augmentation du taux d'endorphine associée à un jeûne. Cependant, plusieurs études mettent en avant qu'un « syndrome de famine » suivra assez rapidement après ce soulagement temporaire, car des niveaux extrêmes de famine et de malnutrition engendrent une détresse et/ou une humeur dépressive. Dans le cas de l'anorexie, ce syndrome va créer ou exacerber les états d'humeur négatifs, comme l'anxiété, la dépression, ou encore l'obsession, et il va diminuer les capacités et les motivations de la personne à vouloir changer. De plus, il ressort que ce syndrome aggrave aussi les déficits cognitifs, ce qui conduit au maintien de l'anorexie. En d'autres termes, la personne va tenter de fuir ou de contrôler son état affectif négatif à l'aide de rituels, mais de par le « syndrome de famine », son état va au contraire se voir amplifié, tout comme son manque de flexibilité cognitive (Keys et al., 1950b ; Godart et al., 2000, in Hambrook et al., 2012).

Ces résultats démontrent un mécanisme paradoxal, où un individu perçoit la restriction et le contrôle alimentaire amené par certains comportements ritualisés ou rigides comme des stratégies d'autorégulation efficaces de par le soulagement temporaire qu'ils engendrent, or le « syndrome de famine » va engendrer une exacerbation des difficultés préexistantes, ce qui va amener au maintien voire même à l'amplification des symptômes d'une personnes souffrant de TCA, notamment d'anorexie (Hatch, Madden, Kohn, Clarke, Touyz et Williams, 2010). On retrouve avec ces résultats une forme d'ironie, tout comme une mauvaise stratégie d'autorégulation émotionnelle avec une tentative de fuite des ressentis négatifs venant indéniablement impacter le trouble du comportement alimentaire d'une personne. Il semble donc pertinent d'investiguer encore plus en profondeur ce lien qu'il existe entre les TCA et le processus de régulation émotionnelle, et c'est précisément l'objectif du sous-chapitre suivant.

Les TCA, le résultat d'une mauvaise régulation émotionnelle ?

Une mauvaise stratégie de régulation émotionnelle ressort décidément comme ayant un impact majeur sur les TCA, et grâce à ce sous-chapitre, une meilleure compréhension du lien entre ce processus de régulation émotionnelle et les TCA sera possible. Si on reprend la définition de la régulation émotionnelle de Gross (1998), selon lui c'est « le processus par lequel les individus influencent quelles émotions ils ont, quand ils les ont, et comment ils ressentent et expriment ces émotions » (Gross, 1998, in Sander et Scherer, 2009, p.262). Comme vu précédemment, Zeman et ses collègues (2006) ajoutent aussi que la régulation émotionnelle comprend de multiples processus comme l'intégration de l'information émotionnelle ; la compréhension ; l'identification ; la gestion de son propre comportement en accord avec ses buts personnels et sociaux (Zeman et al., 2006, in Sander et Scherer, 2009). Des difficultés dans ces processus d'intégration, d'identification, de compréhension, d'expression et de gestion des émotions ressortent en effet chez des personnes souffrant de TCA, et cela a notamment pu être démontré grâce aux travaux de Bruch (1969), aux travaux sur le concept d'alexithymie, aux travaux s'intéressant à l'intelligence émotionnelle, ainsi qu'à l'étude qualitative de Kyriacou, Easter et Tchanturia (2009).

La “confusion” entre la faim et les émotions :

Bruch a apporté de nombreuses contributions à la compréhension et au traitement de l'anorexie, et elle présente dans un article un point de vue tout à fait pertinent. Premièrement, elle explique que la faim se réfère tant à un « état physiologique d'appauvrissement nutritionnel, ou de privation alimentaire grave, ou de famine prolongée ou de famine généralisée », qu'à une expérience psychologique, c'est à dire, « la sensation complexe, désagréable et irrésistible que ressent un individu lorsqu'il est privé de nourriture, ce qui l'amène à chercher, voire à se battre pour obtenir de la nourriture afin de soulager son tourment » (Bruch, 1969, p.91).

Grâce à la psychanalyse, de nombreuses significations ou symboliques inconscientes de la nourriture ont été mises en évidence, que ce soit dans le refus de s'alimenter ou au contraire dans les consommations frénétiques et incontrôlées, comme par exemple l'expression de la haine ou de la colère, le désir d'un amour inaccessible, ou encore une défense contre l'entrée dans l'âge adulte. Avec cela, la psychanalyse a permis de démontrer que la faim, tout comme

le fait de reconnaître ses besoins nutritionnels, ne sont pas des capacités innées, mais qu'au contraire, elles nécessitent un apprentissage. Pour qu'une fonction soit innée, il faut que l'organisme fasse des expériences d'apprentissage à un stade précoce de sa vie. Néanmoins, il semblerait que pour certains, ces apprentissages précoces ne se soient pas passés comme prévu, notamment en ce qui concerne la satisfaction des besoins nutritionnels et corporels, et qu'il en découle une incapacité à reconnaître la faim ou à la différencier d'autres besoins corporels, ou des tensions émotionnelles. Des chercheurs allemands s'étant appuyés sur les précédents travaux de Bruch supportent le fait que l'alimentation est une fonction impliquant un apprentissage (Maisch, Schoenberg et Wallis, 1965, in Bruch 1969), et Bruch précise néanmoins que cet apprentissage peut encore se faire après l'enfance.

Dans les TCA, on peut retrouver cette difficulté à identifier la faim, ainsi que la confusion entre la faim et le ressenti émotionnel. Bruch donne l'exemple de patients anorexiques qui déclarent ne pas avoir besoin de manger et qui le pensent sincèrement, bien qu'ils soient amenés par moment à avoir de fortes crises de frénésie alimentaire qu'ils n'arrivent pas à contrôler et qui finissent, la plupart du temps, par des vomissements auto-induits. Dans la boulimie ou l'hyperphagie, on retrouve ces compulsions alimentaires allant à l'encontre de l'envie de ne surtout pas prendre de poids, mais il ressort qu'au moment des crises, les patients ne ressentent pas du tout la faim, ni même la sensation de satiété ou de plaisir. Cette anesthésie émotionnelle et corporelle lors d'un TCA peut avoir plusieurs explications, car comme vu précédemment, une personne souffrant de TCA se retrouve constamment préoccupées par tout ce qui touche à la nourriture et à l'alimentation, mais ce processus attentionnel demande une concentration mentale extrême, et cette dernière est associée à une diminution des émotions (Schmidt et Treasure, 2006). Il a également été démontré que le « système de récompense » joue un rôle important en ce qui concerne les sensations de plaisir et de bien-être, or, il s'avère que ce système est altéré par la diminution du taux de dopamine dans le cerveau d'une personne souffrant d'anorexie. Selon le *modèle de la fuite*, lors de boulimie et d'hyperphagie, il y aurait également un passage à un niveau bas de conscience de soi, ce qui implique la perte de significations des événements et l'élimination de toute inquiétude ou menace, qui ici, pourraient être des ressentis corporels comme émotionnels. Ce modèle démontre également une capacité attentionnelle réduite suite à un rétrécissement cognitif, ce qui permet à la personne souffrant de boulimie ou d'hyperphagie d'échapper aux ressentis désagréables (Baumeister, 1989,1990 ; Pennebaker, 1989 ; Vallacher et Wegner, 1985, 1987, in Heatherton et Baumeister, 1991). Selon Bruch (1969). Les patients confondraient donc leur état dépressif ou leur anxiété avec un besoin de manger, et quand ils

ne se sentent pas bien, ils auraient recours à des crises pensant avoir besoin de manger. Or, les crises ne permettent un apaisement que temporaire du mal-être interne de la personne, et très vite elle tombe dans un cercle vicieux, se sentant à nouveau mal et pensant avoir besoin de manger.

Habituellement, la faim est décrite comme étant une sensation, un état corporel, mais il s'avère que l'étude des émotions l'incluent de plus en plus, car il a été démontré que les zones du cerveau sont les mêmes en ce qui concerne les émotions, la motivation ainsi que l'enregistrement, la régulation et l'expérience de la faim (Bruch, 1969). Depuis des années, on étudie l'implication de certaines zones du cerveau dans la fonction et la régulation alimentaire (Anand, 1961 ; Mayer, 1957, in Bruch, 1969), et l'hypothalamus aurait été désigné comme étant le centre des émotions, tout comme celui de la régulation du poids et du comportement alimentaire. Cependant, suite à de nombreuses études, il a été démontré qu'il n'existe pas de compartiment ou localisation spécifique à un comportement dans l'hypothalamus. Ce n'est pas le cas du système limbique dont l'importance a bel et bien été démontrée en ce qui concerne l'intégration des émotions, de l'alimentation et des fonctions sexuelles (MacLean, 1962, in Bruch 1969). Ce système limbique serait impliqué dans la mémoire émotionnelle et sensorielle associées à l'alimentation. Bruch redonne un exemple où elle explique que des personnes ont une connaissance si bien établie de ce qu'elles peuvent se permettre de manger ou pas, qu'elles fonctionnent de manière automatique sans spécialement se préoccuper de leur régime pendant un certain laps de temps. Cependant, lorsqu'elles sont confrontées à un stress émotionnel, c'est comme si leur contrôle et leurs connaissances disparaissaient. A ce moment-là, elles n'arrivent plus à différencier leurs besoins, et c'est l'alimentation qui sera utilisée pour les apaiser, qu'ils aient été des besoins nutritionnels ou non (Bruch, 1969).

Cet article apporte un point de vue très intéressant soulignant l'incapacité à identifier correctement la faim ou à la différencier, ainsi que le déficit de conscience de la faim que peuvent avoir les personnes souffrant de TCA. Bruch affirme que pour les aider, il est nécessaire d'appliquer un traitement permettant d'apprendre à différencier les besoins nutritionnels, des états émotionnels et autres sensations corporelles. Bruch ajoute qu'en plus de ce traitement, il est primordial de prendre en compte les potentiels conflits qu'il peut exister entre les besoins corporels et les demandes culturelles qui ne cessent de créer un écart entre les besoins réels d'une personne et ceux qu'elle pense avoir.

Cette difficulté à différencier les émotions de la faim décrite par Bruch peut faire penser au concept d'alexithymie, ce dernier méritant vraiment d'être connu et mieux compris, notamment dans son lien avec les TCA.

L'alexithymie :

Le concept psychologique appelé alexithymie se réfère à « l'incapacité, pour un individu donné, de trouver les mots pour décrire ses sentiments » (Wheeler, Greiner et Boulton, 2005, in Aimé, Ricard, Bournival, Cyr et Guèvremont, 2016, p.115).

L'alexithymie est un concept proposé par le psychiatre Peter Sifneos en 1972, qui l'a tout d'abord utilisé pour décrire des personnes qui lui apparaissaient comme « des êtres différents, étrangers, venus d'un monde entièrement différent, vivant au milieu d'une société dominée par les sentiments »²³ (Goleman, 1996 p.51, in Messina, Beadle et Paradiso, 2014, p.38). Par la suite, Sifneos parle de « déficit de l'affect » et donne la définition suivante : « une vie fantasmagique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments ». Selon lui, l'alexithymie consiste en « une inhabilité à pouvoir faire des connexions entre les émotions et les idées, les pensées, les fantasmes, qui en général les accompagnent » (Nemiah, Freyberger, Sifneos, 1976, in Jouanne, 2006, p.195). En effet, la plupart du temps les personnes souffrant d'alexithymie sont décrites comme étant d'avantage centrées sur le monde externe plutôt que sur des processus internes, et elles paraissent coupées de leurs émotions, n'arrivant pas à les gérer ou à les apaiser. De plus, elles montrent une forte minimisation de leur expérience émotionnelle en général (Da Ros et al., 2011 ; Marsero et al., 2011, in Aimé et al., 2016).

Le terme d'alexithymie a été conceptualisé comme étant un « *construit multidimensionnel* » qui englobe « une difficulté à identifier et reconnaître des états émotionnels internes et à différencier les sentiments et les sensations corporelles ; une difficulté à exprimer et décrire ses émotions à autrui ; une vie fantasmagique limitée ; et un style de pensée orienté vers l'extérieur ainsi qu'une faible introspection » (Da Ros et al., 2011; De Berardis et al., 2009; Nemiah et al., 1976; Taylor, Bagby et Parker, 2003, in Aimé et al., 2016, p.115). On retrouve donc deux composantes, une composante affective comprenant l'incapacité à exprimer

²³ Traduction en français de l'auteure de ce mémoire

verbalement et à identifier les émotions ainsi que les distinguer des sensations corporelles, et une composante cognitive comprenant une pensée à contenu pragmatique, une tendance à l'action pour exprimer les émotions ou gérer les conflits et une limitation de la vie imaginaire (Monnier, 2011).

L'alexithymie se retrouve également souvent définie comme étant une *difficulté de régulation affective*, pouvant augmenter la vulnérabilité psychologique et conduire au développement de plusieurs « pathologies mentales » comme les troubles paniques, la dépression, les TCA, et les troubles d'abus de substances (Eizaguirre et al., 2004 ; Marchesi et al., 2014, in Aimé et al., 2016). Il y a environ soixante ans, Bruch avait déjà souligné cette importance de la difficulté à décrire et à différencier les émotions dans les symptômes d'une personne souffrant de TCA (Carano et al., 2006 ; Eizaguirre et al., 2004, in Aimé et al., 2016). En effet, les personnes présentant de l'alexithymie sont plus à risque de recourir à des crises de boulimie, de par la confusion possible entre les émotions et les sensations corporelles, amenant ces dernières à être confondues avec de la faim (Wheeler et al., 2005 ; Speranza et al., 2005, in Aimé et al., 2016). Néanmoins, il reste à savoir si les TCA sont des conséquences possibles de l'alexithymie, ou si en fait c'est cette dernière qui est la conséquence des TCA. Ce débat sera repris plus loin, mais avant cela, il est important de mieux comprendre comment des émotions et des sensations corporelles peuvent être confondues. Pour ce faire, il faut avant tout prendre conscience du lien et de l'interdépendance qu'il existe entre les émotions et le corps.

- Le/s lien/s entre le corps et les émotions

Comme expliqué dans le chapitre sur les émotions, ces dernières ont fait l'objet de nombreuses théories, et malgré certaines critiques, elles permettent de mieux comprendre la connexion qu'il existe entre le corps et les émotions. Par exemple, le biologiste et philosophe Herbert Spencer décrivait l'émotion comme étant « un état mental subjectif de douleur ou de plaisir associé à des manifestations corporelles », c'est-à-dire « la face intérieure et la face extérieure d'un même changement » (Spencer, 1855, p.128, in Messina et al., 2014, p.39). Darwin (1872), quant à lui, a décrit l'émotion comme étant un « état mental provoquant des effets somatiques » (Messina et al., 2014, p.39). Pour William James et James Lange (1884), l'émotion est le comportement qui suit la perception d'un événement, et elle est donc la conséquence d'une activation du système neurovégétatif, alors que pour Cannon (1929), c'est l'émotion perçue qui provoque « une activation des structures cérébrales sous corticales, ce qui entraîne une réponse généralisée ». Un dernier exemple est celui de Magda Arnold (1960), qui pensait que l'émotion est le produit de l'évaluation d'un événement, et de ce fait, elle met en avant l'importance de la conscience émotionnelle, cette dernière contrôlant les

comportements et les réponses émotionnelles activés par les émotions (Messina et al., 2014). Les personnes souffrant d'alexithymie ne sont pas dénuées d'émotion, mais de par leurs difficultés à les identifier, à les différencier ou à les exprimer, elles communiquent leur émotion au travers des « canaux somatiques » (Mattila, Kronholm, Jula, et al., 2008, in Messina et al., 2014, p.40). On retrouve en effet un taux de plaintes concernant des douleurs physiques ou des troubles corporels relativement élevés chez les personnes atteintes d'alexithymie, alors que dans les faits, il n'y a aucun signe d'un éventuel trouble somatique (Messina et al., 2014).

- Les deux sous-types d'alexithymie

Selon Bermond (1997), l'alexithymie peut être séparée en deux sous-types : *l'alexithymie de type 1* et *l'alexithymie de type 2*. Le premier sous-type correspond à une mauvaise expression et une faible conscience des émotions, alors que le deuxième sous-type correspond à une mauvaise expression mais à une conscience normale des émotions. Il ressort que les personnes atteintes d'alexithymie de type 2 seraient plus sujettes à la somatisation²⁴ que celles atteintes du type 1 (Bailey et Henry, 2007, in Messina et al., 2014). De plus, il existerait une association entre une hypersensibilité viscérale et l'alexithymie, un lien ayant été démontré entre des troubles gastro-intestinaux fonctionnels et une altération du traitement des émotions (Kano, Hamaguchi, Itoh et al., 2007, in Messina et al., 2014). Des études ont également mis en avant que les symptômes physiques de l'alexithymie sont en fait liés à une « amplification somatosensorielle (AS) », cette dernière étant définie comme « une attention excessive et une hypervigilance aux symptômes somatiques ; une sensibilité exagérée aux sensations physiques ; une mauvaise interprétation des sensations physiques interprétées comme un signe de maladie » (Barsky, 1992, in Messina et al., 2014, p.40). Par ailleurs, il ressort justement que la somatisation et l'amplification somatosensorielle sont associées à des difficultés à décrire et à identifier les sentiments (Nakao, Barsky, Kumano et al., 2002 ; De Gucht et Heiser, 2003 ; Mattila, Kronholm, Jula, et al., 2008, in Messina et al., 2014).

- L'alexithymie et les TCA

Plusieurs études ont mis en avant le rôle important que les émotions et l'alexithymie peuvent jouer dans le développement et le maintien d'un trouble alimentaire ou d'un trouble de l'image corporelle (Marsero et al., 2011 ; Swami, Begum et Petrides, 2010, in Aimé et al., 2016). Dans *le modèle cognitivo-comportemental des TCA* de Fairburn, il est expliqué que les

²⁴ La somatisation est l'expression physique d'une souffrance psychique. La somatisation a lieu lorsque qu'une personne a tendance à éprouver ou à exprimer une souffrance physique en réponse à un stress ou un traumatisme psychique. Consulté le 05.05. 20 : <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Somatisation>

émotions et les changements d'humeurs d'une personne atteinte d'un TCA, ainsi que certaines situations rencontrées, peuvent affecter ses habitudes alimentaires. Entre autre, pour des raisons touchant à la sphère émotionnelle comme : « faire face à des émotions négatives comme la culpabilité, la honte, la tristesse ; démontrer sa détresse ; se rassurer et gagner un sentiment de contrôle plus grand relatif à des événements perçus comme incontrôlables ; se récompenser », les personnes souffrant de TCA peuvent avoir recours à des frénésies alimentaires, à des restrictions, ou encore à des comportements compensatoires inappropriés comme des vomissements (Fairburn, 2008, in Aimé et al., 2016, p. 116). Ce *modèle cognitivo-comportemental* correspond aux aspects développés dans le *modèle de la fuite* de Heatherton et Baumeister, tout comme dans le *modèle des limites* de Herman et Polivy, où il est démontré que les symptômes des TCA, en particulier les crises de boulimie et d'hyperphagie, sont engendrées par une augmentation des émotions négatives afin de les fuir et d'avoir un sentiment temporaire de soulagement (Haedt-Matt et Keel, 2011, in Aimé et al., 2016). Cette augmentation des émotions négatives semble pouvoir interagir avec l'alexithymie, des études ayant mis en évidence un lien entre la dépression et l'alexithymie (Fairburn, 2008, in Aimé et al., 2016). Certains résultats suggèrent même que la dépression et l'alexithymie s'influencent, c'est-à-dire que les symptômes dépressifs peuvent influencer l'alexithymie, et que cette dernière influence à son tour leur apparition et leur maintien (Eizaguirre et al, 2004, in Aimé et al., 2016). Un lien a également été trouvé entre le « perfectionnisme mésadapté », une mauvaise estime de soi, et l'alexithymie, ces facteurs pouvant amener au maintien d'une alimentation problématique et à des difficultés d'expression émotionnelle (Garrison, 2014, in Aimé et al., 2016, p.118). Là aussi, on retrouve un parallèle avec *le modèle de la fuite*, où il y est décrit l'impact du perfectionnisme et du fait d'avoir des standards élevés chez une personne souffrant de TCA.

Un certain nombre d'études ont également prouvé que les individus souffrant d'anorexie démontrent des symptômes importants d'alexithymie, comme des difficultés à reconnaître, à comprendre et à réguler les émotions, ainsi qu'une empathie cognitive réduite (Russell et al., 2009 ; Harrison et al., 2009 ; Davies et al., 2011, in Beadle, Paradiso, Salerno et McCormick, 2013). Cette empathie cognitive consiste « à adopter l'état mental des autres, par l'imagination et la prise de perspective, afin de détecter leurs pensées, leurs sentiments et leurs motivations », et sa réduction peut donc entraîner des complications dans les rapports sociaux (Coke, Batson, McDavis, 1978 ; Stotland, 1969 ; Frith et Frith, 2003, in Beadle et al., 2013, p.2). Il a également été démontré que l'alexithymie est plus forte pendant les phases aiguës de l'anorexie (Corcos et al, 2000 ; Kessler et al., 2006 ; Tchanturia, Davies, Harrison et al., 2012,

in Beadle et al., 2013), et que l'empathie cognitive s'y retrouve d'autant plus réduite (Russell et al., 2009, in Beadle et al., 2013). Plusieurs recherches affirment que l'alexithymie peut se voir améliorée après une reprise de poids, mais qu'elle restera quand même plus importante que chez une personne n'ayant jamais souffert d'anorexie (Parling Mortazavi, Ghaderi, 2010 ; Speranza et al., 2007, in Beadle et al., 2013). De par ces résultats, l'alexithymie serait considérée soit comme un changement permanent étant une conséquence de la maladie, soit comme un trait caractéristique de l'anorexie mentale (Beadle et al., 2013). Plus largement, la question de savoir si l'alexithymie est un facteur de risque pouvant conduire au développement d'une pathologie, ou si c'est une conséquence de cette dernière, a été l'objet de nombreuses recherches. Déjà en 1977, Freyberger propose une dichotomie distinguant *l'alexithymie primaire* de *l'alexithymie secondaire* :

- *L'alexithymie primaire* est sous-tendue par l'hypothèse d'un facteur biologique inné, notamment une mauvaise connexion des régions néocorticales et limbiques (Jouanne, 2006), et elle apparaît donc comme « un facteur de disposition tout au long de la vie qui peut conduire à une maladie psychosomatique » (Lesser, 1981, p. 533, in Messina et al., 2014, p. 41). En d'autres termes, l'alexithymie primaire est considérée comme « un trait de personnalité plus ou moins stable qui se forme pendant l'enfance et les premières années de l'âge adulte » (Messina et al., 2014, p. 41).

- *L'alexithymie secondaire*, quant à elle, ne survient pas pendant le développement, mais suite à un événement stressant ayant un effet direct ou indirect sur le cerveau, comme une maladie somatique ou mentale grave, ou alors un traumatisme physique ou psychologique (Jouanne, 2006 ; Messina et al., 2014). Contrairement à l'alexithymie primaire qui est considérée comme un facteur de vulnérabilité aux maladies mentales, l'alexithymie secondaire est considérée comme une conséquence de ces dernières (de Vente, Kamphuis, Emmelkamp, 2006, in Messina et al., 2014). De plus, lorsque l'événement stressant est une maladie n'ayant aucune conséquence directe sur le cerveau, l'alexithymie est aussi considérée comme un mécanisme de défense permettant à la personne atteinte de faire face au stress engendré par la maladie et de se protéger contre des « événements hautement émotionnels » (Freyberger, 1977, in Messina et al., 2014, p.41).

Certaines études émettent l'hypothèse d'une troisième forme d'alexithymie, cette dernière étant prénommée : *l'alexithymie organique*. Cette alexithymie organique pourrait être due à des dommages cérébraux localisés, touchant des structures cérébrales impliquées dans le traitement des émotions, et elle serait un sous-type de l'alexithymie secondaire (Spalletta, Pasini, Costa et al., 2001 ; Becerra, Amos, Jongenelis, 2002, in Messina et al., 2014). Selon

cette hypothèse, il y aurait donc deux types d'alexithymie secondaire, une alexithymie se développant suite à « des facteurs de stress psychosociaux et des mécanismes psychologiques (par exemple de défense) mis en place pour tenter de faire face au stress » (Smith, Daurat, Pariente et al., 1992, in Messina et al., 2014, p. 42), et une alexithymie se développant suite à des dommages directs ou indirects au cerveau (Messina et al., 2014).

Selon Jouanne (2006), l'alexithymie est un processus adaptatif, qu'elle soit primaire ou secondaire. Elle donne l'exemple d'une alexithymie primaire pouvant être une caractéristique stable de la personnalité selon la culture d'origine d'une personne, car dans certaines cultures, l'expression des émotions peut être mal perçue. Quant à l'alexithymie secondaire, elle la définit comme : « une défense, un gel pulsionnel, émotionnel, visant à protéger le sujet » (Jouanne, 2006, p. 201).

Il ressort que l'alexithymie serait aussi associée à l'empathie émotionnelle, cette dernière ayant deux composantes : la détresse personnelle et la préoccupation empathique. La détresse personnelle implique que, lorsqu'une personne en voit une autre souffrir, un sentiment de bouleversement et de malaise est engendré. Quant à la préoccupation empathique, elle désigne le fait de ressentir de la sympathie et de la compassion pour toutes personnes dans le besoin (Davis, 1980 ; Batson et al., 1983, in Beadle et al. 2013). En effet, il est démontré que des personnes souffrant d'anorexie avec un haut niveau d'alexithymie ont un niveau de préoccupation empathique faible, alors que leur niveau de détresse personnelle est élevé (Davis, 1980 ; Moriguchi et al, 2006, in Beadle et al., 2013). La détresse personnelle semble prendre le dessus, alors que chez une personne en bonne santé, des stratégies de régulation permettraient d'y faire face (Eisenberg et al., 1994, in Beadle et al., 2013). Or, l'autorégulation, qui se définit comme étant la mesure dans laquelle un individu contrôle ses pensées, ses comportements et ses sentiments personnels (Kubzansky, Park, Peterson, Vokonas, Sparrow, 2011), est connue pour être compliquée voire mauvaise chez une personne atteinte de TCA, ce qui peut expliquer cet effet sur les capacités d'empathie émotionnelle (Davies et al., 2011 ; Geller, et al., 2000, in Beadle et al., 2013). Il ressort également que les symptômes des TCA, comme l'hyperactivité, les crises de boulimie, les vomissements ou la restriction, sont en fait eux-mêmes de mauvaises tentatives d'autorégulation, afin de faire face à des états émotionnels indifférenciés (Taylor, Bagby, Parker, 1997 ; Goodsitt, 1983, in Taylor, 2000). Les difficultés d'autorégulation semblent alors avoir un impact considérable, pouvant entraver la diminution de la détresse personnelle et donc de l'empathie émotionnelle. Par ailleurs, cette dernière ne semblant pas non plus changer après une reprise de poids,

certaines la définissent également comme étant une seconde caractéristique de l'anorexie (Beadle et al., 2013).

Comme expliqué précédemment, plusieurs études ont démontré un niveau d'empathie cognitive réduit chez des personnes atteintes d'anorexie, ce qui supposait qu'elles auraient également un niveau d'empathie émotionnelle plus bas. Cependant, les résultats ci-dessus sont étonnamment en contradiction avec cela, vu qu'il y est démontré qu'une partie de l'empathie émotionnelle n'est pas réduite, mais qu'au contraire, elle se voit augmentée. Ces résultats posent donc la question d'une éventuelle dissociation entre l'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive (Beadle et al, 2013).

Le lien avec la notion d'empathie est néanmoins à faire avec précaution, car il reste source de débat, notamment en ce qui concerne les TCA. En effet, certains affirment que les personnes souffrant de TCA auraient un manque d'empathie, alors que d'autres affirment que l'empathie serait en fait augmentée chez une personne souffrant de TCA (Kyriacou et al., 2009).

Tous ces résultats mettent en avant le rôle important que peut jouer l'alexithymie dans les TCA, et par conséquent, la nécessité de la prendre en considération dans leur traitement. Une étude avec des patients souffrant de boulimie a pu démontrer qu'un programme comprenant des groupes de psychothérapie intensive se concentrant principalement sur la gestion des symptômes et de la nourriture, ainsi que sur les interactions familiales et sociales, pouvait amener à une réduction significative du niveau d'alexithymie après 9 à 10 jours d'hospitalisation. Les résultats suggèrent aussi qu'un traitement se focalisant sur l'amélioration de la conscience émotionnelle se révélerait être prometteur, notamment en entraînant les patients à focaliser leur attention sur les manifestations non verbales de leurs émotions (de Groot, Rodin, Olmstead, 1995 ; de Groot, Rodin, 1998, in Taylor, 2000).

Avec ce concept d'alexithymie on retrouve un certain nombre de difficultés émotionnelles chez une personne souffrant de TCA, mais il serait intéressant de voir si ces difficultés sont propres à ce concept ou si elles peuvent également se retrouver dans le concept de l'intelligence émotionnelle.

L'intelligence émotionnelle :

Comme vu précédemment, plusieurs données suggèrent une association entre les TCA et des difficultés émotionnelles, notamment en ce qui concerne l'anorexie. Que ce soit identifier les émotions, les différencier, les mentaliser ou encore les exprimer, pour soi-même ou les autres, cela ressort bel et bien comme étant une problématique récurrente (Oldershaw et al., 2011 ; Davies et al., 2010, in Hambrook et al., 2012).

Des difficultés à gérer et à tolérer les émotions et les reconnaître ou les utiliser de manière adéquate et adaptative semblent en effet associées à l'anorexie (Hambrook et al., 2011, in Hambrook et al., 2012), et des recherches ont justement mis en avant l'importance de prendre en compte les problèmes socio-affectifs de par leur impact possible sur les avancées du traitement (Speranza et al., 2007, in Hambrook et al., 2012). Il a effectivement été démontré à plusieurs reprises que l'environnement social et familial peut jouer un rôle important dans le traitement d'un TCA, et de par les difficultés touchant la sphère émotionnelle que peuvent rencontrer les personnes atteintes de TCA, il peut y avoir des altérations importantes du lien avec leur entourage et leur environnement.

De ce fait, de plus en plus d'études se sont intéressées au concept de *l'intelligence émotionnelle (IE)* afin de pouvoir évaluer les capacités de traitement émotionnel chez une personne souffrante de TCA. L'intelligence émotionnelle a initialement été définie par Salovey et Mayer (1989 ; 1990) comme : « la capacité de surveiller ses propres sentiments et émotions et ceux des autres, de les distinguer et d'utiliser ces informations pour guider sa pensée et ses actions » (Salovey et Mayer, 1989 ; 1990, in Parker, Taylor, Bagby, 2001, p.108). Un peu plus tard, Mayer et ses collègues en donnent la définition suivante : « la capacité des individus en matière de reconnaissance, de traitement et de régulation des émotions chez eux et chez les autres » (Mayer et al., 2000, in Zysberg, 2014). Dans ces deux définitions, on retrouve les deux sous-types de l'intelligence personnelle que Gardner avait décrit en 1983, c'est-à-dire l'intelligence intrapersonnelle et l'intelligence interpersonnelle. L'intelligence intrapersonnelle se réfère à « la capacité d'accéder à sa propre vie sentimentale », alors que l'intelligence interpersonnelle se réfère à « la capacité de lire les humeurs, les intentions et les désirs des autres » (Gardner, 1983, in Parker, Taylor, Bagby, 2001, p.108).

Dans leur *modèle à quatre branches*, Mayer et ses collègues (2008) considèrent l'IE comme plusieurs capacités combinées pouvant provenir de quatre branches différentes : « (1)

Percevoir les émotions : la capacité à percevoir, évaluer et exprimer avec précision les émotions ; (2) Utiliser les émotions : la capacité à accéder et/ou à générer des sentiments lorsqu'ils facilitent la réflexion ; (3) Comprendre les émotions : la capacité à comprendre le langage des émotions et la connaissance des émotions ; (4) Gérer les émotions : la capacité à réguler les émotions afin de promouvoir le développement émotionnel et intellectuel en soi et chez les autres. » Ils précisent également que chaque branche a une possible trajectoire développementale dès la petite enfance. (Mayer et al., 2008, in Hambrook et al., 2012, p.13).

L'intelligence émotionnelle ressort bel et bien comme étant associée aux TCA et aux habitudes alimentaires émotionnelles, et elle ressort même comme étant un facteur pouvant y jouer un rôle majeur (Markey et Vander Wal, 2007 ; Zysberg et Rubanov, 2010, in Zysberg, 2014). Par exemple, une étude affirme l'existence d'une corrélation entre la perception du corps, la consommation alimentaire, ainsi que les préoccupations alimentaires et le niveau d'IE. Il y est effectivement démontré qu'un niveau élevé d'IE est corrélé à une perception plus saine de l'image corporelle et à un niveau plus faible de préoccupations autour de la nourriture (Zysberg, 2014).

Une autre étude a spécifiquement examiné les capacités de traitement émotionnel de femmes souffrant d'anorexie, et les résultats démontrent un niveau d'IE nettement plus bas que dans un groupe contrôle comprenant des femmes en bonne santé. Plus précisément, les femmes atteintes d'anorexie ont présenté plus de difficulté à utiliser leurs connaissances émotionnelles afin d'améliorer leur réflexion, ainsi que des difficultés à avoir un raisonnement précis sur leurs émotions. En outre, les résultats suggèrent que ces femmes ont également de la peine à percevoir la manière dont peuvent changer leurs émotions dans le temps, ce qui appuie les données affirmant que l'anorexie est associée à un style cognitif inflexible et rigide (Tchanturia et al., 2011, 2012, in Hambrook et al., 2012). Par ailleurs, cette étude met en évidence un lien étroit entre le niveau d'IE, l'anxiété et l'anorexie. En effet, un niveau d'IE plus faibles chez une personne souffrant d'anorexie résulterait d'un niveau d'anxiété élevé, ce dernier impliquant comme un blocage de la capacité à raisonner de manière précise à propos des émotions et à les utiliser adéquatement pour prendre des décisions adaptatives (Hambrook et al. 2012). Ces affirmations vont dans le sens des résultats sur l'alexithymie, ou sur la *théorie du processus ironique* comme vu ci-dessus, les difficultés à communiquer ou identifier les émotions dans l'anorexie ressortant comme étant plus dues à une détresse affective qu'à l'anorexie en soit. Cette détresse pouvant justement être une forte anxiété, elle sera vécue comme une distraction cognitive de plus et va engendrer le dépassement de la limite des capacités cognitives et donc des difficultés de raisonnement possibles. De par leur

étude, Hambrook, Brown et Tchanturia (2012), affirment donc que l'IE est indirectement liée à l'anorexie, par le biais de l'anxiété. Ils ajoutent que certains symptômes de l'anorexie, comme les restrictions alimentaires, sont en fait une réaction conditionnée de contrôle et de fuite face à de l'anxiété ou de la peur. Ces réactions, étant le résultat d'une mauvaise stratégie d'autorégulation, sont associées à un faible niveau d'IE et deviennent problématique si elles persistent sur le long terme (Strober, 2004 ; Hatch et al., 2010, in Hambrook et al., 2012).

Tous ces résultats démontrent qu'une personne souffrant de TCA, notamment d'anorexie, présente en effet plus de difficultés à traiter et à utiliser les informations émotionnelles, et ces difficultés peuvent se voir augmentées par un niveau élevé d'anxiété. L'intelligence émotionnelle semble donc jouer un rôle important dans le développement et le maintien d'un TCA, et il paraît judicieux de la prendre en considération lors d'une intervention thérapeutique.

Que ce soit dans les travaux de Bruch, dans ceux sur l'alexithymie, ou encore ceux sur l'intelligence émotionnelle, il ressort que les personnes souffrant de TCA ont effectivement des difficultés de traitement émotionnel. Ci-dessous, une étude qualitative particulièrement intéressante met en évidence ces difficultés, notamment en ce qui concerne l'anorexie.

Les émotions dans l'anorexie et les TCA :

Pour terminer, je vais vous présenter une étude qualitative où un « focus group » a été réalisé afin de mieux comprendre le lien entre les émotions et l'anorexie, et dans laquelle ils ont pris en compte le point de vue de plusieurs patients souffrant d'anorexie, mais également celui de leurs parents, ainsi que celui des cliniciens qui les ont suivis. Le focus group est défini comme « une méthode de collecte de données qualitatives réunissant un nombre restreint de personnes dans une conversation centrée sur un sujet ou un champ d'intérêt défini qui a fait, fait ou fera partie de l'existence des personnes regroupées. Cette méthode mise sur la dynamique de groupe pour favoriser l'expression des perceptions, attitudes, croyances, sentiments, aspirations, résistances et intérêts présents dans les groupes ciblés. Afin de faciliter l'accès à ces données issues de l'interaction sociale, la conversation est animée par au moins un modérateur. Elle se déroule dans un environnement permissif et non menaçant qui tente de reproduire, dans une certaine mesure, les types d'échanges spontanés qui peuvent

s'observer dans la vie quotidienne » (Leclerc, Bourassa, Picard, Picard et Courcy, 2011, p.146).

Les auteurs de cette étude qualitative, Kyriacou, Easter et Tchanturia, commencent par souligner *l'absence de traitement de choix en ce qui concerne l'anorexie*, et comme vu précédemment, ils déplorent le manque d'avancer dans ce domaine (NICE, 2004 ; Agras et Robinson, 2008, in Kyriacou et al., 2009). Néanmoins, ils mettent en avant un certain nombre d'explications sur les difficultés à traiter des personnes atteintes d'anorexie, ainsi que sur les raisons pouvant amener à ce pronostic et ces résultats décevants. Dans ces difficultés on retrouve notamment : « l'ambivalence des patients face au changement ; la résistance au traitement ; la comorbidité et les traits de personnalité ; l'efficacité réduite des médicaments psychotropes et de la psychothérapie chez les patients présentant une grave insuffisance pondérale ; les capacités cognitives compromises » (Schmidt et Treasure, 2006 ; Tchanturia et al., 2008, in Kyriacou et al., 2009, p. 844). Certaines de ces explications ont été décrites plus largement dans les modèles et théories ci-dessus, comme dans la *théorie du processus ironique* ou le modèle de Schmidt et Treasure. Kyriacou, Easter et Tchanturia (2009) ajoutent qu'en plus de ces explications, il ressort que les patients souffrant d'anorexie présentent de fortes réticences à s'engager dans des traitements mettant l'accent sur les expériences personnelles et les émotions, or selon certains chercheurs, les TCA sont possiblement liés aux troubles émotionnels (Jones et al., 2008 ; Zucker et al., 2007, in Kyriacou et al., 2009).

Comme nous avons pu le constater, il y a une augmentation progressive du nombre d'études sur *les difficultés de traitement émotionnel dans l'anorexie*. L'alexithymie semble jouer un rôle particulièrement important, car comme vu précédemment, sa présence semble mise en évidence comme un aspect associé à une altération du vécu émotionnel chez les individus souffrant d'anorexie (Bydlowski et al., 2005 ; Gilboa-Schechtman et al., 2006 ; Schmidt, Jiwany et Treasure, 1993, in Kyriacou et al., 2009). En outre, des recherches sur la perception émotionnelle ont démontré une réduction importante de la capacité à reconnaître les expressions émotionnelles du visage chez une personne atteinte d'anorexie (Zonnevijlle-Bender, et al., 2002, in Kyriacou et al., 2009), et il a également été constaté qu'une personne malade a une plus grande sensibilité aux émotions négatives, notamment en ce qui concerne le dégoût ou la honte (Troop et al., 2000, in Kyriacou et al., 2009).

Déjà en 1985, Bruch avait démontré l'existence de ces difficultés en ce qui concerne la distinction entre les émotions intimes et les sensations physiques chez une personne atteinte d'anorexie, ainsi qu'une altération de la différenciation entre la faim et la satiété. Par ailleurs, les résultats des études portant sur l'alexithymie ou sur l'intelligence émotionnelle, ont bel et

bien démontré que les personnes souffrant d'anorexie présentent des difficultés de traitement émotionnel, que ce soit pour leurs émotions ou celles des autres. Le modèle de Schmidt et Treasure a également bien démontré que les émotions peuvent aussi être un facteur déclencheur et de maintien de l'anorexie, ainsi que de certains comportements en lien avec les TCA (Arnow et al., 1995 ; Fairburn et al., 2003, in Kyriacou et al., 2009). Corstorphine parle même d'un *cercle vicieux*, où les personnes atteintes de TCA mettent en place certaines stratégies ou comportements afin de fuir ou d'éviter leurs émotions, ce qui va les rendre comme « déconnectées » un certain temps, mais les émotions négatives finissent par revenir et la personne devra à nouveau tenter de les éviter (Corstorphine, 2006, in Kyriacou et al., 2009, p. 844).

Les résultats de cette étude qualitative mettent en avant *les difficultés les plus fréquentes* qui sont rencontrées dans le traitement des émotions chez les personnes souffrant d'anorexie, et à l'aide du point de vue des patients, de leurs parents, ainsi que celui des cliniciens, cette étude a pu explorer la manière dont les trois groupes identifient les plus grandes difficultés en ce qui concerne la cognition sociale et les émotions. Il en ressort 7 thèmes principaux : la sensibilisation et la compréhension des émotions ; l'incapacité à tolérer, à contenir et à faire face aux émotions ; l'évitement émotionnel ; l'expression des émotions et des croyances négatives ; les réactions émotionnelles extrêmes ; les interactions sociales et les relations interpersonnelles ; le manque d'empathie (Kyriacou et al., 2009). En effet, tant les cliniciens que les parents décrivent d'importantes difficultés émotionnelles chez les personnes atteintes d'anorexie, mais ils ajoutent que sur le plan intellectuel elles semblent tout à fait fonctionnelles. Pour ce qui est du *manque de sensibilisation aux expériences émotionnelles* des personnes souffrant de TCA, les trois groupes l'ont identifié et décrit très clairement, notamment comme étant « une incapacité à reconnaître, identifier et étiqueter les émotions » (Kyriacou et al., 2009, p.847). Malgré ces difficultés à prendre conscience de leurs propres besoins et émotions, les trois groupes ont l'impression qu'il n'y a pas de difficultés de perception des émotions chez les autres, voire même que cette perception est accrue. Cependant, cette *forte sensibilité aux émotions des autres* ne signifie pas forcément que les personnes atteintes d'anorexie soient capables de les comprendre et de les reconnaître, mais plutôt que de par leurs propres difficultés, elles sont souvent amenées à tenter de se conformer à ce que les autres attendent d'elles et donc à être très attentives afin de pouvoir adopter le comportement qui paraîtrait des plus « plaisant » (Kyriacou et al., 2009, p.848).

En outre, tous les groupes ont décrit une *incapacité importante des personnes souffrant de TCA à faire face aux émotions, à les tolérer ou à les contenir, surtout en ce qui concerne les émotions intenses et négatives*. Les 3 groupes ont peu parlé des émotions positives, mais il semblerait qu'elles puissent tout de même avoir un certain impact. En effet, les cliniciens ont pu constater une tendance au sabotage des émotions positives chez leurs patients, ces derniers ne pouvant pas les tolérer non plus, se sentant coupables ou pensant ne pas pouvoir les justifier et les mériter. De plus, cette intolérance aux émotions des patients, ne semble pas toucher que leurs propres émotions, mais également les émotions des autres. Les parents décrivent comme une impression d'être pris au piège devant toujours faire attention à leurs propres réactions émotionnelles, les émotions devenant une sorte de « monnaie de contrôle psychologique », et pouvant être victimes de l'intolérance de leurs proches malades, ces derniers pouvant les menacer de ne pas manger selon leurs réactions (Kyriacou et al., 2009, p. 848). De par ce sentiment de manipulation, les relations familiales peuvent se voir impactées, et l'expression des émotions se voir réduite au sein des interactions familiales.

Les patients décrivent leurs émotions comme étant « douloureuses et intolérables », ce qui les amène à vouloir les éviter ou même à les supprimer, et cet *évitement émotionnel* semble très présents chez toutes personnes souffrant de TCA (Kyriacou et al., 2009, p. 848). Les cliniciens décrivent également leurs patients comme étant coupés de leurs émotions, tout comme de leurs expressions. Selon les parents et les cliniciens, les TCA sont un moyen de contrôler les émotions en les canalisant, particulièrement lorsque ces émotions sont perçues comme intenses et menaçantes. Les patients perçoivent également l'anorexie comme étant un moyen de fuir les émotions, de par « l'engourdissement émotionnel » qu'elle engendre (Kyriacou et al., 2009, p. 849). Les cliniciens ajoutent que cet évitement émotionnel engendré par la mise en place de certains comportements alimentaires inadaptés joue un rôle important dans le traitement, car si les patients sont complètement coupés, le processus de guérison peut se voir entraver.

En plus des difficultés à identifier et à tolérer les émotions, il ressort que les personnes souffrant de TCA ont également *des difficultés à exprimer leurs émotions*, de par une incertitude quant à la façon de le faire. Cette incertitude peut être due à des automatismes mis en place depuis l'enfance, car par exemple l'environnement familial ne laissait pas la place à l'expression émotionnel, ou alors elle est le résultat d'une coupure émotionnelle si longue que la personne ne sait plus comment exprimer ses émotions de manière adéquate. Ces difficultés d'expression sont aussi liées à des croyances négatives que les personnes souffrant de TCA peuvent avoir quant à leurs émotions, comme par exemple : « les émotions sont inacceptables

et interdites », « les exprimer est un signe de faiblesse », ou encore « les émotions sont terrifiantes » (Kyriacou et al., 2009, p. 849). En effet, les patients expliquent que pour eux les émotions sont un signe de vulnérabilité et de faiblesse, et de ce fait, ils sont méfiants et ont de la peine à révéler aux autres ce qui touche à leur sphère personnelle. Tant les cliniciens que les parents vont dans ce sens, en décrivant que les personnes malades ont peur des conséquences s'ils expriment leurs émotions, et qu'ils ont peur d'être exploités ou exposés (Kyriacou et al., 2009).

Les résultats de cette étude mettent aussi en avant que *les difficultés de gestion des émotions* des personnes atteintes d'anorexie peuvent se manifester par « des oscillations dans l'expérience et l'expression des émotions, sans équilibre ni souplesse » (Kyriacou et al., 2009, p.850). Les cliniciens décrivent des patients, soit complètement coupés de leurs émotions, soit extrêmement en contact avec elles mais étant totalement incapables de les gérer ou de les utiliser de manière adéquate. Cela va dans le sens de certains résultats démontrés précédemment, où les personnes souffrant de TCA semblent avoir une pensée dichotomique²⁵, où tout est noir ou tout est blanc, et cela ne semble pas uniquement être le cas pour les émotions. Les patients décrivent comme une « absence de juste milieu », et des difficultés à tolérer les changements et l'ambiguïté en général (Kyriacou et al., 2009, p.850). Cette oscillation imprévisible entre un état d'engourdissement et des réactions émotionnelles intenses, est vécue comme très épuisante pour la famille, mais également pour les patients qui se sentent confus et comme pris au piège dans des « perceptions polarisées » (Kyriacou et al., 2009, p.850).

Les interactions sociales et les relations interpersonnelles ressortent comme étant fortement influencées par les problèmes émotionnels. En effet, les cliniciens décrivent « la capacité réduite à traiter et à comprendre les émotions comme un obstacle inextricable aux relations interpersonnelles » (Kyriacou et al., 2009, p.851). Les comportements inflexibles et rigides des personnes souffrant de TCA, accompagnés de ces difficultés à comprendre les autres peuvent même engendrer un retrait social important. En outre, les trois groupes ont expliqué que toutes les interactions sociales peuvent se voir touchées, que ce soit les relations intimes, les échanges quotidiens, ou encore les échanges occasionnels. Probablement de par une diminution des interactions sociales, les parents décrivent une augmentation de la dépendance de leurs proches malades, ces derniers voulant sûrement s'accrocher aux seules relations qui leur restent.

²⁵ La dichotomie est l'opposition entre deux choses contraires. Consulté le 20.07.20: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/dichotomie/>

Les résultats démontrent finalement certaines divergences quant à *un éventuel manque d'empathie* chez les patients, car selon certains cliniciens, leurs patients ont des difficultés à « être en contact » avec les émotions des autres (Kyriacou et al., 2009, p.852). Quant aux parents, certains décrivent leurs proches malades comme incapables de se rendre compte des conséquences de la maladie sur la famille, alors que d'autres décrivent au contraire leurs proches comme « émotionnellement astucieux » en ce qui concerne les états émotionnels des autres, mais inconscients lorsqu'il s'agit de leurs propres états émotionnels à eux (Kyriacou et al., 2009, p.852). Selon Kyriacou, Easter & Tchanturia, ces divergences ne seraient pas dues à des difficultés à reconnaître les émotions des autres, mais plutôt à une capacité réduite à pouvoir adopter le point de vue de l'autre.

Cette étude qualitative est très intéressante, car elle reprend et souligne certains résultats démontrés précédemment, mais elle ajoute une dimension nouvelle de par les différents points de vue qu'elle présente. De plus, tous les résultats de cette étude démontrent bel et bien l'importance des difficultés à reconnaître, comprendre, exprimer et tolérer les émotions chez les personnes souffrant de TCA, notamment en ce qui concerne l'anorexie. Par ailleurs, ces difficultés émotionnelles suggèrent que ces personnes vivent une lutte constante afin de « négocier les exigences de la vie quotidienne, et pour fonctionner correctement, tant socialement qu'émotionnellement » (Kyriacou et al., 2009, p.853). Traiter ces difficultés semble primordial dans le cadre d'un traitement, tout comme continuer les recherches dans ce domaine. Kyriacou, Easter & Tchanturia insistent sur l'importance de cibler les émotions et la cognition sociale dans les interventions psychologiques de l'anorexie, et proposent l'utilisation d'un outil thérapeutique permettant justement l'amélioration du traitement émotionnel et cognitif. Cet outil s'appelle le CREST (Cognitive Remediation and Emotional Skills Training), et il sert essentiellement à aider les patients à « reconnaître et à étiqueter leurs propres émotions et celles des autres, ainsi que d'encourager l'expression émotionnelle d'une manière sûre combinée à des expériences comportementales » (Kyriacou et al., 2009, p.853).

Tableaux récapitulatifs : Apports et critiques du chapitre 3

A l'aide des tableaux récapitulatifs ci-dessous, les principaux apports et critiques des différents modèles et concepts présentés dans le chapitre 3 seront mis en avant. Je vais principalement faire ressortir les liens entre les émotions, l'alimentation et les TCA, mais également de quelles habitudes alimentaires parle chaque modèle et concept, ou encore quel est l'« utilité » du TCA dans les mécanismes présentés et s'ils ont mis en avant des pistes de traitements et de prises en charge ou non.

Tableau 2.1 : Une première vision globale

Modèles / Concepts	Lien émotions - Alimentation - TCA	Habitudes alimentaires	« Utilité » du TCA	Prises en charge et traitements
Modèle à cinq voies	Les émotions induites par l'alimentation contrôlent les choix alimentaires (émotions positives favorisent l'ingestion; émotions négatives favorisent le rejet).	« Normales »		
	Les émotions intenses suppriment les apports alimentaires (notamment suite aux réponses physiologiques ou aux réponses comportementales comme la fuite ou le retrait).	« Normales »		
	Les émotions positives et négatives altèrent le contrôle cognitif de l'alimentation (ex : le stress désinhibe les restrictions alimentaires).	Restrictions alimentaires		

	Les émotions négatives incitent à manger pour réguler les émotions.	Alimentation émotionnelle « Normales »	L'alimentation émotionnelle a été conceptualisée en tant que stratégie de régulation permettant d'améliorer l'humeur négative, d'échapper à l'aversion de la conscience de soi, ainsi que de masquer le stress.	
	Les émotions modulent l'alimentation en fonction des caractéristiques des émotions.	« Normales »		

Le *modèle à cinq voies* de Macht (2008) permet une première vision globale du lien qu'il existe entre l'alimentation et les émotions, tant en ce qui concerne les mécanismes physiologiques que psychologiques. Il est aussi intéressant de voir comme ce modèle met en avant l'existence de catégories moins strictes en ce qui concerne les habitudes alimentaires induites par les émotions. Selon Macht (2008), les personnes pourraient être placées sur un continuum allant des personnes avec des habitudes alimentaires « normales », à celles ayant des habitudes alimentaires restrictives ou ayant recours à une alimentation émotionnelle. Cela signifie que beaucoup de personnes pourraient voir leur comportement alimentaire varier à cause de leurs émotions, ou plus précisément à cause de la mise en place d'une stratégie de régulation émotionnelle, et cela sans pour autant correspondre à une catégorie précise de comportements alimentaires dits pathologiques.

Néanmoins, comme nous pouvons le voir à l'aide du tableau ci-dessus, ce modèle ne présente pas de pistes de traitements ou de prises en charge en ce qui concerne les TCA, ou les habitudes alimentaires induites par les émotions qu'elles soient pathologiques ou non.

Tableau 2.2 : Les causes possibles de la suralimentation

Modèles / Concepts	Lien émotions - Alimentation - TCA	Habitudes alimentaires	« Utilité » du TCA	Prises en charge et traitements
Modèle de la fuite	Les émotions négatives engendrent des crises de frénésie alimentaire suite à une désinhibition alimentaire.	Restrictions alimentaires	La boulimie et l'hyperphagie sont des moyens utilisés pour fuir les émotions négatives (ici: la conscience aversive de soi).	<p>- Les traitements à préconiser devraient absolument se concentrer sur les processus cognitifs, plutôt que de se concentrer uniquement sur les crises de suralimentation (remodeler les réponses cognitives intrapsychiques).</p> <p>- Les interventions cliniques devraient se concentrer sur les étapes causales qui précèdent les frénésies alimentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ° Modifier les standards élevés, en travaillant à abaisser les normes, attentes et idéaux extrêmes d'une personne souffrant de TCA, et par conséquent, la pression qui va avec. ° Travailler sur l'acceptation de soi. ° Améliorer le niveau d'estime de soi.
L'impact du stress sur l'alimentation	Le stress prédit un faible niveau de LDC, et ce dernier prédit une faible auto-évaluation représentant une forme de conscience de soi, qui prédit à son tour une augmentation des apports alimentaires afin d'échapper à	Alimentation émotionnelle Restrictions alimentaires	La suralimentation (comme peuvent l'être la boulimie et l'hyperphagie) est un moyen utilisé pour fuir les émotions négatives (ici: la conscience	Prendre en compte les facteurs d'évaluation serait un chemin prometteur pour réduire l'alimentation induite par le stress. Par exemple, en ayant recours à une restructuration positive du LDC et de l'auto-évaluation d'un individu stressé, en lui

	une conscience de soi négative.		aversive de soi).	faisant prendre conscience de ses ressources et des différents outils qu'il possède pour mieux contrôler son environnement.
Le modèle des limites	<p>- Le stress a pour effet de supprimer les pressions physiologiques de la faim et il amène une personne à passer d'un état de faim à celui d'indifférence.</p> <p>- Si une personne est en état d'indifférence lorsqu'elle expérimente un stress, ce dernier ne devrait pas avoir d'effet.</p>	« Normales »		
	<p>- Une personne anxieuse suivant un régime va manger plus qu'une personne calme, car l'anxiété va désinhiber son alimentation suite à l'agitation émotionnelle ressentie de par un sentiment de perte de maîtrise de soi induit par le dépassement de la limite du régime.</p> <p>- Des états émotionnels négatifs comme l'humeur dépressive peuvent engendrer une suralimentation chez des individus qui se retreignent, alors que ce n'est pas le cas chez des personnes qui ne se retreignent pas.</p>	Restrictions alimentaires	La suralimentation (comme peuvent l'être la boulimie et l'hyperphagie) est un moyen utilisé pour fuir les émotions négatives.	

<p>Le rôle de la mémoire de travail dans l'alimentation émotionnelle</p>	<p>- Une faible capacité de mémoire de travail et des difficultés de régulation émotionnelle sont associées à un plus gros degré d'alimentation émotionnelle, notamment lorsqu'une personne s'ennuie.</p> <p>- L'ennuie est l'émotion qui déclencherait le plus couramment l'alimentation, et il apparaît comme pouvant fortement impacter les comportements alimentaires lorsqu'il est combiné à des difficultés de régulation des émotions et des difficultés attentionnelles.</p>	<p>Alimentation émotionnelle</p>	<p>La suralimentation (comme peuvent l'être la boulimie et l'hyperphagie) est un moyen utilisé pour fuir les émotions négatives.</p>	<p>Les facteurs émotionnels et cognitifs doivent impérativement être pris en compte pour réduire le risque d'alimentation émotionnelle, en particulier celle engendrée par l'ennui, et pour améliorer les habitudes alimentaires d'une personne.</p>
<p>La théorie du processus ironique</p>	<p>Chez des personnes qui se restreignent, la distraction cognitive (émotionnelle ou non) amène à l'effet ironique de suralimentation.</p>	<p>Restrictions alimentaires</p>	<p>La suralimentation (comme peuvent l'être la boulimie et l'hyperphagie) est un moyen utilisé pour fuir les émotions négatives.</p>	

Le syndrome de famine	- Des niveaux extrêmes de famine et de malnutrition engendrent une détresse et/ou une humeur dépressive ainsi qu'une aggravation des déficits cognitifs, ce qui va amener au maintien voire même à l'amplification des symptômes d'une personnes souffrant de TCA, notamment d'anorexie.	Restrictions alimentaires Alimentation émotionnelle	La restriction alimentaire, les rituels et les comportements rigides autour de l'alimentation sont des stratégies d'autorégulation inadaptées de fuite et une manière de faire face au dégoût et à la peur que la nourriture provoque chez une personne atteinte de TCA, notamment d'anorexie.	
------------------------------	--	--	--	--

Le *modèle de la fuite*, l'étude sur l'impact du stress sur l'alimentation, le *modèle des limites*, la recherche sur le rôle de la mémoire de travail dans l'alimentation émotionnelle, la *théorie du processus ironique* et le « syndrome de famine » sont toutes des données démontrant les différentes causes possibles d'une suralimentation.

Le *modèle de la fuite* s'intéresse particulièrement à la boulimie et à l'hyperphagie, mais les mécanismes qui y sont décrits correspondent étroitement aux résultats des autres modèles et études décrits dans le tableau ci-dessus. En effet, on retrouve dans toutes ces données la mise en place d'un processus de régulation émotionnelle inadapté conduisant une personne à tenter de réguler ses émotions au travers de l'alimentation. Il est intéressant de voir que ce processus concerne autant des personnes avec des habitudes alimentaires restrictives que des personnes ayant recours à une alimentation émotionnelle. Comme vu précédemment, l'alimentation émotionnelle correspond déjà en soi à une stratégie de régulation émotionnelle, mais à l'aide de ces données, notamment la *théorie du processus ironique* ou le « syndrome de famine », il est démontré que des habitudes alimentaires restrictives peuvent également et paradoxalement conduire à une alimentation émotionnelle, et donc à une suralimentation.

Comme dans le *modèle à cinq voies* de Macht (2008), on retrouve l'impact des caractéristiques des émotions sur l'alimentation, notamment avec la recherche de Ferrell, Watford et Braden (2020) sur le rôle de mémoire de travail dans l'alimentation émotionnelle, cette dernière démontrant que l'ennui est l'émotion qui déclencherait le plus couramment l'alimentation.

Il ressort à plusieurs reprises dans ce tableau que les traitements et les prises en charge des TCA doivent prendre en compte tant bien les facteurs émotionnels que cognitifs, car se concentrer uniquement sur les crises d'alimentation sans prendre en compte les processus cognitifs sous-jacents et les facteurs d'évaluation serait vain, ou moins efficace. Certains modèles ou concepts semblent néanmoins préconiser des interventions basées sur un seul facteur bien précis, alors qu'il est impératif de vraiment prendre en compte tous les facteurs pouvant avoir une quelconque influence sur le développement, l'évolution ou le maintien d'un TCA. Se concentrer que sur un facteur précis au détriment d'un autre peut effectivement conduire au ralentissement, voire à l'échec d'un traitement.

Tableau 2.3 : La régulation émotionnelle au travers des TCA

Modèles / Concepts	Lien émotions – Alimentation – TCA	Habitudes alimentaires	« Utilité » du TCA	Prises en charge et traitements
La confusion entre la faim et les émotions	Les personnes souffrant d'anorexie confondraient leur état dépressif ou leur anxiété avec un besoin de manger, et quand elles ne se sentent pas bien, elles auraient recours à des crises pensant avoir besoin de manger.	Restrictions alimentaires	Les crises de boulimie et d'hyperphagie permettent un apaisement temporaire du mal-être interne de la personne.	<ul style="list-style-type: none"> - Il est nécessaire d'appliquer un traitement permettant d'apprendre à différencier les besoins nutritionnels, des états émotionnels et autres sensations corporelles. - Il est primordial de prendre en compte les potentiels conflits qu'il peut exister entre les besoins corporels et les demandes culturelles qui ne cessent de créer un écart entre les besoins réels d'une personne et ceux qu'elle pense avoir.

<p>L'alexithymie</p>	<p>- Les individus souffrant d'anorexie démontrent des symptômes importants d'alexithymie, comme des difficultés à reconnaître, à comprendre et à réguler les émotions.</p> <p>- Les symptômes physiques de l'alexithymie sont en fait liés à une « amplification somatosensorielle (AS) », et la somatisation et l'amplification somatosensorielle sont associées à des difficultés à décrire et à identifier les sentiments.</p>	<p>Restrictions alimentaires</p>	<p>L'alexithymie secondaire (comme conséquence de l'anorexie) est considérée comme un mécanisme de défense permettant à la personne atteinte de faire face au stress engendré par la maladie et de se protéger contre des « événements hautement émotionnels ». Elle est également considérée comme étant un processus adaptatif.</p>	<p>- Il est nécessaire de prendre en considération l'alexithymie dans le traitement des TCA.</p> <p>- Un traitement se focalisant sur l'amélioration de la conscience émotionnelle se révélerait être prometteur, notamment en entraînant les patients à focaliser leur attention sur les manifestations non verbales de leurs émotions.</p>
<p>L'intelligence émotionnelle</p>	<p>L'intelligence émotionnelle ressort comme étant associée aux TCA et aux habitudes alimentaires émotionnelles, et elle ressort même comme étant un facteur pouvant y jouer un rôle majeur.</p>	<p>Restrictions alimentaires</p>	<p>Certains symptômes de l'anorexie, comme les restrictions alimentaires, sont une réaction conditionnée de contrôle et de fuite face à de l'anxiété ou de la peur. Ces réactions, étant le résultat d'une mauvaise stratégie d'autorégulation, sont associées à un faible niveau d'IE et deviennent problématique si elles persistent sur le long terme.</p>	<p>Il est nécessaire de prendre en considération l'IE dans le traitement des TCA.</p>

<p>Les émotions dans l'anorexie et les TCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes atteintes d'anorexie présentent des difficultés émotionnelles et un manque de sensibilisation aux expériences émotionnelles notamment une incapacité à reconnaître, identifier et étiqueter les émotions. - Les personnes souffrant de TCA présentent une incapacité importante à faire face aux émotions, à les tolérer ou à les contenir, surtout en ce qui concerne les émotions intenses et négatives. - Un évitement émotionnel semble très présent chez toutes personnes souffrant de TCA. - Les personnes souffrant de TCA ont également des difficultés à exprimer leurs émotions, de par une incertitude quant à la façon de le faire. - Les personnes atteintes d'anorexie présentent des difficultés de gestion des émotions et des difficultés à tolérer les changements et l'ambiguïté en général. 	<p>Restrictions alimentaires</p> <p>Alimentation émotionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les TCA sont perçus comme un moyen de contrôler les émotions en les canalisant, particulièrement lorsque ces émotions sont perçues comme intenses et menaçantes. - L'anorexie est perçue comme étant un moyen de fuir les émotions, de par l'engourdissement émotionnel qu'elle engendre. 	<p>Il est important de cibler les émotions et la cognition sociale dans les interventions psychologiques de l'anorexie, et l'utilisation d'un outil thérapeutique permet justement l'amélioration du traitement émotionnel et cognitif. Cet outil s'appelle le CREST (Cognitive Remediation and Emotional Skills Training), et il sert essentiellement à aider les patients à reconnaître et à étiqueter leurs propres émotions et celles des autres, ainsi que d'encourager l'expression émotionnelle d'une manière sûre combinée à des expériences comportementales.</p>
---	---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes souffrant de TCA semblent avoir une pensée dichotomique. - Les interactions sociales et les relations interpersonnelles ressortent comme étant fortement impactées par les problèmes émotionnels d'une personne souffrant de TCA. - Il pourrait y avoir un éventuel manque d'empathie chez des personnes souffrant d'anorexie, mais cette question est controversée. 			
--	--	--	--	--

A l'aide des données sur la confusion entre la faim et les émotions, sur les concepts d'alexithymie et d'intelligence émotionnelle, ou encore à l'aide des résultats de l'étude qualitative sur le lien entre les émotions et les TCA, il est démontré qu'il existe bel et bien une association entre des difficultés émotionnelles et les TCA. En effet, dans le tableau ci-dessus, il ressort que les personnes souffrant de TCA, notamment d'anorexie, ont des difficultés à reconnaître, identifier et étiqueter les émotions.

En plus de ces difficultés, il faut souligner la critique pertinente de Bruch (1969) sur la société et ses potentielles demandes implicites. Les demandes culturelles peuvent avoir un impact considérable sur la manière dont une personne va se percevoir, et comme le décrit très bien Bruch, elles peuvent créer un écart entre les besoins réels d'une personne et ceux qu'elle pense avoir ou qu'elle devrait avoir selon les normes culturelles.

Que ce soit avec les données sur l'alexithymie, celles sur l'intelligence émotionnelle ou celles sur l'étude de Kyriacou, Easter et Tchanturia (2009), il y est démontré la mise en place d'une mauvaise stratégie de régulation émotionnelle. Les TCA ressortent en effet comme étant le résultat d'une mauvaise régulation émotionnelle, cette dernière servant à contrôler et à canaliser les émotions trop intenses ou menaçantes.

Les résultats de ces données mettent en avant l'importance de prendre en compte les émotions et leur impact lors d'un traitement pour un TCA, notamment en travaillant sur l'amélioration de la conscience émotionnelle ou à l'aide d'outils thérapeutiques comme les CREST. Améliorer le traitement émotionnel d'une personne souffrant de TCA est en effet important, néanmoins, là aussi, il ne faut pas s'arrêter à cet unique facteur.

Les choix d'un traitement et d'une prise en charge pour les TCA peuvent être difficiles, cependant, s'il y a une prise en compte large des facteurs déclencheurs et des facteurs de maintien, une évolution positive, voire même une guérison totale, sont possibles.

Chapitre 4 : La théorie face à une réalité²⁶

La théorie permet d'apporter de nombreuses réponses et une meilleure compréhension générale du lien qu'il existe entre les émotions et les TCA, néanmoins, la théorie ne correspond pas toujours à la réalité. En effet, chaque règle à son exception, et il est primordial d'apprendre à ne pas considérer une théorie comme étant l'unique vérité. On retrouve encore une fois l'importance de prendre en compte la variabilité individuelle, et avec ce chapitre, je désire vous faire part de mon vécu en ce qui concerne les TCA et leurs liens aux émotions.

Ma réalité :

Il n'est jamais évident de replonger dans le passé quand on sait que ce dernier a pu par période être dur, complexe et accompagné de beaucoup de souffrance. Néanmoins, si ma réalité peut aider à mieux comprendre la théorie, et de ce fait aider d'autres personnes souffrant de TCA, je vous invite à y replonger avec moi.

Premièrement, il me semble qu'une brève présentation s'impose. En effet, lire le parcours d'une personne en pouvant un minimum se la représenter est toujours plus agréable. Pour faire court, je m'appelle Lisa De Paz, j'ai 27 ans, et je fais ce travail de Master dans l'espoir d'obtenir ma Maîtrise universitaire ès Sciences en psychologie (Master of Science (MSc) in Psychology). Je souffre depuis 10 ans de TCA, et j'ai déjà fait mon travail de Bachelor sur ces troubles avec une explication de ce que sont ces maladies, quelles sont leurs conséquences, quelles sont les prises en charges et traitements possibles, et dans lequel j'ai témoigné et raconté mon histoire assez en détail. Avec ce mémoire de Master, j'ai eu envie d'aller encore plus loin, et de mieux comprendre les liens que les TCA ont avec les émotions.

Je vais commencer par résumer mon parcours jusqu'à ce que je développe un TCA, et surtout les points importants amenant par la suite à des liens intéressants entre la théorie présentée précédemment et ma réalité. Je vais également vous expliquer le lien entre « mes » TCA et les émotions, et montrer son importance quant à l'évolution positive de la maladie et quelles ont été les prises en charge efficaces pour ce faire.

²⁶ Cette partie de témoignage ne peut être réutilisée sans l'autorisation de l'auteure pour analyse ou citations ultérieures.

Mon parcours jusqu'à l'expression des TCA :

Des « prédispositions » :

Aussi loin que je me souviens, j'ai eu une enfance des plus joyeuses et si j'ose dire « normale ». Avec le temps, il y a néanmoins certains éléments qui me sont revenus et qu'il me paraît important de souligner pour comprendre comment j'en suis arrivée à développer des TCA, et surtout le lien qu'ils ont avec les émotions.

J'ai toujours été passablement *exigeante* envers moi-même, et disons que le perfectionnisme pouvait sans problème être considéré comme mon meilleur ami. Avec du recul, je peine parfois à comprendre d'où me venaient de telles exigences. Mes parents m'ont toujours soutenu au maximum, mais il ne me semble pas qu'ils m'aient mis une telle pression. Au contraire, j'étais très indépendante et ils n'avaient la plupart du temps pas grand chose à redire sur mon travail à l'école ou en général. Avec le temps, j'ai tout de même quelques hypothèses qui se sont élaborées.

Premièrement, je viens d'une *famille d'immigrés*, mes grands-parents tant paternels que maternels étant partis de leur pays d'origine pour venir en Suisse. A force de discuter avec mes grands-mères et une fois avoir réussi à prendre un certain recul sur les dynamiques familiales, j'ai pu présumer que l'immigration et les histoires de vie des générations m'ayant précédées avaient sûrement laissé des traces. En effet, ce qui ressort fortement dans ma famille c'est qu'il faut être fort, ne pas montrer ses faiblesses, tenir bon et l'expression des émotions n'a pas vraiment sa place. Au début, je ne comprenais pas d'où pouvait venir ces mécanismes familiaux, puis en me mettant à la place des mes grands-parents, j'ai vite compris qu'à l'époque ils sont arrivés dans un pays où ils ne parlaient pas la langue, et où il fallait être le plus vite possible accepté et toléré afin de pouvoir trouver un travail et subvenir aux besoins de la famille. Encore aujourd'hui, les étrangers peuvent ne pas toujours être acceptés, donc en arriver à vouloir montrer le moins de vulnérabilité possible pour pouvoir être intégré semble passablement compréhensible. Par ailleurs, ayant connu la guerre et certains traumatismes, je sais maintenant que mes grands-parents, notamment ma grand-mère maternelle, ont dû se montrer forts et ne pas laisser leurs émotions les envahir pour une question de survie. Je suis convaincue que ces mécanismes familiaux m'ont été transmis, car depuis toujours j'ai eu le sentiment que le plus petit des défauts était comme malvenu et surtout un signe de faiblesse, notamment le fait de pleurer ou de montrer ses émotions.

Ensuite, je pense que mon perfectionnisme et tous les hauts standards que j'ai toujours eu étaient constamment renforcés par *la croyance* que j'avais de ne pas être aimée si je n'étais pas parfaite. Je pense pouvoir affirmer que je ressentais un besoin constant d'être aimée et appréciée de tous, et de ce fait, je ne tolérais que très douloureusement les critiques. En effet, la moindre remarque, que ce soit sur le fait de ne pas savoir jouer à un jeu ou ne pas savoir le faire correctement, me blessait et je me sentais directement comme étant inférieure et une incapable. Je me souviens que je me sentais extrêmement mal selon la remarque ou la critique, aussi petite et justifiée soit-elle, et le fait de me rattraper en étant « parfaite » sur tout ce que je pouvais devait forcément me rassurer et me rapporter un minimum de réconfort. De plus, en lisant et en analysant les données sur le lien qui existe entre les TCA et les TOC, j'ai eu comme un sentiment de déjà vu en ce qui concerne la symptomatologie des TOC.

En effet, *mon perfectionnisme* allait quand même parfois dans des extrêmes pouvant à mon avis être comparable à certains aspects des TOC, et une certaine forme de rigidité et de régularité était bel et bien présente chez moi, et cela depuis petite. J'ai en effet toujours aimé que les choses soient propres et bien rangées, et si comme tout enfant par moment ce n'était pas le cas, je pouvais tout d'un coup être prise d'une compulsion à vouloir tout ranger le plus vite possible. Je me souviens par exemple du tiroir qu'on avait tous sous notre pupitre en classe, et dans le mien, chaque chose avait une place bien précise. Je pense avoir été la seule fille de mon âge à l'avoir eu rangé à la perfection durant toute sa scolarité. Par ailleurs, si les choses en général n'étaient pas faites correctement, voire parfaitement, je pouvais tout recommencer ou arrêter totalement. J'ai deux trois exemples qui me reviennent, dont notamment celui où quand je me faisais une queue de cheval, la moindre bosse m'était intolérable. Que ce soit quand je tentais de me la faire moi, ou quand quelqu'un le faisait pour moi, je pouvais tout défaire si le résultat ne me satisfaisait pas. Je me souviens également que lorsque j'étais un peu plus grande, j'aimais me mettre du vernis à ongles. Je pouvais passer 15 minutes, 20 minutes, voire même 30 minutes à réaliser une pose sans une seule rature, mais si par maladresse je faisais une petite marque alors que le vernis n'était pas sec, ou tout simplement si le résultat final ne me plaisait pas n'étant pas parfait, je pouvais tout enlever et en 3 minutes mon travail avait disparu. Mon perfectionnisme pouvait même aller jusqu'à me faire réécrire mes devoirs car mon écriture ne me plaisait pas, ou parce que je n'avais pas écrit assez droit.

J'ai également compris avec le temps, après beaucoup de temps, que j'avais une *hypersensibilité émotionnelle*. Vous me direz, pour quelqu'un qui vient d'une famille où il y a peu de place pour les émotions, car elles sont un signe de faiblesse et où il faut se montrer

fort, ce n'est pas de chance ! Et pourtant... Bien évidemment, étant petite je n'avais pas la moindre idée de ce que cela signifiait, et n'ayant pas encore eu de réelle opportunité de comparaison, je pensais que tout le monde était comme moi.

Je me souviens juste que je pouvais ressentir les choses très fortement, que ce soit les émotions positives comme négatives. Il est difficile de se plaindre ou de penser qu'il y a un problème quand on ressent de fortes émotions positives, mais quand il s'agit d'émotions négatives, là ça devient très vite plus problématique. Je me souviens que je ressentais la douleur des gens de façon assez extrême. J'ai l'exemple d'un copain de classe qui était tombé devant moi et qui pleurait s'étant fait très mal, et voir sa douleur m'avait comme paralysée et j'avais l'impression de pouvoir la ressentir avec lui. Ce genre de situation je l'ai revécu à de multiples reprises, et à chaque fois, du moment que la paralysie s'était estompée, je ressentais comme une pitié intense et un besoin de venir en aide si je percevais de la détresse en face de moi. Pour ce qui est de la tristesse ou de la colère, c'était pareil. Lorsque je ressentais l'une ou l'autre de ces émotions, c'était à chaque fois de manière extrêmement forte. Je pense que pour mon entourage cela n'a pas toujours dû être facile, car ils vous diront probablement que je pouvais surréagir pour des choses sans importance ou qui leur semblaient sans aucune gravité. Le problème, c'est que je ne contrôlais rien, et que si je réagissais de manière forte, c'est que je le ressentais sincèrement de cette façon.

On peut trouver ici une éventuelle explication à mon intolérance aux critiques et aux remarques, car là aussi, je les vivais à chaque fois de manière extrême. Il est vraiment difficile de composer avec cette hypersensibilité, surtout quand petite vous pensez que tout le monde ressent la même chose que vous. Comment un enfant peut-il se dire que sa réalité n'est pas la même que celle de son ami, de son frère, de ses parents ? Et comment vivre avec une hypersensibilité émotionnelle alors que le milieu familial nous a plutôt appris à fuir et cacher ses émotions, et que la société en général n'invite absolument pas les gens à en prendre conscience ? Je dirais même qu'au contraire, la société invite justement à la fuite émotionnelle, cette dernière permettant de tenir le coup face aux multiples pressions que cette société impose encore et toujours plus.

Des difficultés à trouver ma place :

C'est avec le temps, et suite à de nombreuses expériences de vie que j'ai commencé à remarquer que tout *le monde ne réagissait pas du tout comme moi*. Au contraire, certaines

personnes semblaient même dénuées d'empathie à mon sens. Je dirais que c'est principalement à l'adolescence que j'ai compris que je ne « fonctionnais » pas comme la plupart des gens. Or, comme vu précédemment, l'adolescence est une période pouvant être passablement compliquée, remplie d'incertitudes, de confusion, et accompagnée d'une recherche complexe d'identité, d'indépendance et d'autonomie. Sur ce coup là, j'ai plutôt été comme tout adolescent, c'est-à-dire que je tentais de trouver la place qui était mienne, mais disons que cela n'a pas été une « mince » affaire. Quoique...

Prenant très à cœur ce que je vivais, ce que je voyais, mais surtout ce qu'on me disait, je me suis très vite mise à *vivre à travers le regard des autres*. Si en face de moi quelqu'un donnait un argument sur une situation, je pensais souvent comme lui, mais si deux minutes après quelqu'un donnait un avis contraire, j'étais perdu et je finissais la plupart du temps par me ranger vers le dernier avis entendu. En fait, je m'hyperadaptais constamment, et mes besoins, mon avis et mes envies ne semblaient pas du tout être une priorité.

Ce qui était compliqué pour moi, c'est que j'ai toujours renvoyée une image de quelqu'un de fort, de sûre d'elle et surtout de quelqu'un avec un caractère bien trempé. J'avoue qu'avec mon mélange de sang italien et espagnol, j'ai facilement pu surpasser la force de caractère de certains de mes amis, ou du moins, c'est ce qu'on m'a vite fait comprendre. Aujourd'hui, j'en suis fière, car je sais que c'est ce caractère qui m'a probablement sauvé la vie. Cependant, malgré ce fort caractère qui était surtout présent en apparence, à l'intérieur c'était tout l'inverse, et en réalité je n'avais absolument aucune confiance en moi. J'étais prise dans *un mouvement d'hyperadaptation*, voulant paraître parfaite et être appréciée au maximum, ce qui m'a amenée à vivre plus pour les autres que pour moi.

Un mal-être grandissant :

Je pense que mes premières blessures amoureuses ont été le début d'un *mal-être* qui n'a fait que grandir avec le temps. Bien que toutes les premières peines de cœur soient difficiles à gérer, et ce d'autant plus à l'adolescence, avec le temps je pense avoir compris que de part mon hypersensibilité, là aussi, j'ai vécu l'infidélité, le rejet et les mensonges bien plus fortement que la plupart des gens. Je me suis sentie profondément blessée, et mon égo ainsi que mon estime de moi en ont forcément pris un coup. De part mon perfectionnisme légendaire et mon besoin intense d'être aimée, me sentir trahie ou rejetée a été pour moi extrêmement violent pensant ne pas être à la hauteur. Je me suis sentie vraiment mal à chaque

déception amoureuse, et en amitié ce fut la même chose, car j'ai toujours donné sans compter, en amour comme en amitié. A mon plus grand regret, j'ai compris que ça n'allait que très rarement être réciproque, et là aussi, j'ai dû apprendre que tout le monde ne pensait pas comme moi et surtout que peu de gens seraient prêts à faire pour moi, ce que j'aurais été prête à faire pour eux.

Le mal-être qui grandissait en moi durant cette période de ma vie était sûrement dû à un mélange entre mon hypersensibilité, mon besoin d'amour, mon perfectionnisme et le fait que l'avis des autres prenait une place disproportionnée en comparaison du mien n'ayant pas un socle de confiance en moi assez solide. En même temps, il est difficile de ne pas finir blessée quand on ressent tout de manière plus intense, ou de finir déçue quand on a des standards trop élevés. L'estime de soi est évidemment touchée, et me renvoyant toujours à l'idée de ne pas être à la hauteur ou de ne pas le mériter, je comprends avec le temps pourquoi je n'arrivais pas à avoir plus confiance en moi. Ce *manque de confiance* peut probablement expliquer que je me sois autant « appuyée » sur l'avis des autres : mais comment se trouver une place quand on ne sait pas réellement ce que l'on veut, se que l'on ressent, ou tout simplement qui on est, ou qui on veut devenir car on vit constamment à travers et pour les autres ?

J'ai dû me perdre dans tout ça, car j'ai fini par tomber en dépression à l'âge de 17 ans. Ce fut extrêmement compliqué, car étant plutôt habituée à ne jamais pleurer, à toujours être forte, et à donner le change, pour la première fois je commençais à ne plus savoir comment cacher ou calmer ce mal-être interne. Je ressentais comme une sorte d'oppression, une douleur vers le cœur, et chaque jour elle me semblait plus forte. Je me souviens que j'allais courir pour pouvoir aller pleurer en forêt, à l'abri des regards. Je me sentais en permanence comme dans un état second, mais je me disais toujours que c'était juste une mauvaise période et ça allait passer. Je ne sais pas vraiment si j'étais consciente de ce qui m'arrivait, mais j'étais comme envahie par quelque chose de plus fort que moi.

Un premier signal d'alarme :

Une dépression ne se soignant pas juste avec des escapades permettant de pleurer en cachette, ou en se disant que ça ira mieux, elle n'a fait qu'empirer. Un soir, je me sentais si mal que j'en suis arrivée au point de m'enfermer dans les toilettes, d'écrire un message d'adieu, et de vouloir en finir avec ma vie.

J'ai eu la preuve à plusieurs reprises dans mon parcours que j'ai en moi une grande force de vie, et ce soir là, ce fut la première fois où j'ai pu le constater. En effet, j'étais dans un état de mal-être extrême, mais malgré cela, m'ôter la vie me fut impossible. J'ai voulu effacer les messages d'adieu que je voulais envoyer à mes parents, mon frère, ma meilleure amie et à un garçon que j'aimais mais dont l'amour était à sens unique. Certains appelleront cela le hasard ou peut-être une coïncidence, mais selon moi, la vie est très bien faite et elle me l'a prouvé là aussi pour la première fois ce soir-là. J'avais effacé le numéro de mon amie et celui du garçon, mais au moment où j'ai voulu supprimer ceux de mon frère et de mes parents, j'ai accidentellement appuyé sur la touche « envoyer » au lieu de « supprimer ». Quand j'ai entendu les trois téléphones sonner dans la maison, j'ai paniqué et je me suis dit que je ne pouvais pas envoyer ce message sans passer à l'acte. J'ai donc pris une paire de ciseaux et j'ai tenté de « m'ouvrir les veines », mais n'arrivant pas à me faire plus mal qu'une griffure de chat, j'ai vite compris que je n'en étais absolument pas capable.

C'est mon frère qui a vu le message le premier et qui a directement réagit en appelant mes parents. Ces derniers n'ayant pas vu le message, ils n'ont pas compris tout de suite ce qui se passait, mais quand ils ont entendu mon frère qui voulait défoncer la porte de la salle de bain, là ils ont compris que quelque chose n'allait vraiment pas.

Je sais que cet incident a dû être très violent pour mon frère et mes parents, et mon dieu ce que je m'en excuse. Malheureusement, sur le coup je n'ai plus réfléchi à rien, et je ne voyais aucune autre solution. Par ailleurs, ayant toujours été très indépendante, demander de l'aide ne faisait absolument pas partie de mon caractère, et j'ai toujours donné le change quand ça n'allait pas. De ce fait, je pense sincèrement que personne n'aurait pu se rendre compte du mal-être dans lequel je me trouvais.

Néanmoins, voir la peur de mes parents et celle de mon frère m'a fait réagir à la seconde même, et j'ai directement compris que je n'allais pas bien et que cette fois-ci j'allais devoir demander de l'aide. On se dit toujours que si on avait pu éviter telle ou telle chose, cela aurait été mieux. Encore une fois, la vie m'a montré que les choses n'arrivent pas par hasard, et que même si on ne la voit pas tout de suite, une raison se cache et finit par ressortir tôt ou tard. Cet incident fut en effet un appel au secours, dont la prise de conscience qu'une aide était devenue indispensable fut primordiale pour la suite.

Une première rencontre maladroite avec le monde de la psychologie :

Après cet incident, ma mère m'a amenée chez le médecin dès le lendemain matin. C'est là que le *diagnostic de dépression* est tombé, et en plus d'une prise d'antidépresseurs, le médecin m'a conseillé d'aller voir une psychologue. C'est ce que j'ai fait, bien que l'idée ne m'enchantaient pas du tout, car pour moi, ce genre de médicaments et les psychologues n'étaient que pour les « faibles » et les « fous ». Voulant quand même aller mieux, je me suis faite violence, et durant 6 mois je suis allée voir cette dame. Malheureusement mon état ne s'améliorait pas, et à ce moment-là, je n'ai pas du tout compris en quoi aller voir un psychologue pouvait s'avérer utile. Au contraire, mes croyances n'ont été que renforcées suite à cette première expérience. Ne pouvant plus compter que sur moi-même, et à force d'entendre mon entourage me dire de penser plus positif et d'arrêter de tout voir en négatif, je me suis dit que *mettre mes idées noires de côté et ne plus y penser* serait suffisant et qu'avec le temps ça irait mieux. Bien entendu, une dépression ne se soigne pas en chassant les idées noires, en tentant de fuir ce qui fait mal, ou alors juste avec « un bon coup de bien aux fesses » comme beaucoup de gens le pensent encore... Après ces 6 mois de thérapie infructueuse, j'étais donc envahie par cette envie de ne plus broyer du noir et que les choses changent.

La mise en place d'une mauvaise stratégie de régulation émotionnelle ?

L'instinct de survie pouvant être très fort, je pense que toute personne dans une impasse tentera toujours de trouver une solution coûte que coûte. Mon instinct m'a poussé à reprendre le contrôle de ma vie en contrôlant tout simplement l'unique chose qui lui semblait contrôlable à ce moment-là, c'est-à-dire *mon corps*.

J'avais fait beaucoup de natation depuis mes 9 ans, mais j'avais arrêté une fois au gymnase faute de temps et d'envie. Passer de 4 entraînements par semaine à 0, et ne changeant pas mes habitudes alimentaires pour autant, assez logiquement j'avais fini par prendre du poids. Je n'ai jamais été en surpoids, loin de là même, mais je ne me plaisais plus du tout physiquement. Pour vous donner une idée, j'étais quand même arrivée au point de regarder mon ventre et mes cuisses et de n'avoir qu'une seule idée en tête : prendre un couteau et couper ce qui me paraissait être en trop. Etant donc dans cette optique de changement, je m'étais dit que n'étant pas bien ni dans ma tête, ni dans mon corps, peut-être que si je me

sentais mieux dans mon corps, je me sentirais mieux dans ma tête. J'ai donc commencé à avoir de plus en plus de pensées tournées vers l'alimentation, le poids et surtout sur le fait d'en perdre.

- Première phase d'anorexie mentale

Je pense que j'ai commencé à développer un TCA à ce moment-là. Très vite, *la perte de poids est devenue mon objectif de vie*. Premièrement, plus je perdais de poids, mieux je me sentais, et surtout plus je perdais de poids, plus on me complimentait. Comment ne pas tomber dans le piège ?! Je n'ai en effet jamais eu autant de compliments sur mon physique qu'à cette période-là, et croyez-moi, pour quelqu'un qui ne se plaisait plus du tout et qui avait un manque de confiance en elle, l'impact fut non négligeable. Je tiens quand même à souligner qu'on me disait même que j'avais un corps parfait, égal à celui qu'on pouvait voir dans les publicités et les magazines, sauf qu'en réalité les corps dans les magazines sont retouchés et que le mien était celui d'une personne malade. Je pense que cela mérite quelques réflexions... Pour ce qui est de mon mal-être, les compliments et les antidépresseurs qui m'avaient été prescrits ont aidé, certes, mais ce n'était pas tout. Sur le coup je ne pense pas m'en être rendue compte, mais plus je perdais de poids, moins je ressentais cette douleur à la poitrine qui m'avait accompagnée tout au long de ma dépression. L'effet anesthésiant de cette perte de poids me poussait à vouloir en perdre toujours plus, au point qu'en 6 mois je suis arrivée à perdre 10 kilos. Pour le corps, un changement aussi brutal est violent, et logiquement cette perte de poids ne s'est pas faite sans *conséquences*.

Premièrement, j'ai dû trouver une « force surhumaine » pour *combattre la faim*, et croyez-moi, réussir à combattre un de nos instincts primaires n'est pas chose facile. J'utilise ce terme de « force surhumaine » ne sachant absolument pas comment décrire ce que cela m'a coûté de résister à l'envie de manger, alors que tout mon corps ne demandait que ça. Je me revois être couchée dans mon lit avec des crampes au ventre tellement j'avais faim, mais allez savoir comment, je résistais et je ne bougeais pas. C'est précisément en repensant à ce genre de moment qu'encore aujourd'hui je peine à expliquer comment cela a-t-il pu être possible, mais surtout que je me rends compte de la férocité et de la ténacité de la maladie. La *force* et le *contrôle* que demande la restriction alimentaire sont réellement énormes, et plus j'avais envie de perdre du poids, plus je devais contrôler mon alimentation et me restreindre. Cette restriction m'a fait passer de 3 bon repas avec au moins une collation par jour, à seulement un yaourt par jour. Je vous laisse essayer d'imaginer...

En plus d'un contrôle permanent sur ce que je m'autorisais ou non à manger, je devais réfléchir et trouver des *excuses* pouvant m'épargner des remarques sur le fait que je ne

mangeais quasiment plus rien. Le mal de ventre était l'excuse la plus commune, et le « j'ai déjà mangé » la suivait de près. Je suis passée des compliments de mon entourage à l'expression de leur inquiétude. Cependant, bien que je voyais qu'il commençait à se faire du souci, je pensais toujours que tout était sous contrôle et que ce n'était absolument rien de grave. Malheureusement, plus je diminuais les quantités, plus il m'était difficile de trouver des excuses et j'en étais donc arrivée au point d'éviter au maximum les repas.

Intellectuellement, je n'étais quasiment jamais au repos. Pour ce qui est du *physique*, je me souviens juste que j'avais froid beaucoup plus rapidement qu'avant ma perte de poids, mais je ne me souviens pas avoir ressenti d'autres effets. Cela peut paraître paradoxal, car quand on pense à une personne dénutrie, on se l'imagine tout de suite comme extrêmement fatiguée et sans énergie. Étonnamment, je me sentais plus vivante que jamais et avec de l'énergie à revendre. Du moins, jusque là...

- L'arrivée des symptômes boulimiques

Au début se restreindre et tenir bon est donc très dur, mais plus on « pratique cet exercice », plus il donne l'impression de devenir facile. En outre, vu que je savais ce que cela me coûtait comme effort, comme énergie et comme persévérance, le fait de réussir des restrictions alimentaires sur le long terme me donnait un fort sentiment de puissance et de fierté. La perte de poids et le fait d'aller toujours plus loin dans mes restrictions alimentaires étant devenu mon objectif prioritaire, mon côté perfectionniste et mes standards très élevés sont donc bien évidemment venus renforcer cette envie d'une réussite rapide.

Après 6 mois de contrôle intense, j'ai eu l'impression que ça redevenait chaque jour *de plus en plus dur* de continuer à contrôler mon alimentation et de maintenir mes restrictions alimentaires. Un jour, je me suis mise devant un film avec un paquet de M&M's que j'avais reçu, et sans m'en rendre compte, je l'ai fini entièrement. C'était comme si j'avais été *absente et déconnectée de la réalité* le temps de manger ce paquet. Je me souviens que je n'avais pas du tout compris ce qui m'était arrivé, et j'étais sous le choc une fois avoir réalisé ce que je venais de faire.

Suite à cet événement, qui pour moi représentait un gros écart par rapport aux quantités que je m'autorisais à ce moment-là, je me suis restreinte encore plus et j'ai voulu retrouver un contrôle sans faille. Cependant, les difficultés à garder le contrôle sont réapparues à plusieurs reprises. Je me souviens que je faisais *des petits écarts de temps en temps*, mais jamais aussi gros que celui du paquet de M&M's. Après chaque « écart », je me restreignais encore et toujours plus pour compenser, mais à chaque fois la perte de contrôle me rattrapait. Un jour, cette perte de contrôle et l'écart qu'elle avait entraîné je n'ai juste plus réussi à les tolérer, et

j'ai fini par aller *me faire vomir* aux toilettes. A l'époque, me faire vomir était pour moi quelque chose d'inconcevable. J'avais déjà entendu parler de filles souffrant d'anorexie ou de boulimie, mais cela me dépassait complètement, et je ne comprenais pas comment on pouvait en arriver à ce stade. Et pourtant... Je me suis retrouvée à ce stade à une telle vitesse que je ne me suis rendue compte de rien.

Probablement de par le fait que je suis allée loin dans ma dépression avant de demander de l'aide, au point de me faire peur, je suis tout de suite allée vers ma mère après ce passage aux toilettes. Cette fois-ci, j'ai tout de suite compris que c'était devenu plus fort que moi, et la perte de contrôle devant sûrement m'effrayer, je n'ai plus pu garder tout cela pour moi.

- Le verdict

Après cet épisode, je suis allée voir ma médecin généraliste avec ma mère, et elle nous a envoyé chez une infirmière spécialisée en TCA. Cette fois-ci c'est le *diagnostic de trouble du comportement alimentaire* qui est tombé. Elle nous a expliqué que j'ai probablement eu une phase d'anorexie pendant les 6 mois où j'ai perdu 10 kilos, et que là, je venais de vivre un premier épisode boulimique. J'avais déjà vaguement entendu parler de TCA, mais en vrai je n'y connaissais absolument rien. J'étais persuadée qu'après quelques pilules, comme si on m'avait parlé d'un rhume, je serais sortie d'affaire. La réalité fut néanmoins bien différente, car après 2 hospitalisations, 4 ans en hôpital de jour à des pourcentages variables, et 10 ans de psychothérapie, aujourd'hui encore, je souffre toujours de TCA.

Une fois la « nouvelle » du diagnostic digérée, l'infirmière spécialisée m'a également conseillé d'avoir un suivi psychologique en plus d'un suivi avec elle. Ma première expérience chez une psychologue n'ayant pas été une grande réussite, l'idée de reprendre un suivi avec une autre personne m'enchantait encore moins que la première fois. Probablement de par ce qui m'a été transmis, j'ai toujours eu la conviction qu'il fallait se débrouiller seul, et cela sûrement car demander de l'aide était pour moi un signe de vulnérabilité. Aller voir la première psychologue ne fut pas chose facile, et m'imaginer recommencer cette expérience après un premier échec était encore plus dur. J'ai néanmoins fini par accepter d'aller voir une autre psychologue, et je suis tombée sur une personne qui travaillait de manière très différente de la première. Avec le temps, j'ai compris qu'il est primordial de *trouver un thérapeute qui nous correspond* et avec qui on se sent à l'aise et bien, car cela peut absolument tout changer. En effet, le suivi avec ma psychologue dure depuis 10 ans, et pourtant, je peux vous assurer que l'idée d'aller voir un psychologue, ou tout simplement de me faire aider, était vraiment loin d'être gagné pour moi.

Aujourd'hui je ne regrette rien, voire au contraire, je pense qu'associer à ma force de caractère, ma psychologue et mon infirmière spécialisée m'ont probablement sauvé la vie. En effet, mon parcours jusqu'ici fut long, dur et sans leur soutien et leur bienveillance, je doute fort que j'en serais arrivée au stade où j'en suis aujourd'hui. Bien évidemment, à leur soutien s'ajoute celui de mes proches, en particulier celui de mes parents, de mon frère, et de l'homme qui partage ma vie, car ils ont été présents, soutenant, aimants, et cela malgré les difficultés que la maladie nous a fait vivre à tous.

« Mes » TCA et leur(s) lien(s) avec les émotions :

Vous raconter et vous expliquer ces 10 années m'obligerait à faire un livre, ce qui n'est pas le but de ce travail. Néanmoins, je vais tenter de résumer les principaux aspects de mon parcours ayant de l'importance pour illustrer le lien entre « mes » TCA et les émotions.

L'anesthésie émotionnelle :

Le fait de réussir à tenir les restrictions amène clairement un sentiment de réussite et de fierté, mais avec le temps, j'ai compris que ça allait bien au delà de ça. Je suis passée d'une jeune femme déprimée, à une jeune femme se sentant chaque jour de mieux en mieux et ne ressentant plus la douleur constante qui l'accompagnait lorsqu'elle était en dépression. Le premier symptôme qui s'est manifesté très peu de temps après la perte des premiers kilos, c'est cette forme d'*anesthésie émotionnelle*. Aujourd'hui, je pense pouvoir affirmer que j'ai très vite développé une alexithymie secondaire. Certains parlent de mécanisme de défense, et je pense effectivement que dans mon cas, cette anesthésie m'a permis de faire face aux émotions négatives et aux douleurs que je ressentais étant en dépression. Evidemment, sur le coup je ne me suis rendue compte de rien, c'est avec le temps et une fois avoir repris du poids de manière stable, que j'ai commencé à comprendre ce qui m'était arrivé.

A travers le suivi psychothérapeutique, j'ai pu faire des retours sur mon parcours, et ma psychologue me décrit au début de ce parcours comme un petit robot joyeux. Il est vrai que quand je suis allée la voir la première fois et qu'elle m'a demandé comment ça allait, ma réponse a été tout naturellement : « Ça va très bien et vous !? ».

Il est tout de même étrange d'avoir pu passer pour quelqu'un de joyeux, de toujours positif et souriant, quand en réalité, je vivais avec des souffrances, des incompréhensions et de la peur

au quotidien. Aujourd'hui, cela me paraît vraiment insensé, mais quand je repense à mes premières années de thérapie et qu'il nous fallait toute la séance pour pouvoir mettre le doigt sur le fait que j'étais en colère, triste, ou que je souffrais, ou encore que non ce n'était pas de la tristesse que je ressentais mais bien de la colère, je me dis que je devais effectivement avoir *des difficultés à reconnaître et à identifier mes émotions*.

En 10 ans de thérapie, je pense que ma psychologue m'a vu pleurer trois fois, peut-être quatre, alors qu'en soi c'est avec elle que j'ai partagé mes plus grosses souffrances et difficultés. Je me souviens qu'un jour elle m'avait dit que j'étais comme « un bébé des pleurs », dans le sens où je devais réapprendre à pleurer, à réguler ma tristesse et à voir l'utilité de vivre cette émotion. Je pense en effet que c'était le cas, et pas uniquement pour les pleurs. La colère en particulier est l'émotion qui m'a posé le plus de problème, et encore aujourd'hui, je peine à l'exprimer correctement car elle sort encore trop souvent au travers des mes pleurs. Je l'identifie de mieux en mieux, mais la tolérer trop longtemps ou l'exprimer reste passablement complexe, car c'est une émotion qui me fait peur. J'ai l'impression que si je sors ce que j'ai réellement en moi, je pourrais exploser et faire du mal autour de moi. Avec du recul, j'ai vraiment compris qu'en plus des difficultés à identifier et reconnaître mes émotions, j'avais aussi *de la peine à les comprendre, à les libérer et à les réguler*.

Cette anesthésie émotionnelle est *un bénéfice secondaire* et un *facteur de maintien* de la maladie, car pour une personne hypersensible comme moi, c'était exactement comme si pour la première fois de ma vie je réussissais enfin à fermer « le robinet » d'où sortaient mes émotions de manière trop intense. J'avoue qu'une partie de moi a réellement apprécié se sentir libérée de ses émotions, principalement les émotions négatives. Néanmoins, aujourd'hui j'ai aussi réalisé que cette anesthésie n'a malheureusement pas engendré que des bénéfices. Les émotions nous servent à communiquer, mais également à nous prévenir de certains dangers. Avec le temps et la thérapie, j'ai compris qu'à cause de cette coupure émotionnelle je me suis parfois retrouvée dans des situations complexes, voire dangereuses pour moi, notamment dans mes relations amoureuses et mon suivi médical. Par exemple, je me suis rendue compte que j'avais comme *un masque* en permanence. Je souriais et donnais toujours le change, ce qui m'a posé plusieurs problèmes, notamment lors de mes hospitalisations. Ces dernières ne se sont pas toujours très bien passées, car n'étant pas à l'article de la mort, ou du moins ne le démontrant pas, certains professionnels de la santé n'ont pas su prendre mon cas au sérieux. Si je n'avais pas eu un réseau ambulatoire de qualité, ce manque de connaissances ou de compétences quant au repérage de ce symptôme aurait pu avoir de graves conséquences sur la suite de mon parcours.

Je sais aussi que j'ai *oublié énormément de choses* de mon passé, certaines par refoulement et protection car la souffrance ou le traumatisme étaient trop grands, mais à mon avis, j'ai oublié certains événements car étant coupée de mes émotions, je n'ai pas pu avoir de trace émotionnelle accompagnant ces événements. Beaucoup de souvenirs sont créés avec l'émotion qui va avec, et je comprends maintenant pourquoi certaines parties de mon passé me semblent totalement floues, ou comme si ça s'était passé dans une autre vie. Récemment encore, suite à des discussions avec plusieurs personnes, j'ai réalisé que je ne me souvenais pas de la plupart des événements qu'elles m'ont rappelé, ou alors que j'en ai un vague souvenir, mais ce dernier est flou comme si ça avait été dans un rêve. C'est une sensation extrêmement désagréable quand on vous affirme que quelque chose a eu lieu, mais que vous ne vous en souvenez pas.

Les TCA ont pris une place si énorme dans ma vie, surtout en ce qui concerne le contrôle alimentaire, qu'il m'était probablement impossible de garder de la concentration ou de l'attention pour autre chose, comme mes ressentis émotionnels et corporels. Parfois je ne sais pas comment j'ai fait pour réussir mes études ou garder une vie sociale, car la place que prenaient mes pensées autour de l'alimentation, du poids et de l'image corporelle, était juste indescriptible. La coupure émotionnelle venait en quelque sorte m'aider à tenir bon avec mes restrictions alimentaires et ce contrôle qu'elles demandaient, car non seulement j'étais coupées de mes émotions, mais j'étais également *coupée de mes sensations et ressentis physiques*. Bien sûr, si je me brûlais j'allais le sentir, mais c'était quelque chose de plus subtile. C'est comme si une fois avoir surmonté les douleurs dues à la faim, j'avais une tolérance à la douleur qui avait énormément augmenté.

Des émotions incontrôlables et un besoin de les diminuer :

Bien que j'aie été coupée de mes émotions et ressentis la plupart du temps, il y avait quand même des moments où j'étais submergée par *de fortes émotions* et où je n'arrivais plus du tout à les contenir ou les calmer. C'est comme si ma coupure émotionnelle disparaissait un petit moment, et là, je pouvais ressentir une douleur si intense qu'elle surpassait de loin celle que j'avais ressentie étant en dépression. Tout d'un coup, je pouvais réaliser tout ce que je vivais et ce que cela me coûtait, et dans ces moments-là, les idées noires pouvaient me revenir très vite. L'agressivité en est un autre exemple, je pouvais d'un coup me sentir extrêmement agacée par un peu près tout, mais en soi, je pense que même moi je ne comprenais pas

pourquoi. Ces sauts d'humeurs étaient compliqués à vivre pour moi, mais aussi et surtout pour mon entourage.

Malgré la coupure émotionnelle, mes émotions étaient quand même bel et bien là, et à force de garder le robinet fermé, la pression derrière s'accumulait et devenait trop forte, ce qui m'obligeait à en laisser sortir un peu de temps en temps. N'ayant plus l'habitude de ressentir des émotions, et de par leur accumulation n'étant pas libérées au fur et à mesure, même quand j'en exprimais un minimum, c'était toujours assez violent et mal « géré ».

La diminution de la pression émotionnelle passait au travers des crises de boulimie. En effet, mes crises de boulimie apparaissaient à des moments où il y avait comme un trop plein, et n'arrivant plus à gérer la pression, ces crises me permettaient de me déconnecter un moment et « d'oublier » ce qui était devenu trop dur à gérer ou à tolérer. Quand je repense à ma première « crise » avec le paquet de M&M's, je me souviens vraiment avoir eu cette impression d'être déconnectée de la réalité pendant que je le mangeais devant mon film.

L'énergie que demande la concentration et le contrôle permanent lors de restrictions alimentaires est immense, et je ne suis plus étonnée qu'il me suffisait d'un rien pour que ça devienne trop dur à tout gérer. Je pense que même juste le fait de ressentir de la faim, étant devenu un ressenti plus rare ou pouvant engendrer de la peur, cela pouvait suffire à être une sensation de trop et m'amener à débiter une crise. J'ai compris que *les crises de boulimie m'ont en fait servi de fuite*, car je me souviens avoir dit à ma psychologue que c'était les seuls moments où je pouvais comme « poser mon cerveau » et ne plus penser à rien.

J'avoue trouver ça violent et triste, car pour que ce soit les seuls moments de « répit », cela veut dire que le reste de mon temps était un sacré combat. Je dis ça car en réalité une crise de boulimie n'a rien de reposant, et j'avais beau être « déconnectée », je restais quand même constamment sur le qui-vive par peur de me faire attraper en train d'en faire une. A savoir que la crise en soi est une chose, mais les vomissements après-coup s'en est encore une autre. Il n'y a absolument rien de naturel dans ce mécanisme, et je devais donc me faire violence à tel point que j'en finissais complètement exténuée. Autant avec la perte de poids je ne sentais pas vraiment d'impact sur mon corps, que là avec une crise de boulimie, c'était affreux. J'avais mal partout, mon ventre particulièrement était dans un sal état, sans parler des maux de tête tellement j'étais fatiguée, des douleurs au poignet à force de me l'enfoncer dans le ventre, ou encore de celles à la gorge suite à l'utilisation d'une brosse à dents pour réussir à faire sortir le plus de nourriture possible. La partie anorexique en moi ne pouvant pas s'imaginer garder la moindre trace de nourriture ingérée pendant une crise, les tentatives de vomissements pouvaient durer entre 30 à 45 minutes, et cela, si tout se passait « bien ». En revanche, quand

la nourriture restait bloquée, je pouvais rester jusqu'à une heure et demie aux toilettes, et dans ce cas, l'état d'épuisement physique et psychique dans lequel je sortais est indescriptible. Par ailleurs, comme si cela ne suffisait pas, la honte et culpabilité qui suivent une crise est vraiment impossible à décrire. Je me sentais si nulle, sale et réellement tel un monstre.

Je pense qu'à de force de vivre l'anesthésie émotionnelle engendrée par l'anorexie et la déconnection émotionnelle qu'engendraient les crises de boulimie, avec le temps j'ai inconsciemment commencé à « connaître » le mécanisme me permettant de me couper de mes émotions, notamment de la tristesse, et il m'arrivait donc ensuite de pouvoir le faire consciemment et volontairement. En effet, lorsque je ressentais une douleur trop intense et que je ne pouvais pas avoir recours à une crise de boulimie, je pouvais également me couper volontairement de mes ressentis en quelques secondes. C'est comme si je savais où était le « bouton stop », et selon la douleur j'avais plus ou moins de peine à l'atteindre, mais je finissais quand même toujours par y arriver. Une fois « le bouton stop » atteint, je me coupais presque instantanément de mes émotions. Je pense que pour mon entourage ce fut parfois très dur, car dans ces moments où vivant une peine trop forte je me coupais de mes ressentis de manière rapide et violente, je pouvais devenir extrêmement méchante ne ressentant absolument plus rien. Une fois dans cet état, mon copain pouvait par exemple me dire qu'il me quittait ou on pouvait m'annoncer le décès de quelqu'un, ça ne me faisait pratiquement aucun effet au niveau émotionnel. Dans certaines disputes, j'en arrivais même au point de vouloir tout quitter, copain, famille, pays, car ça me semblait être sur le coup la meilleure des solutions. Ce qui était étrange et dur à vivre, c'est que c'était comme si ma tête savait que c'était de la folie, mais que mon cœur était de marbre et qu'aucune émotion ne pouvait me traverser dans ces moments. J'avoue que parfois cela a pu m'effrayer, car j'avais peur de prendre des décisions dans cet état et de m'en vouloir une fois la coupure émotionnelle s'étant un peu atténuée. Aujourd'hui encore, si quelque chose me touche vraiment trop, j'ai toujours ce réflexe de me couper de mes émotions lorsque la douleur devient trop forte. Je vois néanmoins que ça devient plus difficile de le faire depuis que je vais mieux et que j'ai repris du poids, mais je reste effrayée à l'idée que ce réflexe ne parte jamais vraiment.

On retrouve vraiment un *parallèle* entre la restriction alimentaire et la coupure des émotions, et ces moments où je n'arrivais plus à contenir mes émotions et la boulimie. Soit je ne mangeais rien et je ne ressentais rien, soit je ressentais tout et cela m'amenait à trouver un moyen pour me déconnecter de mes émotions, principalement en mangeant sans ne plus pouvoir m'arrêter. L'anorexie m'a servi d'anesthésiant, mais au prix d'un contrôle et d'une

pression sans relâche. Alors que les crises de boulimie, quant à elles, étaient vraiment un « lâcher prise » me permettant de diminuer cette pression et tout autre ressenti négatif étant déconnectée, mais au prix d'importantes souffrances physiques et psychiques après-coup.

L' "utilité" des TCA :

C'est donc après de longues années souffrant d'anorexie et de boulimie, et après avoir tenu bon dans mon suivi psychothérapeutique et médical, que j'ai commencé à comprendre qu'en fait « mes » TCA n'étaient pas présents chez moi pour rien.

- L'impact familial

Premièrement, j'ai pris conscience que depuis petite j'ai été témoin de certaines *dynamiques familiales* impliquant un contrôle alimentaire et une peur de prendre du poids. En effet, ma mère et ma grand-mère ont toujours eu des prises de tête pour savoir qui allait avoir le moins dans l'assiette, et je me souviens de certaines remarques sur le fait que prendre du poids, trop de poids, était quelque chose de mal. Là aussi, il m'a fallu beaucoup de temps pour comprendre que ce n'était pas des dynamiques saines, ou du moins pas ou plus pour moi. Déjà qu'on tente de survivre et de comprendre au mieux ce qu'il nous arrive quand on commence à développer un TCA, quand on vous dit en plus que ce que vous avez toujours connu est faux, ou du moins que cela vous nuit, c'est extrêmement difficile. Je tiens à préciser que je n'accuse en rien ma mère ou ma grand-mère, car bien que ce fût difficile pour moi de devoir changer et mettre de la distance sur ces schémas familiaux, je sais aujourd'hui que si elles ont eu ces mécanismes, c'est aussi pour une raison. Leur demander de changer, alors qu'elles ne faisaient pas tout le travail psychothérapeutique que je faisais à côté, aurait été égal à demander l'impossible. Ce fut très dur pour ma mère par moment, car comme pour tout enfant, elle était un repère et un exemple pour moi. Néanmoins, alimentaires parlant je devais m'en détacher, et donc ça a créé des conflits entre nous.

Je m'en veux terriblement de toutes les souffrances que j'ai infligées à ma mère, mon père et mon frère, mais j'ai aussi compris que j'étais la première à souffrir et qu'en plus je culpabilisais après-coup de leur en infliger. En effet, la maladie est une épreuve, et les proches de la personne malade sont pratiquement toujours affectés. Cependant, il est important de savoir qu'il existe des groupes de proches, et j'invite toute personne dans le besoin à y aller, car je pense sincèrement que pouvoir échanger sur les difficultés rencontrées peut s'avérer utile et apaisant, autant pour les proches que pour la personne malade.

Comme vu précédemment, en plus de ces *schémas alimentaires dysfonctionnels*, il y avait chez moi de fortes *difficultés à exprimer et à gérer les émotions*, notamment les émotions comme la tristesse ou la colère. Lors d'événement pouvant provoquer une émotion négative, le réflexe que j'ai pu repérer chez beaucoup de membre de ma famille, c'est la fuite ou la tentative de camouflage des émotions. Là aussi, quand je repense à toute mon histoire familiale, je sais désormais pourquoi certains schémas se sont installés, et à aucun moment il n'est question de jugement.

Que ce soit les *schémas dysfonctionnels alimentaires ou émotionnels*, quand on n'a aucune explication, il est difficile par moment de les accepter et de ne pas ressentir un sentiment d'injustice ou de colère. Je me souviens qu'au début de ma thérapie, j'affirmais que ma famille était la plus géniale, et il m'était impossible de lui trouver des défauts, ou si j'en voyais un petit, personne d'autre que moi ne pouvait le souligner. Aujourd'hui, je pense toujours que j'ai la famille la plus extraordinaire du monde, mais j'ai aussi compris et accepté qu'elle est composée d'être humain, et que comme tout le monde, personne n'est parfait. Au contraire, avoir pu prendre conscience de certains dysfonctionnements m'a probablement aidé à lâcher un peu prise sur mon perfectionnisme et sur mon idée fixe de devoir être parfaite si non on n'allait pas m'aimer, car j'ai beau avoir vu que ma famille n'était pas parfaite, cela n'a rien changé à mon amour pour elle, voire même à l'inverse, ça l'a renforcé. Mais là aussi, c'est grâce à ma psychothérapie et au temps que j'ai pu comprendre ces schémas et y mettre du sens.

- Une régulation émotionnelle

Donner du sens a rendu l'acceptation de ma maladie beaucoup plus facile. En effet, prendre conscience de mon hypersensibilité de base, alors que la société et certains schémas familiaux me poussaient à fuir ou cacher mes émotions a été la première chose qui m'a permis de comprendre un peu mieux pourquoi je suis tombée en dépression à l'âge de 17 ans. Ensuite, j'ai pu comprendre en quoi *les TCA ont eu une utilité dans la gestion de mes émotions*, et donc pourquoi ils se sont développés. Je pense qu'il n'y a jamais qu'une seule explication, mais comme mentionné avant, à mon avis l'anorexie et l'alexithymie secondaire qui s'est très vite développée par la suite m'ont servi de mécanismes de défense. Je suis persuadée que nous sommes relativement bien faits, et notre instinct de survie nous poussera toujours à trouver un moyen de s'en sortir, qu'il soit adapté ou non, sain ou non, mais qui aura une utilité à un moment donné.

La dépression était un premier signal d'alarme pour me montrer que quelque chose n'allait pas, mais comme je vous l'ai dit, n'ayant pas réussi à la soigner, je pense qu'inconsciemment

je me suis tournée vers la seule chose qui allait me permettre de reprendre le contrôle de ma vie et de gérer toutes les émotions négatives qui m’envahissaient. Sans le cadre, les valeurs fortes et les principes qui m’ont heureusement été transmis, j’aurais sans autre pu partir dans l’alcool, une sexualité débridée, ou encore les drogues, car se sont toutes des « options » où on retrouve un mécanisme de fuite des émotions de par une déconnexion temporaire. Néanmoins, entre ma personnalité passablement stricte envers moi-même, une idée assez claire de ce qui était bien ou mal, la société qui prônait des idéaux de minceur à tout va, et des exemples familiaux qui me mettaient déjà sur la voie, je pense qu’il m’aurait été difficile de « choisir » une autre « option ».

L’anorexie a effectivement eu un effet libérateur au début, et la coupure émotionnelle qui l’a accompagnée a vraiment été utile quand on pense qu’encore peu de temps avant j’avais pensé à m’ôter la vie n’arrivant plus du tout à faire face à mon mal-être interne. Comme expliqué avant, c’est vraiment comme si en ayant eu recours aux restrictions alimentaires, j’étais arrivée à restreindre mes émotions négatives, et donc à me sentir mieux. Le rapport aux émotions se retrouve également avec la boulimie, car par moment je me sentais envahie par mes émotions et c’était comme si je perdais tout contrôle ne pouvant plus les retenir, et c’est exactement ce que je vivais avec une crise de boulimie. A force de mettre toute mon énergie dans le contrôle alimentaire, je n’en avais plus beaucoup pour autre chose. Il y a donc forcément un moment où se contrôler n’était plus possible selon ce qui se rajoutait, et là, c’était l’explosion. En outre, ce « lâcher prise » était le seul moyen que j’avais trouvé me permettant une impression de « répit » temporaire.

Les conséquences des TCA :

Le temps m’a donc permis de comprendre « l’utilité » qu’ont pu avoir les TCA à un moment donné dans ma vie, et je les ai souvent comparés à *une béquille* sur laquelle j’ai eu besoin de m’appuyer pour ne plus tomber, voire même m’effondrer. Néanmoins, s’il y a des bénéfices secondaires aux TCA, ils ne sont absolument pas comparables à leurs *conséquences négatives*. En réalité, c’est tout l’inverse, et je dirais que c’est ça l’effet pervers de ces maladies ! Je le rappelle, ce sont les maladies psychiques les plus mortelles, et croyez-moi, aujourd’hui j’ai compris pourquoi. Je pense en effet que les TCA sont des maladies extrêmement puissantes et perverses, et surtout que les prendre à la légère peut être très dangereux.

- Pas une question de volonté

Beaucoup de gens ont été impressionnés par ma force de vie et ma volonté, car je n'ai jamais rien lâché malgré les difficultés, la souffrance et les violences que j'ai dû me faire, notamment pour accepter des hospitalisations et surtout pour y vivre ce que j'y ai vécu. Mais malgré cela, 10 ans après je souffre encore de TCA. J'ai une grande force de caractère qui m'a été transmise par mes grands-mères (que je ne remercierai jamais assez), un soutien et un amour inconditionnels de mes proches, j'ai eu la chance de tomber sur un réseau de professionnels extrêmement compétents, et ça je peux vous assurer que c'est loin d'être toujours le cas. Je vais beaucoup mieux, certes, mais si malgré cela mon combat n'est pas fini, imaginez ce qui l'en est pour quelqu'un qui n'a pas ces ressources. Je tiens vraiment à insister sur le fait que tout ceux qui me connaissent vraiment savent la force et la volonté que j'ai, alors si certains pensaient encore au début que ce n'était qu'une question de volonté, ils ont vite compris que ce n'était pas le cas et surtout que c'était beaucoup plus complexe que ça. En effet, *personne ne peut vouloir vivre ça* ! Vu que les conséquences négatives surpassent largement les bénéfiques secondaires, si seule la volonté suffisait pour s'en sortir, je peux vous assurer que personne ne souffrirait de TCA très longtemps.

- Un mode de survie

Ce qui est encore parfois dur à me remémorer, c'est qu'à une période de ma vie, je n'ai vécu que de crises de boulimie. Je n'ai plus partagé un seul repas avec ma famille pendant trois mois, et je pouvais avoir jusqu'à 5 crises par jours, voire même plus car très honnêtement je ne me souviens pas de tout. Trois mois... J'avoue n'avoir aucune idée de comment le corps humain peut tenir face à tant de souffrances infligées, mais comme déjà mentionné à plusieurs reprises, je ne me souviens pas vraiment de certaines périodes, et aujourd'hui je sais que c'est parce que dans ces moments-là j'étais réellement dans *un mode de survie*. En effet, lorsque « mes » TCA étaient tous bien présents, que ce soit les périodes avec des crises de boulimie à répétition, mais également les périodes où je ne mangeais quasiment rien, ou encore les périodes avec les deux en même temps, je ne vivais plus, je survivais.

- L'impact des TCA sur la vie sociale

Ma *vie sociale* en a quand même pris un coup, et j'ai vu que certaines personnes ont vraiment eu du mal à comprendre ce que je vivais. Je ne leur en veux pas, car même moi je peinais à comprendre ce qu'il m'arrivait. Néanmoins, il est très dur de devoir gérer et traverser tout ce qui m'arrivait, et en plus de voir que des personnes proches vous jugent et vous critiquent car vous faites des faux plans, vous avez des empêchements, vous rentrez plus tôt qu'elles en soirée, ou que vous vous êtes perdues dans des mauvaises fréquentations. Certes, c'est

compliqué à comprendre et énervant quand une personne dit qu'elle va venir, et en fait elle ne vient pas, ou quand on est dans une super soirée mais qu'elle part avant. Cependant, si ces personnes ne m'avaient demandé rien qu'une fois pourquoi j'agissais ainsi, je doute qu'elles se seraient permises de juger, de critiquer ou de réagir comme elles l'ont fait. Maintenant, j'ai appris que c'est la vie, et que des gens vont venir et repartir car tout le monde n'a pas la même tolérance ou la même compréhension.

Je ne dis pas que cela était facile pour eux, au contraire, mais quand je vois ce que mes parents, mon frère ou les différents copains que j'ai eu sur ces 10 ans devaient vivre à cause de moi, j'avoue trouver ça un peu mal venu. Si je me mets à leur place, je sais que ça n'a pas dû être simple de me suivre ou de suivre mes « choix », mais croyez-moi, même moi je n'ai pas d'explications pour certains. J'étais vraiment dans un mode de survie, et je pense que dès que quelque chose ou quelqu'un me faisait du bien, je m'y accrochais de toutes mes forces. N'étant plus du tout capable d'être connectée avec moi-même, je pensais à certains moments que certaines choses ou certaines personnes me faisaient du bien et me correspondaient, mais c'est avec le temps que j'ai finalement compris que non. Pour certaines choses je l'ai compris trop tard, et malheureusement j'en aurai des séquelles à vie. Je pense aussi que mon combat interne et que les TCA prenaient une place si grande et une telle énergie, que par moment j'ai aussi été attirée par des choses me semblant plus faciles et surtout moins prise de tête. Là aussi, pour certaines choses ce n'était qu'une impression, car en réalité j'y ai mis encore plus d'énergie et j'ai fini par être détruite et blessée de manière passablement profonde.

Avec du recul, et malgré certaines douleurs, je ne regrette pas ce passé. Oui c'est paradoxal, car j'en ai énormément souffert, mais je sais aussi que ce n'est pas moi qui ai choisi de tomber malade, et surtout que sans passer par certaines expériences, tant amicales, amoureuses, que familiales, je n'en serais pas arrivée là où j'en suis aujourd'hui. J'étais complètement perdue dans mon adolescence, et au final les TCA sont venus bien avant que j'aie pu passer par certaines étapes clés. De ce fait, je pense que cela a pris plus de temps de par la maladie, mais que d'une manière ou d'une autre j'ai dû apprendre à trouver ma place, mon identité et mon indépendance.

- Des conséquences « cachées »

Les conséquences des TCA ne sont pas toujours visibles, quand bien même leur gravité est bel et bien présente. Dans mon cas, j'ai la chance de n'avoir jamais eu de grosses carences, mais si je prends l'exemple du potassium, une diminution trop importante peut engendrer une faiblesse, des crampes, des contractions ou même une paralysie des muscles, et des anomalies du rythme cardiaque. Une diminution du potassium peut être la cause de vomissements

répétés, de diarrhées ou encore de prises de laxatifs excessives, c'est donc une carence qu'on retrouve beaucoup chez les personnes souffrant de TCA. Par contre, je n'ai même pas 30 ans, et je souffre déjà d'ostéopénie²⁷. Cela ne se voit pas, et pourtant mes os sont déjà au stade précédent une ostéoporose. Je l'ai appris que bien plus tard suite à des recherches personnelles, mais une aménorrhée peut avoir comme conséquence une diminution de la densité minérale osseuse. Ce qui m'étonne, c'est que je ne me souviens pas qu'on me l'ait dit, quand bien même je trouve cela important. J'avoue que quand le verdict pour mon ostéopénie est tombé, je ne m'y attendais pas, et ce fut un sacré coup. Je crois n'avoir jamais vraiment réfléchi aux conséquences à long terme, et là, je me suis retrouvée violemment confrontée à la réalité. Avec cela, et en plus du risque d'une diminution du potassium, l'impact d'années de crise de boulimie sur le corps, notamment l'état des dents, peut être important. Par chance là aussi, je n'ai pas de grosses séquelles, si ce n'est un déchaussement un peu plus avancé des gencives à certains endroits. Depuis que j'ai repris du poids et que je suis stable, je souffre néanmoins de problèmes digestifs, avec des gonflements, des crampes et des nausées suivant les repas. Vous pouvez imaginer que pour une personne ayant souffert de TCA, cela peut être très dur à vivre. Je suis encore en train d'en chercher la cause, mais malheureusement celle qui ressort comme étant la plus probable, c'est que mon corps va avoir besoin de temps pour se remettre de tout ce que je lui ai fait vivre pendant 10 ans. Comme quoi, toutes les souffrances ne disparaissent pas forcément avec les symptômes.

Une nécessité de changement :

Avec le temps j'ai donc un peu mieux compris pourquoi j'ai développé des TCA, mais j'ai surtout compris qu'il fallait que je trouve *un autre moyen d'exprimer et de gérer mes émotions*, car plus longtemps je serai malade, plus les conséquences seront graves. Cependant, comment changer des schémas de pensées et des comportements qui étaient ancrés en moi depuis toujours ou qui se sont installés depuis autant d'années ? Si vous posiez la question à ma psychologue, à mon infirmière spécialisée, ou encore à ma médecin, je pense qu'elles vous répondront ce qu'elles m'ont répété UN MILLION DE FOIS au moins : le temps. Encore aujourd'hui, je « rigole » quand j'entends quelqu'un me dire qu'il faut du temps, car à

²⁷ L'ostéopénie correspond à une déminéralisation osseuse modérée, sans manifestation clinique associée, et au stade intermédiaire entre l'os normal et l'ostéoporose. Consulté le 08.06.20 : <https://sante.lefigaro.fr/sante/maladie/osteopenie/quest-ce-que-cest>

certains moments je n'en pouvais vraiment plus d'entendre ce mot. Du temps... Encore du temps... Et toujours du temps... Et pourtant, vous savez quoi ?! Elles avaient raison.

Il est impossible de changer en une semaine, ou même en un mois, des schémas ou des comportements qui se sont profondément installés. J'ai moi-même pris un certain temps avant de le comprendre. Des fois je pensais avoir trouvé LA raison m'ayant amenée à développer des TCA, mais en fait j'ai vite compris qu'il n'y en avait pas qu'une, et que malheureusement ça n'allait pas se soigner en un mois. A certains moments dans mon suivi, je voulais tellement guérir vite, qu'en fait ça faisait l'effet inverse. Je me mettais une telle pression que cette dernière finissait par m'envahir, et il fallait bien que je trouve un moyen de la gérer. Cependant, quand je sais maintenant que « j'utilisais » le contrôle alimentaire ou les crises boulimiques pour la gérer, je ne suis plus étonnée qu'au final mes symptômes empiraient au lieu de s'améliorer.

- Une réouverture émotionnelle tout en douceur

C'était bien joli de comprendre et de faire le lien entre les TCA et les émotions, mais cela signifiait aussi que si je voulais guérir, mes symptômes de TCA devaient diminuer et donc que par conséquent mes émotions négatives pouvaient revenir. En effet, je me souviens que j'avais peur de ressentir à nouveau cette douleur à la poitrine, et une partie de moi n'avait pas du tout envie que les choses redeviennent comme avant. Pour tenter de vous illustrer ce que je ressentais et vivais à ce moment-là, je vais reprendre l'image du robinet. Imaginez que pendant des années vous avez réussi à fermer le robinet d'où sortaient vos émotions, c'est-à-dire que vous ne ressentez plus rien, ou alors le strict minimum. Maintenant, vous avez pris conscience que cela est dangereux pour vous, et vous avez compris qu'il va falloir rouvrir ce robinet. N'auriez-vous pas peur que cela explose de par les années de pression qui se sont accumulées ? Personnellement, j'avais vraiment très peur. J'étais effrayée à l'idée de ressentir à nouveau une tristesse intense, ou encore d'être tout simplement envahie par toutes les émotions que j'ai « retenue » pendant toutes ces années.

Je dirais que c'est principalement là que j'ai compris que ça allait pouvoir prendre du temps, car je n'allais absolument pas pouvoir rouvrir le robinet d'un coup. Au contraire, il allait falloir le faire en douceur. Pour ce faire, et comme vous pouvez le deviner, il a fallu du temps, mais surtout la possibilité *d'expérimenter les conséquences de cette réouverture*. Je me souviens d'une séance où ma psychologue avait dit que la vie c'est comme un laboratoire, et que ce n'est qu'en expérimentant les choses qu'on peut voir qu'en fait ce n'est pas si terrible que ça et qu'on peut envisager un changement. Encore une fois, elle a eu raison.

- Une reprise de poids obligatoire et ses effets

Déjà, et avant tout, il a fallu que je reprenne du poids, et pour ce faire, j'ai dû accepter de faire enfin passer ma santé avant mes études et mes projets de vie. En effet, ça faisait quelques années que je bataillais sur trop de fronts en même temps, mais mon poids n'augmentait jamais de façon stable, j'ai compris qu'il fallait que je ralentisse sur certains points. Cela peut paraître tout bête, mais croyez-moi, ce n'est pas simple de ne pas pouvoir faire « comme tout le monde » et de devoir accepter que la maladie ait aussi un impact sur les études ou la vie professionnelle. Et oui, encore une autre conséquence... Disons que jusqu'ici je faisais tout pour aller mieux, mais il m'était difficile de ralentir mon rythme d'étude. J'avais l'impression que si je ralentissais trop, je laissais la maladie gagner, et mon côté perfectionniste prenait ça comme un échec. Par ailleurs, ce n'était vraiment pas évident de devoir expliquer aux gens pourquoi je faisais mon Bachelor en 4 ans et non en 3, et surtout ce n'était pas facile quand en face j'avais constamment l'impression d'être jugée. Je pense que ce jugement était présent car la maladie ne se voyait pas vraiment, je n'étais pourtant pas du tout sortie d'affaire à ce moment là, mais n'ayant pas le corps stéréotypé d'une personne souffrant d'anorexie, j'imagine que les gens se disaient qu'en fait j'allais bien.

Néanmoins, après certaines prises de conscience, et surtout en ayant compris que toujours donner le change et faire comme si ça allait au final ne me rendait pas service, j'ai accepté de faire « une pause » entre mon Bachelor et mon Master pour pouvoir me concentrer uniquement sur ma santé. Pour ce faire, je suis allée pendant 6 mois à 100% dans un centre de jour pour TCA. C'est pendant ces 6 mois que j'ai eu pour la première fois une *prise de poids* importante, et surtout une prise de poids se stabilisant sur une bonne période.

Suite à un retour à une alimentation « normale », j'ai ressenti les premiers effets de cette reprise de poids, notamment un sentiment de fatigue intense. Au début, je ne comprenais vraiment pas comment je pouvais être plus fatiguée alors que je mangeais beaucoup plus qu'avant, que je dormais plus qu'avant, et que la journée je n'avais pas grand chose à faire si ce n'est me reposer. Il y a aussi eu un retour assez léger de mes sensations de faim et de satiété, mais aussi des douleurs au ventre n'étant plus du tout habituée à manger des quantités « normales ».

Je sais maintenant que j'ai vécu une *reconnexion avec mon corps et mes émotions*. Imaginez que vous maltraitez votre corps pendant bien 7 à 8 années de suite, et que d'un coup vous commencez à ne plus être anesthésié, et donc que vous ressentiez pour la première fois à quel point ce corps est épuisé. Je vous l'ai déjà dit, des fois je ne sais pas comment je faisais pour tenir entre une dénutrition passablement intense, de crises de boulimie à répétition, un

manque de sommeil énorme (mes crises pouvant se terminer à 1 heure voire même à 2 heures du matin, et devant me lever entre 6h30 et 7h00, je vous laisse faire le calcul de mes heures de sommeil et ce durant plusieurs années...), et toutes leurs conséquences tant psychiques que physiques. Je dirais que lorsque je me suis reconnectée en douceur avec mon corps, c'est comme si j'avais été assommée par la fatigue. Dès que je le pouvais, je m'endormais. Une amie m'a en effet rappelé il n'y a pas si longtemps que lors d'un week end passé ensemble, je m'endormais à la moindre occasion, notamment lors de nos trajets en voiture. Aujourd'hui, quand je repense à ce que j'ai fait vivre à mon corps, je ne suis en rien étonnée.

La fatigue fut donc un des premiers ressentis à vraiment revenir, et je trouve ça assez « drôle » dans le sens où cela m'a montré ce que cela signifiait réellement de ressentir de la fatigue, surtout physique. Je dis cela car j'ai toujours eu tendance à dire « Je suis fatiguée ! » ou « Je suis fatiguée de ci ou ça... ». En réalité, j'utilisais « la fatigue » pour exprimer toutes sortes d'émotions qui en vrai n'étaient en rien de la fatigue, mais plus de la colère ou de la tristesse. D'ailleurs, l'émotion que j'ai de mieux en mieux pu identifier après la fatigue, c'est *la tristesse*. A ce moment-là, je n'ai pas du tout ressenti la douleur à la poitrine que j'avais si peur de ressentir, mais disons que je réussissais de plus en plus à pleurer quand j'en ressentais le besoin. Je pense avoir travaillé sur cette émotion tout au long de mon suivi psychothérapeutique, et je l'ai ressenti avant même mon passage au centre, mais disons qu'avant ça, je n'arrivais à sortir qu'une à deux larmes. C'est avec le temps, et surtout en expérimentant qu'en fait cela me soulageait, que j'ai réussi au besoin à pleurer toujours un peu plus. Je me souviens que ma psychologue et mon infirmière spécialisée étaient presque « heureuses » de me voir pleurer, dans le sens que cela était un signe de progrès, et certains amis ou proches me félicitaient même d'avoir pu pleurer en face d'eux. Aujourd'hui j'en « rigole », mais je comprends aussi à quel point je devais être coupée pour qu'ils réagissent à ce point. Comme dit précédemment, pour ce qui est de *la colère* ce fut un peu différent, car en fait on a compris avec ma psychologue que chez moi la colère pouvait sortir par des larmes. Encore une fois, ce n'est pas du tout paradoxal pour quelqu'un qui peine à pleurer de base... Par moment, j'ai vraiment dû prendre le temps d'analyser mes pleurs, pour voir si c'était de la tristesse ou de la colère. Encore aujourd'hui, ce n'est pas toujours très clair pour moi. Je me souviens de certains conflits que j'ai vécus avec des « amis », et cela me rendait folle quand des larmes coulaient sur mes joues alors qu'en fait je n'avais qu'une envie, c'était de leur dire leurs quatre vérités. Cependant, il est difficile de croire qu'une personne est en colère quand elle pleure, et de ce fait, j'ai très souvent pu passer pour « la fille sensible ». J'ai cru comprendre que je le suis, mais je doute fortement qu'on m'aurait posé cette étiquette si

j'avais pu exprimer ce que j'avais réellement à l'intérieur de moi. Par ailleurs, c'est assez frustrant de ne pas pouvoir s'exprimer comme on le voudrait, et en fait, je finissais la plupart du temps encore plus énervée qu'avant. Cette colère devant pourtant bien s'évacuer d'une manière ou d'une autre, j'utilisais bien sûr le seul moyen que je connaissais à ce moment-là : les crises. En effet, je pense que j'ai évacué énormément de colère au travers de mes crises de boulimie.

- Des allers-retours

J'ai dû passer plusieurs fois par certaines de ces étapes, car ayant reperdu du poids par moment, la coupure émotionnelle revenait. J'irais même jusqu'à penser qu'avec ou sans perte de poids, c'est un réflexe que j'aurai à vie, car quand les choses me touchent trop et que je n'arrive plus à le gérer, j'ai encore aujourd'hui ce réflexe de me couper de mes émotions. Néanmoins, je pense que plus j'expérimentais le retour à certains ressentis et à certaines émotions, plus je me rendais compte que je n'en mourrais pas et qu'au contraire, il y avait certains avantages. Plus j'arrivais à sortir mes émotions « naturellement », moins j'avais recours aux TCA et donc plus les symptômes diminuaient. Avec le temps, on peut dire que j'ai appris à avoir de moins en moins recours à ce réflexe, et j'espère un jour ne plus avoir à l'utiliser du tout. C'est vraiment à force de répétitions que j'ai pu « dédramatiser » cette réouverture émotionnelle, mais ce retour progressif à mes sensations corporelles et à mes émotions ne fut et n'est toujours pas une tâche facile.

- Un outil précieux

Par chance, un « outil » absolument génial m'a été proposé : *la thérapie avec le cheval*. L'infirmière spécialisée qui me suit depuis le début m'a proposé un jour de participer à une journée avec des chevaux qu'elle organisait avec une amie à elle qui possède un ranch, et où plusieurs personnes souffrant de TCA étaient invitées. Je ne vais pas pouvoir vous expliquer en détail en quoi consiste la thérapie avec le cheval, car il faut vraiment le vivre pour le comprendre. Néanmoins, je peux vous expliquer qu'un cheval est très sensible aux ressentis et aux énergies, et donc qu'il est impossible de le tromper avec un beau sourire. Il est comme un miroir de vos émotions, et donc j'ai vite compris que pour la première fois je n'allais pas pouvoir tricher, dans le sens où si je ressentais une émotion négative mais que j'essayais de faire bonne figure, le cheval lui n'allait pas être berné. Ils ressentent tout, et chaque cheval a sa manière de vous dire qu'il sent que vous n'êtes pas aligné, c'est-à-dire qu'il sent que ce que vous montrez n'est pas ce que vous ressentez réellement à l'intérieur de vous, et il vous le dira d'une manière ou d'une autre. Pour quelqu'un qui était très douée pour se couper de ses émotions, une fois en face du cheval, je n'ai plus vraiment eu le choix d'aller chercher ce

qu'il y avait au fond de moi. Le choix, on l'a toujours vous me direz, et je pouvais en effet refuser de participer à cette journée ou à l'exercice, mais il faut croire qu'une partie en moi avait envie de savoir ce qu'il y avait de caché à l'intérieur de moi. Par moment ce fut très dur, et j'ai même été jusqu'à ressentir à nouveau cette fameuse douleur à la poitrine. Cependant, j'ai aussi pu vivre de magnifiques moments et voir que mes émotions positives sont aussi plus intenses, et j'ai compris que mon hypersensibilité a donc aussi cet autre côté. J'ai vraiment pu expérimenter qu'en fait mes émotions étaient là pour me communiquer quelque chose, et qu'accepter de les ressentir et des les prendre en compte était la clé pour m'en sortir, ou en tout cas la plus importante chez moi.

Je peux vous donner un exemple qui me marquera à vie, où j'ai d'abord expérimenté quelque chose avec les chevaux, et en fait, j'ai revécu la même chose dans ma vie peu de temps après. J'ai participé à plusieurs journées de thérapie avec le cheval, et lors de la première, j'ai directement choisi de travailler avec un cheval qui avait un caractère très fort, qui pouvait vraiment être très impressionnant et qui s'exprimait surtout en s'excitant et en tapant par terre avec sa jambe. Il y avait un côté violent qui se dégageait de lui, et j'ai directement su que travailler avec lui ne serait pas facile. Une partie de moi en avait presque peur, mais une autre était comme fascinée et préférait se faire violence à elle-même plutôt que de choisir un autre cheval. C'est comme si je savais qu'une partie de moi ne voulait pas ce cheval et que ça ne me correspondrait pas, mais qu'une autre ne voulait rien écouter et qu'ayant toujours été attirée par ce genre de caractère et la difficulté, c'était comme ça point final. A la troisième journée, et étant à ce moment là déjà plus connectée à mes ressentis et à mes émotions, je me suis étonnamment rendue compte que je n'avais plus du tout la même envie, et au contraire, je me suis tournée vers le cheval le plus doux et le plus calme qui soit. Le changement en moi était si radical, que cette fois-là, le premier cheval me faisait peur au point de me mettre mal à l'aise.

Aussi étonnant que cela puisse paraître, j'ai vécu le même changement dans ma vie privée. J'étais dans une relation très fusionnelle, mais également très compliquée et surtout avec un homme passablement violent. Au début, je ne me rendais pas compte, probablement parce que j'étais complètement coupée, mais avec le temps, les disputes, le rabaissement à répétition, l'agressivité, et la violence, une part de moi a commencé à comprendre que ça ne lui correspondait pas ou plus. Néanmoins, comme avec le premier cheval, une autre partie avait toujours admiré et recherché ce type d'homme, et il avait vraiment une emprise extrêmement forte sur moi. Pourquoi je recherchais ce type d'homme ? Cela est encore toute une autre histoire... Je me sentais donc de plus en plus coupée en deux, mais j'avais mis une telle

énergie et tant pris sur moi pour que cette relation évolue positivement, qu'il me semblait inenvisageable de la voir se terminer. Par ailleurs, pour mon côté perfectionniste, mettre fin à cette relation était comme abandonner et signer l'échec de ma vie. Malgré cela, je pense que plus je travaillais sur moi, moins les TCA prenaient de place, et plus je me connectais à mes émotions et donc plus la partie en moi qui pouvait enfin s'exprimer à pris de la place. Un jour, j'ai rencontré un homme qui m'a rappelé ce que rire et se sentir apaisée signifiait, et qui a sûrement fait résonner cette partie en moi qui avait bien trop longtemps été étouffée. L'ayant déjà vécu une première fois lors de la troisième journée avec les chevaux, une partie de moi n'a pas été surprise de comprendre que désormais c'est ça que je voulais, mais surtout que je ne voulais plus me sentir rabaissée et que je ne voulais plus jamais de violence dans ma vie.

Ce changement de vie peut sembler banal, mais il fut chez moi comme *une révélation*. Je pense qu'en étant toujours de plus en plus connectée à mes émotions, chaque jour je comprenais un peu mieux ce que je voulais vraiment ou non dans ma vie, et surtout ce qui était sain ou à l'inverse ce qui ne l'était pas. Probablement de part mon manque de confiance, ma coupure émotionnelle, et l'emprise que cet homme avait sur moi, j'acceptais également bien trop de choses. Mais en travaillant chaque jour un peu plus cette confiance en moi, j'ai compris que mes limites avaient été dépassées, et ce depuis bien trop longtemps. Quitter cet homme fut la chose la plus dure que j'ai eu à faire, et pourtant vous avez compris que je n'ai pas vécu que des choses faciles. J'ai de grosses séquelles encore aujourd'hui, néanmoins je ne le blâme pas entièrement, car je sais que c'est quand même une belle personne, mais qu'il avait malheureusement ses démons, comme j'avais les miens. J'ai mis du temps à me remettre de la difficulté de ce choix, mais je pense que j'ai dû passer par là pour avancer et comprendre que je ne voulais plus jamais avoir à faire à la violence, et ce de quelque manière que ce soit, mais également pour enfin laisser la place à une partie de moi qui n'avait jamais réussi à s'exprimer. En effet, j'ai compris qu'avec ce choix j'ai cassé un schéma ancré en moi depuis petite, et cela explique mieux pourquoi ce fut si difficile pour moi, mais néanmoins nécessaire. Aujourd'hui, l'homme qui partage ma vie est d'une douceur sans égale, et bien que j'avais toujours dit ne pas pouvoir être avec quelqu'un comme lui de part mon fort caractère, je n'ai jamais été aussi épanouie et heureuse. A croire que je suis enfin en accord avec toutes les parties en moi.

Cet exemple où j'ai d'abord expérimenté quelque chose avec les chevaux pour ensuite réussir à le vivre en dehors, en est un parmi plusieurs. Malgré certaines appréhensions, je pense qu'en étant entourée par mon infirmière spécialisée et en étant en présence d'un animal aussi incroyable que le cheval, je me sentais assez en sécurité pour pouvoir m'autoriser à m'ouvrir

un peu plus. Et ce n'est qu'une fois avoir vu que j'y avais « survécu », que j'ai gentiment pu me l'autoriser en dehors. Grâce à la thérapie avec le cheval, j'ai vraiment pu comprendre l'utilité des émotions, et l'importance de pouvoir être en lien avec son fort intérieur. J'en ai même eu la preuve, car depuis que j'ai cassé ce schéma en acceptant de laisser entrer plus de douceur dans ma vie et donc en écoutant une partie de moi qui n'a jamais pu s'exprimer, je n'ai jamais eu autant de progrès et de stabilité en ce qui concerne ma santé. En effet, une fois avoir accepté et plus ou moins digéré mon choix, j'ai repris du poids et ce dernier s'est enfin stabilisé. De plus, mes restrictions n'ont fait que diminuer, au point de pouvoir remanger de tout, et mes crises aussi se sont vues atténuées.

- Une apparence trompeuse

En apparence, on aurait pu croire que j'étais guérie, ou en tout cas que mon combat était presque terminé. Cependant, et pour revenir aux conséquences et aux *côtés pervers des TCA*, il faut se rendre compte que *ces maladies peuvent ne pas toujours se voir*, et on peut souffrir de TCA ou avoir certains symptômes sans pour autant être squelettique ou à l'inverse obèse. Les TCAA sont un bon exemple pour illustrer la complexité de ces pathologies, car en effet, les symptômes peuvent ne juste pas correspondre au diagnostic strict de boulimie ou d'anorexie, mais ils sont tout de même bel et bien présents tout comme leurs impacts. Si je reprends l'exemple de ma mère et de ma grand-mère, je pense qu'elles souffrent toutes les deux de TCAA depuis des années, mais n'étant pas dans les critères stricts de l'anorexie ou n'ayant juste pas les mêmes intensités de symptômes, cela ne devait pas sembler alarmant. Je donne ces exemples, mais j'ai connu et je connais un nombre incalculable de personnes souffrant probablement de TCAA autour de moi. Moi-même, de par l'amélioration de mon état de santé et cette diminution des symptômes avec le temps, je pense pouvoir affirmer avoir passé d'un diagnostic d'anorexie et de boulimie, à celui de TCAA.

Alors oui je n'avais plus de maigreur visible, j'avais moins de crises, et je remangeais de tout, mais *certaines difficultés restaient encore très présentes*. Effectivement, j'avais quand même toujours un certain contrôle sur mon alimentation ainsi que des crises, et l'impact de ces dernières restait non négligeable, surtout sur le plan de la fatigue. Avec cela, l'acceptation de mon « nouveau corps » était et reste encore aujourd'hui une lutte quotidienne. Je devais également faire face à ce fameux retour de mes émotions, et je peux vous assurer que cela me prenait, et me prend toujours, énormément d'énergie. En effet, allant de mieux en mieux, la coupure émotionnelle s'estompait chaque jour un peu plus, mais étant hypersensible de base, cela signifiait que non seulement je devais accepter de ressentir à nouveau mes émotions, mais que je devais aussi accepter de les ressentir de manière plus forte que la plupart des gens.

La première chose qui me revient et que je me souviens avoir dit à plusieurs reprises, c'est que j'avais tout d'un coup l'impression d'être comme le cliché d'une femme enceinte, car tout me touchait de manière bien plus forte et tout pouvait aussi m'agacer beaucoup plus facilement. Logiquement, j'avais peur que cet état ne s'estompe plus jamais, et ce fut vraiment compliqué de ressentir à nouveau un tas de chose me traverser sans pour autant avoir tous les outils pour pouvoir les maîtriser.

Un combat qui n'est pas fini:

La guérison des TCA peut donc en effet être longue, surtout quand j'ai pu constater que quand certains symptômes diminuent, d'autres peuvent augmenter. Ce déplacement de symptômes peut être expliqué par le fait que les TCA étaient pour moi comme une béquille, et leurs symptômes pouvant se manifester sous plusieurs formes, quand l'un d'entre eux est diminué, mais qu'au final j'ai quand même toujours le réflexe d'utiliser cette béquille, il faut bien qu'un autre symptôme « prenne le relais ». De ce fait, j'ai compris que lorsqu'un symptôme flambe, c'est que j'ai de nouveau eu recours aux TCA pour gérer mes émotions, et donc qu'il y a en réalité autre chose qui se cache derrière. On a vraiment pu voir avec ma psychologue qu'à chaque fois par exemple que mon rapport au corps redevient de plus en plus difficile, c'est que je vis quelque chose de compliqué émotionnellement et que je n'arrive pas y mettre des mots ou à le gérer.

La psychothérapie et la thérapie avec le cheval m'aident donc énormément à mieux identifier ce que je ressens, à mieux savoir comment le gérer, et surtout à ne plus le gérer à travers les TCA. En expérimentant toute cette complexité, j'ai vraiment mieux compris pourquoi ça peut prendre du temps, car *comme un enfant, je dois réapprendre petit à petit et cela principalement en expérimentant*. J'ai également pris conscience que vivre avec un TCAA peut être tout aussi complexe que vivre avec un TCA dit typique, mais qu'il y a en plus un aspect d'invisibilité qui rend la reconnaissance encore bien plus dure. Dans mon exemple, on voit bien que certains symptômes ont diminué, mais ils restent présents, et en plus de nouveaux combats sont apparus avec un impact psychique et physique toujours très important.

- Le coût financier : un aspect souvent oublié et/ou caché

Ce n'est donc pas facile de savoir que le combat n'est pas fini, mais de voir que pour la plupart des gens vous semblez guéri. J'avais beau aller mieux, c'était loin d'être terminé, et

j'ai encore dû faire face à d'autres conséquences de la maladie. Pour pouvoir continuer à travailler en priorité sur ma santé, j'ai dû faire mon Master à 50%, mais cela voulait dire que je n'allais pas pouvoir avoir un travail étudiant à côté comme la plupart de mes amis. Comme depuis toujours, c'est donc mes parents qui ont dû continuer à m'aider financièrement. Là aussi, j'ai eu une chance inouïe d'avoir des parents qui ont pu se permettre de m'aider autant de temps, car si non, je n'ose pas imaginer ce que ça aurait donné. On ne parle que très rarement des coûts financiers, mais je pense qu'il est important de se rendre compte que non seulement mes parents devaient subvenir à mes besoins, mais c'est aussi eux qui ont dû subir les coûts de la maladie pendant toutes ces années. Il y a forcément tous les frais médicaux, mais en plus les dépenses qu'engendre une crise de boulimie sont très importantes, et cela surtout quand vous en avez plusieurs par jour. En effet, les quantités de nourriture ingérées pendant une crise de boulimie peuvent être énormes, mais il faut bien payer tous ces aliments. Mettez-vous à la place de mes parents, et imaginez que vous dépensez d'énormes sommes en nourriture chaque semaine, tout en sachant pertinemment que la plupart finiront aux toilettes. Je pense que ce fut très dur pour eux, car en plus de la partie financière, ils devaient voir leur fille souffrir sans ne rien pouvoir faire d'autre pour l'aider. Etant consciente de tout ça, j'ai toujours énormément culpabilisé de tout ce que mes parents ont dû dépenser à cause de moi, et me sentir coincée par la maladie était vraiment un sentiment compliqué à gérer. J'imagine qu'étant toujours plus en lien avec mes émotions, avec le temps cette culpabilité me semblait toujours plus forte.

A mes 25 ans, on m'a proposé de faire une demande d'aide à l'AI, mais même si j'avais beaucoup progressé sur ce point, demander de l'aide n'était quand même pas dans mes premiers réflexes. Ce fut donc psychologiquement très dur pour moi, car vous pensez bien que je n'avais pas imaginé ma vie comme ça, et encore moins à 25 ans. Cependant, suite à de nombreuses discussions avec une assistante sociale absolument géniale que j'ai rencontré au centre de jour, j'ai compris que c'était provisoire, que j'y avais droit, et que cela pouvait autant aider et soulager mes parents que me soulager moi. Disons que je me suis gentiment faite à l'idée, mais comme si accepter cet état de fait n'était pas suffisant, il a fallu que je prouve que j'étais bel et bien assez malade... L'AI avait les rapports de tout mon réseau qui me suivait depuis 7 ans à ce moments-là, mais malgré cela, ils m'ont demandé d'aller voir une experte car selon eux je ne devais pas être assez atteinte dans ma santé pour être aidée. Sérieusement !? Personnellement c'était, et c'est toujours, incompréhensible. Je suis quand même allée voir cette experte avec qui j'ai dû aller refouiller dans tout mon passé pendant 2 heures de temps, ce qui fut très agréable comme vous pouvez l'imaginer, et n'étant toujours

pas suffisant, j'ai dû y retourner une deuxième fois. A ce deuxième rendez-vous, j'ai compris qu'il y avait encore beaucoup de chemin à faire pour que les TCA soient reconnus et mieux compris, car cette dame a quand même réussi à me dire que la première fois elle n'avait pas vraiment vu que j'étais malade, mais vu que la deuxième fois j'étais en top et non plus en pull, alors là oui elle a vu que j'étais quand même assez mince. J'imagine que selon elle, et selon encore bien trop de gens, si on n'est pas squelettique ou obèse, on ne peut vraisemblablement pas souffrir de TCA. Heureusement qu'il a fait chaud ce jour là et que j'ai mis mes épaules à nu, si non je doute que j'aurais eu « la chance » d'obtenir une incapacité de travail à 50%...

Encore une fois, comme si cette absurdité n'était pas suffisante, j'ai aussi dû affronter le regard des gens quand je leur annonçais que j'étais en partie aidée par l'AI. Certains stéréotypes sont encore bien ancrés, et beaucoup pensent encore que les personnes à l'AI sont des personnes qui profitent du système. Bien qu'il en existe, je doute très fortement que ce soit la majorité, car ce n'est en rien une partie de plaisir de s'y retrouver, surtout quand je vois les démarches et l'énergie que cela m'a coûté. De plus, selon certains, c'est comme si j'avais gagné au loto et que c'était aberrant d'avoir reçu une telle somme de l'AI de manière rétroactive. Pensez-vous sincèrement que si j'avais eu le choix entre 10 ans de souffrance et de l'argent, j'aurais choisi l'argent ? Je peux vous assurer qu'encore une fois personne ne peut vouloir vivre ça, et qu'à côté de tout ce que je vivais, l'argent était le dernier de mes soucis. Je trouve juste violent de devoir se justifier de recevoir de l'aide, et je pensais quand même que les gens savaient que l'AI ne va pas donner « gratuitement », mais à voir ce n'est pas encore le cas. Je pense que de par le fait que j'allais mieux, surtout physiquement, la maladie était invisible aux yeux des gens, et ils devaient se dire que j'allais mieux au point de pouvoir travailler à 100% et arrêter de ralentir le rythme. Si seulement cela pouvait se passer comme ça, moi la première j'en serais ravie, mais comme vous avez pu le voir c'est un peu plus compliqué que ça.

- Les conséquences du Covid-19 et du confinement

Mon combat était donc loin d'être fini, et comme je vous le disais, les crises de boulimie étaient encore présentes. C'est le symptôme qui m'a toujours posé le plus de problème, notamment de par la honte et le dégoût qu'il engendrait. Je sentais pourtant de mieux en mieux le « transfère » de mes émotions dans la crise, et dès que quelque chose était trop intense au niveau émotionnel, j'avais beaucoup plus facilement recours à des crises de boulimie.

Cette année, nous avons tous vécu *une période particulière* avec le Covid-19 et le confinement, mais pour moi ce fut une période très intéressante en ce qui concerne la maladie. En effet, mes crises de boulimie se sont toujours produites quand j'étais seule, où alors chez mes parents, et seulement eux et mon frère me voyaient faire des allers-retours entre la cuisine, ma chambre et les toilettes. Hormis eux, personne ne m'a vu faire de crise, et il était hors de question que cela change. Déjà avec eux, la honte était vraiment intense, mais avec quelqu'un d'autre je ne l'aurais pas supporté. Avec le confinement, je me suis retrouvée « bloquée » à la maison avec mon copain car il faisait du télétravail, et de ce fait, je n'ai plus eu une seule crise depuis l'annonce de ce confinement, ou semi-confinement en Suisse. Je dirais que c'était comme être à l'hôpital, c'est-à-dire que je n'avais plus la possibilité de faire des crises, mais avec tous les bénéfices d'être à la maison et surtout de pouvoir expérimenter le fait de ne plus avoir de crises chez moi.

Le fait de réussir à ne plus avoir de crise de boulimie du jour au lendemain m'a montré plusieurs choses, comme le fait qu'il y avait clairement *un facteur d'habitation*. Déjà à un certain moment dans mon parcours je me concentrais tellement sur les crises de boulimie ne voulant plus en vivre, que je donnais beaucoup moins d'importance à l'augmentation de mes apports journaliers. Néanmoins, on a dû me rappeler assez « sévèrement » que de base je souffrais d'anorexie et non pas de boulimie, et que tant que je n'augmenterai pas mes apports et donc mon poids, les crises n'allaient pas disparaître. Ce fut dur sur le moment, mais j'ai vraiment eu besoin de cette confrontation pour me rappeler que la peur de prendre du poids et les restrictions drastiques étaient la base du problème. Lorsque j'ai repris du poids, j'ai en effet très vite vu que moins j'avais de restriction, moins j'avais de crises, ou que leur intensité était diminuée. Mais allant toujours de mieux en mieux et mes restrictions diminuant toujours plus, je peinais à comprendre pourquoi mes crises étaient toujours là.

J'ai alors compris qu'il y a bel et bien un facteur d'habitation, comme une routine qui s'installe, mais aujourd'hui je suis aussi persuadée qu'il y a *une dépendance aux crises*, ou plus précisément, une dépendance au sentiment de déconnection qu'elles procurent. J'ai pu me rendre compte qu'en fait je n'en avais plus besoin, probablement car j'arrive vraiment mieux à exprimer, identifier et gérer mes émotions, mais que si avant le confinement j'en avais toujours au moins 2 par semaines, c'était plus par reflexe, par habitude et sûrement par addiction. Ne plus faire de crise me remplit d'une joie immense, mais une partie de moi ressent comme un manque de ce moment rien qu'à moi où je pouvais juste ne plus réfléchir à rien et me sentir comme déconnectée.

Depuis le confinement, je dois faire face à encore plus d'émotions n'ayant plus recours aux crises, et par conséquent, moins de moment de déconnection me permettant de me couper de mes émotions trop intenses. J'ai ressenti comme *une augmentation de ma sensibilité*, et pour vous donner une image de ce que je ressentais, j'étais un peu comme ce cliché que l'on donne d'une femme avant ses règles, mais de manière permanente. Dans la vie de tous les jours, pour n'importe quelle femme, ces sauts d'humeur sont durs à vivre pour nous car nous ne contrôlons rien, mais pour moi qui reste « novice » face à mes émotions, j'ai eu vraiment de la peine à les accepter.

Avec un peu de distance, je ne suis pas étonnée que par moment je ressente comme un manque par rapport aux crises, car en fait c'était « plus simple » quand j'y avais recours. C'était plus simple dans le sens où lors de la crise, j'avais moins l'impression d'être envahie par ces émotions, et la sensation de déconnexion qu'elle engendrait me soulageait beaucoup. Bien évidemment, il y avait toutes les conséquences de la crise derrière, qui elles, ne m'ont pas manqué une seule seconde. Je peux vraiment comparer le recours aux crises à un mécanisme de fuite des émotions, et vu que j'ai pu expérimenter la difficulté que cela représente de faire face à cette réouverture émotionnelle lorsque qu'il n'a plus de fuite possible, je comprends bien mieux la complexité pour sortir de ce cercle vicieux.

Beaucoup de personnes peuvent se dire que cette fois-ci je suis vraiment guérie, vu que je n'ai plus de restrictions et plus de crises. Bien qu'encore une fois je rêverais de pouvoir dire que c'est le cas, la réalité reste toujours et encore plus complexe. Je vais mieux, et les TCA ont donc une influence beaucoup moins grande sur ma vie quotidienne, mais le combat n'est pas terminé. Déjà, cela fait à peine 3 mois que je n'ai plus eu de crises, donc j'ai une peur constante de « replonger ».

Le confinement était une chose, mais ressortir et être de nouveau confrontée aux physiques des gens et à cette société malade en est une autre. La comparaison est en effet passablement forte quand on souffre de TCA, et j'ai vraiment pu constater que je me focalise sur tout ce qui est beau chez une autre personne, alors que je me concentre sur ce qui ne va pas chez moi. Même si en face de moi la personne a ce que je considère comme des défauts, ces derniers vont forcément être moins graves que les miens. Et en ce qui concerne les personnes que je considère comme étant « belles » ou même « parfaites », je ne peux que me sentir encore plus mal dans ma peau par comparaison. Le confinement m'a donc permis d'expérimenter une période avec moins de possibilités de comparaison, mais me détacher des autres et de leurs regards reste un sacré combat.

Quand un symptôme diminue, souvent un autre augmente. Aujourd'hui, n'ayant plus les crises de boulimie comme échappatoire, mes difficultés ressortent beaucoup plus dans *mon rapport à mon corps et à mon image corporelle*. J'ai pris du poids et c'est ce qui a permis une évolution positive, mais il faut maintenant que je l'accepte. Je dirais que depuis une année, voire deux, je peine à accepter mon corps. Mais comment accepter un nouveau corps quand on voit ce dernier bien plus gros qu'il ne l'est réellement ? Ce symptôme appelé dysmorphophobie est extrêmement compliqué à expliquer, mais encore plus à vivre. Je me vois plus grosse que je ne le suis en réalité, et cela peut varier de jour en jour, d'heure en heure, voire même de minutes en minutes. Mais quand on se regarde dans un miroir, comment ne pas croire ce que l'on voit ? J'ai eu ce symptôme dès le début, et il suffisait d'un gramme en plus sur la balance pour que je me voie vraiment grossir dans le miroir. Ce qui m'a prouvé que j'ai bien une vision déformée par moment, c'est que dans la même journée, voire dans la même heure, je peux me voir différemment. Je ne parle bien sûr pas juste d'une coupe de cheveux ou d'un vêtement qui change, je vois réellement mon corps changer. Néanmoins, ce qui à l'époque était impossible alors que je pesais jusqu'à sept à huit kilos de moins, est gentiment devenu possible quand bien même j'ai pris du poids, c'est-à-dire que par moment j'arrive à me sentir bien dans ma peau et même à trouver mon corps beau. Croyez-moi, pouvoir dire ça, et surtout le penser, ne fut pas une « mince » affaire ! Malgré que la *dysmorphophobie* ait augmentée depuis que je n'ai plus de crises, je pense que le fait d'avoir moins de comparaison m'a aussi aidée par moment à calmer ce symptôme. Néanmoins, je sais que l'acceptation de mon corps reste encore un combat quotidien.

La dysmorphophobie prend donc une plus grande place dans mes symptômes, et bien que les pensées autour de l'alimentation ne m'handicapent plus comme avant, je ne peux pas non plus dire que j'en ai plus du tout. *Un certain contrôle*, même s'il paraît minime en comparaison à celui que j'avais avant, reste tout de même présent. *La balance* est aussi un des « derniers » combats qu'il m'est encore difficile de gagner. A certaines périodes je pouvais me peser tous les jours, voire même plusieurs fois par jour. Le chiffre que la balance indiquait allait déterminer mon humeur de la journée, et comme je vous l'ai dit, il suffisait de cent grammes en plus pour que je me sente mal dans ma peau. Actuellement, j'arrive à espacer de plus en plus les pesées, mais me détacher complètement du chiffre indiqué reste très dur. Mon seuil de tolérance n'a fait qu'augmenter, mais je garde la peur constante que mon poids va augmenter sans ne jamais s'arrêter. Encore une fois, j'ai compris que ce n'est qu'avec le temps et en expérimentant que j'allais voir que ce n'est pas le cas. Le confinement m'a aussi permis de commencer à pouvoir l'expérimenter, car cela fait trois mois que je mange trois

repas par jour sans me restreindre, et j'ai pris un kilo, mais depuis mon poids reste stable et n'augmente plus. Ça reste dur d'accepter rien que ce kilo en plus, mais je pense que j'ai gentiment atteint mon poids de forme. C'est effrayant, mais j'ai pu expérimenter que je survis, et surtout que malgré ce nouveau poids, il y a des moments où je me trouve et me sens très bien dans mon corps.

Je me suis également remise au sport après huit ans sans plus aucune activité physique, et l'ancienne sportive en moi est ravie. Je retrouve une connexion avec mon corps qui ne me semblait presque plus possible à certains moments. Je vous l'ai dit, mes sensations corporelles étaient aussi coupées, et c'était comme si ma tête et mon corps étaient détachés sans aucune liaison entre les deux. Aujourd'hui, je me sens à nouveau connectée, et *la reprise du sport en douceur* m'aide beaucoup. Je reste tout de même très prudente, car je sais que je peux vite glisser dans un autre extrême, et remplacer les TCA par du sport à outrance ne serait que déplacer le problème.

- L'impact de la société

Je me dois de souligner que je ne suis pas aidée par notre « belle » société ! Je pense qu'en ce qui concerne l'image corporelle, la société joue effectivement un rôle majeur dans la perte de repères et les difficultés liées aux perceptions corporelles. Aujourd'hui les critères de beauté, tant féminins que masculins, sont véhiculés de manière permanente par les médias et les réseaux sociaux, et ils peuvent amener à se mettre une pression forte pour tenter de les atteindre. Etant une question de marketing, et comme toujours une question économique, on peut voir que les idéaux de beauté évoluent, mais « bizarrement » jamais en prenant en compte leur impact sur la santé de la population.

La maigreur a été mise en avant pendant des années comme critère de beauté féminin, et cela malgré tous les effets néfastes que cela pouvait engendrer sur la santé d'une personne. Aujourd'hui, la maigreur reste toujours valorisée, mais on voit également de nouvelles modes poussant les jeunes femmes à avoir une musculature extrêmement prononcée, ou encore à avoir recours à la chirurgie esthétique. On en est arrivé à un stade où les retouches et les filtres sur les réseaux sociaux sont la norme, et où il n'est presque plus possible de trouver une photo d'une personne « au naturel ». Les hommes commencent également à être mis en avant avec des corps retouchés, ou alors avec des corps « étonnamment » musclés. Si on suit ce qui est mis en avant, nous devrions tous nous ressembler et entrer dans une norme de « beauté ». Un nombre incalculable d'émission de télé-réalité ou de profils sur les réseaux sociaux mettent en avant des femmes et des hommes retouchés, ayant eu recours à la chirurgie

esthétique et ayant un physique « parfait ». Comment ne pas y perdre ses repères, notamment quand on est une toute jeune femme ou un jeune homme ?

Je me souviens d'une femme médecin au centre de jour où j'allais qui nous a expliqué que le sport est bon pour la santé, oui, mais que comme toute chose de la vie, du moment qu'il devient un extrême, cela peut devenir néfaste. Cette nouvelle mode poussant autant les hommes que les femmes à devoir être très musclés n'est pas un problème, du moment que les personnes connaissent les risques. Je précise que certaines femmes et que certains hommes ont une ossature et une musculature très prononcées de par leurs morphologies de base, et donc en soi c'est naturel et sans danger pour eux. Mais qu'en est-il des personnes qui n'ont pas cette morphologie de base, mais à qui on inculque l'idée qu'il faut des tablettes de chocolat pour être beaux ou belles ? Pour ce qui est des femmes, est-il écrit à l'entrée des fitness que de base une femme a une masse grasse plus grande que sa masse musculaire, et ce de manière constitutionnelle pour pouvoir avoir des enfants ? En effet, si la masse musculaire devient trop importante en comparaison de la masse grasse, une femme peut se retrouver en aménorrhée, et on a pu voir précédemment qu'il peut y avoir d'importantes conséquences. Beaucoup de sportives professionnelles sont en effet en aménorrhée, mais je doute fortement que cela soit expliqué aux jeunes filles voulant avoir les mêmes tablettes de chocolat que leurs idoles, et encore moins les conséquences que cela peut avoir sur leur corps.

Notre corps nous appartient, et du moment que c'est un choix réfléchi et conscient de faire de la chirurgie ou de se muscler il n'y a pas de problème. Mais il est inadmissible que des standards de beauté soient mis en avant sans même qu'il y ait une explication ou une prise de conscience des risques potentiels. Il est impossible que tout le monde ait naturellement le même corps, car nous naissons tous avec des morphologies différentes, et donc les idéaux de beauté ne peuvent être atteints de la même manière pour tous. Il n'est en aucun cas précisé qu'une photo est en fait complètement retouchée, ou il n'est pas expliqué les sacrifices que la personne a dû faire pour avoir le corps qu'elle a. Tant pour les hommes que pour les femmes, des conséquences sont bel et bien possibles, et ne pas les expliquer au profit de l'économie est quelque chose que je ne peux que dénoncer.

Aujourd'hui mon combat n'est donc pas fini, et je continue à travailler sur moi, notamment et surtout sur l'acceptation de cette réouverture émotionnelle et sur celle de mon corps. Néanmoins, au besoin je sais comment me « couper » de mes émotions à nouveau, et par moment ça peut effectivement encore m'arriver d'avoir recours à ce réflexe. Je pense

qu'il me faudra encore du temps et diverses expériences pour ne plus avoir besoin de me couper de mes émotions à ce point.

Mon hypersensibilité me faisait vraiment peur, mais elle ne me fait pas que ressentir les émotions négatives de manière plus intense, mais également les émotions positives. Je considère maintenant que c'est une chance de pouvoir être sensible à certaines choses, comme la beauté de certains moments ou de certains lieux, de manière plus intense. J'ai aussi compris que cette hypersensibilité peut non pas être une malédiction, mais un don. J'ai en effet toujours été très sensible à la bonté ou à l'authenticité d'une personne, et avec du recul, je me rends compte que j'avais presque tout le temps raison. Auparavant, je ne m'écoutais tout simplement pas, ne me faisant probablement pas confiance. Je pense maintenant pouvoir de mieux en mieux me fier à cet « instinct émotionnel », et je veux croire que même dans mon futur professionnel, il me permettra d'en faire une force en tant que psychologue. Je sais aussi que si cela est possible, c'est parce qu'aujourd'hui j'ai beaucoup plus confiance en moi, et ayant appris à devoir me détacher du regard des autres, j'apprends enfin à vivre pour moi. Là aussi, ce n'est pas toujours facile, les vieux réflexes pouvant revenir très vite.

Une amélioration générale peut être constatée dans ce que je vis aujourd'hui, mais il ressort également qu'une certaine fragilité subsiste. Avec le temps, je pense pouvoir dire que c'est vraiment une lutte qui reste présente entre la partie malade et la partie saine en moi. Il m'arrive par moment de pouvoir ressentir si violemment cette lutte, que je me retrouve comme bloquée. Quand il est l'heure de choisir le repas ou la quantité à mettre dans l'assiette, et selon ce que j'ai à gérer émotionnellement, ni le côté sain, ni le côté malade n'arrivent à prendre le dessus, et donc je suis comme figée. Dans ces moments-là, je deviens extrêmement agressive envers les autres, mais en réalité cette agressivité est dirigée contre moi. Pour mon copain, ces moments sont difficiles à vivre, car je suis vraiment coupée en deux. Je voudrais qu'il me console et qu'il m'aide, mais en même temps s'il m'approche je l'envoie sur les roses et peu importe ce qu'il propose, ça n'ira pas. Ma lutte interne ressort vraiment dans mes comportements et mes envies, et c'est très pénible à vivre. Avec la thérapie, on a de nouveau pu constater que ces moments arrivent la plupart du temps quand j'ai quelque chose qui me travaille émotionnellement. Je pense qu'auparavant la partie malade se serait servie des TCA pour gérer ces émotions, et ça sans hésiter, mais la partie saine ayant repris de plus en plus de force, elle n'accepte plus le recours à ce mécanisme et tente au maximum de l'empêcher. Cependant, je me rends compte qu'à chaque fois que je revis ce genre de blocage, je ressens de mieux en mieux ce qui se passe en moi, et j'arrive même parfois à identifier quel a été le déclencheur émotionnel.

Néanmoins, j'avoue que c'est dur, même très dur par moment. Cela prendra donc du temps pour pouvoir vraiment assumer et arriver à vivre pleinement mes émotions, tout comme assumer qui je suis réellement sans toujours m'hyperadapter aux autres. Je reste tout de même persuadée que c'est faisable, surtout quand je me sais si bien accompagnée et entourée.

Ma réalité face à la théorie:

En commençant ce travail, je ne pensais pas trouver beaucoup de données permettant d'illustrer et d'expliquer ce lien entre les émotions et les TCA, pourtant, j'ai été très étonnée du résultat de mes explorations dans les bases de données. En effet, je vous ai présenté les modèles, les études, et les recherches me paraissant les plus importantes, mais il en existe encore d'avantage. J'ai également été surprise de voir comme certaines informations ou résultats de recherches « résonnaient » en moi, et je pense en effet que certains liens entre la théorie et ma réalité ressortent assez facilement.

Si je reprends le *modèle à 5 voies* de Michael Macht (2008), on a pu constater que les émotions affectent l'alimentation de diverses manières, que ce soit en augmentant ou en diminuant les apports alimentaires, tout comme en contrôlant les choix alimentaires. Ce qui est intéressant en comparaison à ma réalité, c'est qu'il est démontré que tout le monde peut être concerné, c'est-à-dire autant les personnes avec des habitudes alimentaires « normales », que celles avec des habitudes alimentaires de type restrictions alimentaires ou alimentation émotionnelle. Macht (2008) affirme en effet que les caractéristiques des émotions jouent un rôle majeur dans les changements d'habitudes et de comportements alimentaires d'une personne, et cela sans pour autant qu'il y ait de TCA défini. Dans ce modèle, on retrouve également le rôle que peuvent jouer les émotions sur le contrôle cognitif de l'alimentation, ainsi que le rôle de la régulation émotionnelle au travers de l'alimentation. Dans mon parcours, ces deux aspects ressortent aussi, notamment en ce qui concerne le processus de régulation émotionnelle, mais ils seront encore mieux expliqués dans le *modèle de la fuite*, le *modèle des limites* ou encore la *théorie du processus ironique*.

En effet, dans le *modèle de la fuite* il est bien expliqué en quoi les TCA, principalement la boulimie et l'hyperphagie, sont des moyens utilisés par la personne qui en souffre pour fuir ses émotions négatives et la conscience de soi. A l'aide de mon témoignage, j'ai expliqué que c'est exactement ce que je ressentais lorsque je faisais mes crises de boulimie. J'ai été impressionnée de voir à quel point je me suis reconnue dans ce modèle, car lors d'une crise de

boulimie, je ressentais effectivement une déconnexion suite à une désinhibition alimentaire. Entre mon vécu et les informations que ce modèle de Heatherton et Baumeister m'a transmis, j'ai pris conscience que les crises de boulimie m'ont bel et bien servi de mécanisme de fuite émotionnelle. Ce dernier amenant inconsciemment une sorte de soulagement, on peut mieux comprendre comment il est possible de tomber dans un cercle vicieux, notamment comme dans mon cas où il y a des difficultés à gérer une hypersensibilité. En effet, pour une personne qui doit faire face à des émotions négatives et qui « connaît » ce mécanisme, avoir recours aux crises va permettre de la soulager temporairement. Cependant, une fois la crise passée, les émotions négatives reviennent ou peuvent même être pires de par la honte et la culpabilité qui accompagnent les crises, et de ce fait, la personne y aura à nouveau recours pour tenter de soulager encore une fois tous ces ressentis désagréables. Dans leur modèle, Heatherton et Baumeister (1991) expliquent également qu'une conscience élevée de soi implique une forte comparaison de soi et des événements par rapport à des normes, alors que si cette conscience est diminuée suite à une désinhibition alimentaire, la comparaison le sera aussi. Dans mon témoignage, on a pu voir l'impact non négligeable de la comparaison, notamment avec la période de confinement suite au Covid-19, et donc là aussi, on peut mieux comprendre l'« utilité » des crises de boulimie et le soulagement qu'elles engendrent. Par ailleurs, les auteurs expliquent qu'il y a des prédispositions ou des traits de personnalités qui ressortent comme ayant un impact sur le développement d'un TCA, et dans mon histoire, on retrouve bel et bien les hauts standards et le perfectionnisme qu'ils décrivent, sans oublier le manque d'estime de soi. Je me suis encore une fois très vite reconnue, et je pense en effet qu'il y peut y avoir un impact considérable de certains traits de personnalité.

La recherche de Qi et Cui (2019) sur le stress démontre également comme ce dernier peut jouer un rôle important sur l'alimentation d'une personne, et comme il peut amener à ce même mécanisme de fuite émotionnelle. Dans mon parcours, j'ai effectivement pu le vivre, et il me suffisait de ressentir rien qu'un minimum de stress pour que je me sente très vite dépassée par mes émotions. Ce dépassement engendrant une angoisse étant pour moi intolérable, il fallait que je la diminue au plus vite et les crises de boulimie étaient le seul moyen que je connaissais, ou du moins le moyen qui devait me sembler le plus rapide et le plus efficace. J'ai en effet pu constater que lorsque je vivais des périodes avec un stress plus intense, le nombre de crises augmentait.

Le modèle des limites apporte une explication intéressante permettant de mieux comprendre ce qui peut se jouer lorsqu'une personne souffrant de TCA se sent dépassée par ses émotions, et qu'elle finit par avoir une alimentation complètement désinhibée. Ce qui m'a marqué avec

ce modèle, c'est que non seulement j'ai pu ressentir les limites qui y sont décrites, mais que concernant celles de la faim et de la satiété, je ne les ressentais plus à certains moments dans mon parcours. En effet, quand les TCA étaient très présents chez moi, les limites de la faim et de la satiété étaient quasiment inexistantes, alors qu'à l'inverse, la limite du régime alimentaire était bel et bien là. Je me suis aussi beaucoup reconnue, car tant que je restais dans les limites de ce que je m'autorisais il n'y avait pas de problème, mais du moment que je les dépassais, même juste d'une pâte ou même d'un grain de riz, je lâchais complètement prise. C'est assez impressionnant de voir à quel point il suffisait d'un rien pour que je ne puisse plus accepter de le garder en moi. Je savais qu'à la seconde même où je prenais la bouchée de trop, ça finirait aux toilettes, probablement aussi car cela était un signe d'échec pour moi. N'ayant jamais supporté l'échec, je comprends mieux qu'émotionnellement cela engendrait de forts ressentis négatifs. Encore aujourd'hui, je dois parfois me faire violence pour accepter l'impression d'avoir trop mangé, mais surtout pour accepter de ne plus avoir recours aux vomissements pour me « soulager » de ce que ce dépassement me fait vivre. Ça ne se verra pas forcément, mais je peux vivre de grosses luttes internes tel un bras de fer entre la partie malade et la partie saine en moi. A l'époque, ce bras de fer n'avait pas lieu d'être étant donné que la partie malade était omniprésente et beaucoup trop forte en comparaison à la partie saine. Aujourd'hui, je pense que s'il y a cette lutte en moi, c'est en soi le signe que je vais mieux. On retrouve aussi l'impact du stress dans ce modèle, car le dépassement de la limite du régime engendrait chez moi comme un stress interne, et ce dernier venait s'ajouter à tout le stress que je pouvais constamment ressentir quand au fait de réussir à contrôler mon alimentation et surtout maintenir mes restrictions. La désinhibition alimentaire m'apportait un soulagement temporaire vu que je me sentais comme déconnectée, mais accepter de garder en moi tout ce que j'avais mangé était encore plus insupportable que le stress ressenti une fois la limite dépassée, et donc ce n'était même pas une option. Je ressentais un « trop plein » émotionnel que je ne pouvais absolument plus garder en moi, et le parallèle avec le fait d'aller se faire vomir parle de lui-même.

On arrive encore mieux à comprendre le *modèle des limites* grâce à la *théorie du processus ironique* de Wegner (1994), ainsi qu'à la recherche de Ferrell, Watford et Braden (2020) sur le rôle de la mémoire de travail dans l'alimentation émotionnelle. Les résultats démontrent en effet que la suralimentation peut être impactée par des facteurs cognitifs, notamment les capacités cognitives telles que la mémoire de travail et les capacités attentionnelles. Comme nous avons pu le voir avec le syndrome de la restriction cognitive, les restrictions demandent une forte capacité attentionnelle, notamment sur tout ce qui peut être des stimuli alimentaires,

et elles engendrent une inhibition volontaire des signaux de faim. Il a également été démontré que le revers de cette dernière est vite arrivé, et en effet, une désinhibition alimentaire peut être le fruit d'un rétrécissement cognitif amenant à la réduction des capacités d'attention et donc à des difficultés pour maintenir les restrictions alimentaires. De par ces difficultés, il n'est pas étonnant qu'il suffise d'une distraction en plus pour que les capacités cognitives d'une personne ayant recours à la restriction alimentaire soient dépassées, et que comme le démontre *la théorie du processus ironique*, le contraire de ce qu'elle souhaite se produise, c'est-à-dire la suralimentation. J'ai en effet pu expérimenter par moment qu'il me suffisait d'un rien pour que je me sente envahie et dépassée par les événements, et là aussi, j'avais le réflexe de recourir au plus vite à une crise de boulimie pour « calmer » mon état d'anxiété ou toute sensation trop désagréable. Parfois, j'ai vraiment eu peur de ne pas pouvoir retrouver une vie « normale », car mon combat me prenait une telle énergie et je me sentais si vite dépassée lorsque j'avais trop de choses à gérer, quand bien même j'étais « seulement » à 50 %, que je me disais qu'il ne me serait jamais possible d'assumer ma maladie, un travail et en plus une vie de famille. L'impact de la restriction cognitive sur les capacités cognitives d'une personne est réel, et il a également été démontré qu'une mauvaise stratégie de régulation émotionnelle comme l'alimentation émotionnelle peut aussi impacter les capacités mnésiques d'une personne. J'ai en effet expliqué à plusieurs reprises que j'ai oublié beaucoup de choses de mon passé, et au début je ne comprenais pas comment cela était possible, mais grâce à ces informations on peut mieux comprendre les mécanismes pouvant expliquer ces oublis.

En ce qui concerne les données sur le « syndrome de famine », je ne peux pas dire avec certitude que je l'ai vécu, mais je me suis tout de même reconnue sur certains points. Pour rappel, après avoir engendré un soulagement temporaire, le « syndrome de famine » va engendrer une exacerbation des difficultés préexistantes. Je vous ai expliqué que pendant la période où j'ai réussi à perdre beaucoup de poids ne mangeant quasiment plus rien, je me sentais effectivement beaucoup mieux. Mais j'ai également expliqué que ce sentiment n'a tenu qu'un temps, car tout au long de mon parcours j'ai eu des moments où au contraire, c'est comme si ma coupure émotionnelle disparaissait et que je pouvais ressentir une douleur surpassant de loin celle que j'avais ressentie avant la mise en place des restrictions alimentaires. Il a également été démontré que le « syndrome de famine » peut non seulement exacerber les émotions négatives après une première impression d'amélioration, mais il peut également exacerber le manque de flexibilité cognitive. Depuis petite, j'ai eu des comportements pouvant me faire penser à des TOC, mais il est vrai qu'une fois que j'ai développé des TCA, il y a eu des jours où j'étais comme soumise à des compulsions de

nettoyage assez fortes, plus fortes de ce que j'avais connu avant les TCA. Je pense qu'il y a vraiment un désir de reprise de contrôle qui se cache derrière ces TOC, car la plupart du temps, j'avais ces comportements juste après avoir eu une crise de boulimie, ces dernières étant perçues comme une perte de contrôle totale.

Pour ce qui est des données sur la confusion entre la faim et les émotions, l'alexithymie et l'intelligence émotionnelle, il est bien démontré qu'une personne souffrant de TCA a des difficultés à traiter et à utiliser les informations tant émotionnelles que corporelles. Ces difficultés peuvent expliquer la confusion possible entre la faim et les émotions, ces dernières étant toutes les deux difficilement identifiables de par une forme d'anesthésie des ressentis tant corporels qu'émotionnels. Me concernant, j'ai vraiment pu vivre cette anesthésie, et j'ai surtout pu constater à quel point elle peut être difficile à atténuer. Les études sur l'alexithymie et l'intelligence émotionnelle mettent bien en avant les difficultés que peuvent avoir les personnes souffrant de TCA en ce qui concerne l'identification, la reconnaissance et l'expression des émotions, mais elles ont également expliqué qu'il existe plusieurs sortes d'alexithymie possible. Dans mon cas, je pense que j'ai développé une alexithymie secondaire, et que cette dernière a bel et bien été un mécanisme de défense me permettant de faire face à toutes sensations et émotions désagréables. Jouanne (2006) parle même d'un processus adaptatif, et comme je vous l'ai expliqué, avec le temps j'ai pu comprendre « l'utilité » qu'ont eu les TCA à un moment donné dans ma vie, et je pense en effet que je me suis inconsciemment adaptée comme je le pouvais.

L'étude qualitative de Kyriacou, Easter et Tchanturia (2009) m'a passablement marquée, car je me suis reconnue dans absolument toutes les grandes difficultés qu'ils ont identifiées en ce qui concerne la cognition sociale et les émotions. Ils décrivent premièrement des difficultés émotionnelles chez les personnes atteintes d'anorexie, et en effet, on a bien vu dans mon histoire que j'ai eu de grosses difficultés à identifier, reconnaître et étiqueter mes émotions. Ils décrivent aussi chez ces personnes une perception potentiellement accrue des émotions des autres, mais ils ne savent pas si cela vient vraiment d'une meilleure compréhension et reconnaissance des émotions des autres, ou si cela vient plutôt du fait qu'elles sont extrêmement attentives aux attentes et aux regards des autres et qu'elles feront tous pour être appréciées et paraître les plus « parfaites ». J'ai moi même vécu de nombreuses années en m'hyperadaptant constamment à mon entourage, et il fallait effectivement que je sois la plus appréciée et parfaite possible. Néanmoins, il me semble que cela a toujours été le cas, et cela avant même que je souffre de TCA. De plus, avant ma perte de poids et l'anesthésie émotionnelle qui a suivi, je me souviens que je pouvais effectivement ressentir très fortement

les émotions des autres, probablement de part mon hypersensibilité. A mon sens, cette impression de perception accrue des émotions des autres est plus due à des traits de personnalité ou des mécanismes mis en place depuis l'enfance, qu'à une conséquence des TCA.

Les auteurs mettent ensuite en avant l'intolérance aux émotions négatives et intenses que peut avoir une personne souffrant d'anorexie, et il est vrai que je ne pouvais vraiment pas tolérer certaines émotions, notamment la tristesse et la colère. Aujourd'hui encore, à chaque fois qu'un symptôme de TCA flambe chez moi, c'est qu'il s'y cache derrière des émotions négatives trop fortes que je n'arrive pas à gérer et diminuer autrement. On retrouve aussi la notion d'évitement émotionnel, et les participants de cette recherche perçoivent les TCA comme étant un moyen de contrôler les émotions en les canalisant. Comme décrit précédemment, je pense effectivement que « mes » TCA ont été un mécanisme inadapté mis en place pour réguler mes émotions, et ils ont bel et bien engendré un « engourdissement émotionnel » comme décrit par ces auteurs. L'impact des croyances négatives sur les émotions a été mis en avant, notamment en ce qui concerne leur expression. J'ai en effet toujours perçu l'expression des émotions comme un signe de faiblesse et de vulnérabilité, et ce qui est impressionnant, c'est que même après toutes ces années de travail personnel, il m'arrive encore maintenant de m'en vouloir si je pleure ou me mets en colère. C'est comme si c'était ancré en moi que si je pleure, cela revient à montrer que je suis faible.

Dans cette recherche, ils mettent également en avant les oscillations que peuvent vivre les personnes souffrant de TCA quant à l'expérience et l'expression de leurs émotions. Ayant pu le vivre, passer d'une coupure émotionnelle à une connexion intense avec ses émotions, ce n'est vraiment pas quelque chose de facile à vivre. J'ai vraiment pu passer de l'un à l'autre en quelques secondes et vice versa. De plus, j'ai également dû faire un gros travail sur mes pensées, ces dernières étant effectivement dichotomiques comme ils le décrivent dans cette recherche. Tout était noir ou tout était blanc, et la nuance ne faisait pas partie de mon vocabulaire. J'ai dû apprendre à m'assouplir avec le temps, et ce fut un réel travail.

Les relations interpersonnelles ressortent comme étant fortement impactée par la maladie, et je pense l'avoir assez décrit dans ma réalité, mais il est vrai qu'il est difficile de vraiment se rendre compte de ce que peuvent vivre les proches et l'entourage d'une personne souffrant de TCA. Je suis consciente que ça n'a pas dû être facile pour eux, et qu'encore aujourd'hui ça peut être difficile par moment, mais je ne pense pas avoir réellement pu me rendre compte de l'ampleur de cet impact, car je ne m'en remettrais pas de par la culpabilité que cela engendrait chez moi. Dans cette recherche, il existe certaines divergences quant à un éventuel manque

d'empathie chez les personnes souffrant d'anorexie. Personnellement je ne crois pas avoir ressenti ce manque, et contrairement à ce qui est décrit pour certains dans cette recherche, j'ai toujours été consciente des conséquences que pouvait avoir la maladie sur ma famille. Cependant, je pense qu'il est important de souligner que les conséquences n'ont étonnamment pas été que négatives. En effet, la maladie m'a amené à débiter un gros travail personnel, et ce dernier m'a aidé à mieux comprendre et repérer certains dysfonctionnements tant personnels que familiaux. En travaillant sur moi, j'ai également été amenée à faire bouger beaucoup de choses dans ma famille, car je pense qu'en partageant mes doutes, mes questionnements, et tout simplement ce que je vivais, ma famille a aussi commencé, consciemment ou non, à se poser certaines questions et à vouloir travailler sur certains points. Aujourd'hui nous avons énormément amélioré nos capacités de communication, et cela même en ce qui concerne nos émotions. Bien que certains mécanismes restent fortement ancrés, j'ai l'impression que nous sommes tous beaucoup plus proches, et je pense sincèrement que ce qui ne nous a pas tué, nous a rendu plus fort que jamais.

Contre toute attente, la théorie m'a vraiment apporté une meilleure compréhension de certains mécanismes qui ont pu se jouer en moi, et au final, on retrouve dans tous ces résultats la mise en place d'une mauvaise stratégie de régulation émotionnelle. Bien que cette dernière soit temporairement efficace, elle reste néanmoins inadaptée, malsaine, voire même dangereuse sur le long terme. Cependant, il est important de prendre conscience que les informations que nous apportent les divers modèles, études et recherches se concentrent la plupart du temps sur un aspect spécifique des TCA ou de leur lien avec les émotions. En réalité, la compréhension et surtout le traitement des TCA demandent la prise en compte de connaissances générales, et non pas s'arrêtant sur un seul aspect de la maladie. Comme le démontre mon parcours, il n'y a pas eu une seule et unique cause au développement de « mes » TCA. Prendre en compte la globalité des informations concernant une personne souffrant de TCA, que ce soit son histoire personnelle, son histoire familiale, ou tout simplement son individualité, est un impératif. De ce fait, il peut être important, voire nécessaire, de réussir à se détacher de la théorie afin de pouvoir faire face à la réalité de chaque individu.

J'avoue avoir été surprise, car quand je vois qu'il y a encore un manque de reconnaissance ou de connaissance tout court en ce qui concerne les TCA et leur traitement, je pensais récolter plus d'informations me paraissant erronées. Étonnamment, ce fut le contraire, car en effet je me suis beaucoup retrouvée dans toutes ces informations, et certains liens entre ce que j'ai

vécu et ce que j'ai lu ont été plus qu'évidents. De ce fait, je ne peux que m'interroger sur ce manque de reconnaissance encore trop présent, ainsi que sur le nombre de professionnels n'étant pas assez formés sur la compréhension, les diverses prises en charge et les traitements des TCA. Est-ce réellement un manque de connaissance ? Ou est-ce que cela provient plutôt d'un manque de transmission des informations ? Ou alors, est-ce qu'il n'y aurait pas la mise en cause d'une mauvaise volonté, les stéréotypes et les croyances étant plus forts que la réalité ? Je n'ai pas de réponses à donner, mais je pense qu'il serait temps et important de se pencher sur la question.

Discussion :

Ce mémoire de Master me tenait très à cœur, car avec le temps j'ai compris que les émotions, principalement leur régulation, ont joué un rôle important dans mon histoire et « mes » TCA. C'est la raison pour laquelle j'ai eu envie d'investiguer plus en profondeur ce lien entre les émotions et les TCA, et je voulais surtout mieux comprendre les mécanismes pouvant se « cacher » derrière ces troubles. Partager mon histoire me semblait également important, car la théorie ne correspond pas toujours à la réalité.

Ce travail fut donc très intéressant pour moi, je dirais autant sur le plan personnel que sur un futur plan professionnel. Sur *le plan personnel*, grâce à ce travail, j'ai pu mettre encore plus de sens au développement et à l'évolution de « mes » TCA, et j'ai pu confirmer que les émotions et leur régulation ont joué un rôle très important. Vivant depuis quelques années une réouverture émotionnelle, j'étais déjà consciente de certains mécanismes, mais pouvoir en avoir une confirmation scientifique et avec des exemples concrets et des modèles qui rendent compte de certains processus fut extrêmement enrichissant.

J'ai aussi pu constater un changement entre la rédaction de mon travail de Bachelor et ce mémoire, car j'ai témoigné de mon expérience dans tous les deux. Lors de la rédaction de ce travail de Master, j'ai senti qu'il m'était plus difficile de raconter mon histoire. Je pense que cela est dû au fait qu'aujourd'hui je suis bien plus connectée à mes émotions, et donc que certaines traces émotionnelles des événements de mon passé étaient beaucoup plus présentes. J'ai ressenti de la peine et de la colère lors de la rédaction de certains passages, et bien que ça va mieux, ces émotions peuvent rester difficiles à gérer selon leur intensité. J'ai dû faire un travail de distanciation pour pouvoir me refocaliser sur mon objectif final, c'est-à-dire la rédaction de ce mémoire. Je ne le regrette absolument pas, car cela m'a aussi permis de pouvoir contempler mon évolution et le chemin parcouru. Témoigner n'est pas facile, mais ça peut beaucoup apporter du moment qu'il y a un accompagnement et que la personne qui le fait se sent en sécurité.

Sur *le plan professionnel*, en tant qu'étudiante en psychologie et donc future psychologue, j'ai pu constater que toutes les hypothèses émises au cours de ma psychothérapie personnelle se sont avérées être appuyées par la théorie. De ce fait, je pense avoir encore mieux compris l'impact que peut avoir un/e psychologue sur l'évolution positive d'une personne et sur sa santé. J'ai également pu témoigner de l'impact qu'a eu la thérapie avec le cheval sur mon parcours, et je pense que cette thérapie peut en effet s'avérer extrêmement prometteuse en ce qui concerne le traitement des TCA.

De plus, grâce à ce travail, j'ai pu connaître de nouvelles perspectives de traitements et de prises en charge des TCA, notamment avec l'importance de prendre en compte tant bien les facteurs cognitifs qu'émotionnels, et cela de manière conjointe. L'outil dénommé CREST qui a été présenté dans la recherche qualitative de Kyriacou, Easter et Tchanturia, semble justement permettre l'amélioration du traitement émotionnel et cognitif d'une personne souffrant de TCA, et de ce fait, je pense qu'il serait intéressant d'approfondir les connaissances quant à son efficacité. La théorie a également mis en avant l'importance de travailler sur certains facteurs comme les standards élevés et les croyances d'une personne souffrant de TCA, ainsi que sur le perfectionnisme, l'estime de soi, et l'acceptation de soi. Il faut aussi souligner qu'une thérapie familiale peut se voir être très utile, et cela autant pour la personne malade que pour les autres membres de sa famille. Par ailleurs, il ressort que les interventions cliniques devraient également se focaliser sur la conscience émotionnelle des personnes atteintes de TCA, car comme démontré avec les études sur l'alexithymie, un manque de conscience émotionnelle peut engendrer de multiples difficultés. Nous avons en effet pu voir que les émotions peuvent prendre une place importante dans le développement, le maintien, ainsi que le traitement des TCA, et donc il est impératif d'en prendre davantage conscience, notamment les professionnels de la santé.

Il existe encore une autre thérapie qui me semble très prometteuse en ce qui concerne le traitement des émotions, et donc potentiellement des TCA. Cette thérapie s'appelle l'EFT (Emotion-Focus Therapy), et son intervention regroupe certains aspects décrits ci-dessus. Cette thérapie n'a pas été présentée dans la théorie car je n'ai pas trouvé de données l'associant spécifiquement aux TCA, mais je pense vraiment qu'elle pourrait conduire à des résultats positifs en ce qui concerne l'évolution d'un TCA. En effet, l'EFT aide les personnes « à mieux identifier, vivre, explorer, donner un sens à leurs émotions, les transformer et les gérer avec souplesse. En conséquence, les personnes deviennent plus habiles à accéder aux informations et significations importantes sur eux-mêmes et leur monde que les émotions contiennent, ainsi qu'à utiliser ces informations pour vivre de manière vitale et adaptée » (Greenberg, 2010, p.1). Elle ressort comme étant une approche pratique et efficace, qui était au début plutôt appliquée à la thérapie de couple, mais suite à l'évolution de la compréhension du rôle que jouent les émotions dans le fonctionnement humain et dans tous processus thérapeutiques, elle s'est vue convenir tout autant aux thérapies individuelles. Dans l'EFT, l'émotion est considérée comme « un élément central dans l'expérience de soi, dans le fonctionnement adaptatif et inadapté, et dans le processus de changement thérapeutique » (Greenberg, 2010, p.1), néanmoins, cette thérapie reconnaît que la cognition et l'émotion sont

fortement liés, la création de sens étant également très importante. Selon cette approche, notre expérience est organisée par des schémas émotionnels internes et implicites, et ces derniers servent de base à « l'organisation de soi, y compris la conscience, l'action et l'identité » (Greenberg et Paivio, 1997 ; Greenberg et al., 1993, in Greenberg, 2010, p.2). C'est lorsque ces schémas émotionnels deviennent inadaptés, notamment suite à un traumatisme ou un manque de symbolisation dans la conscience, que des dysfonctionnements se produisent. Le mécanisme central de changement dans l'EFT, c'est donc le traitement émotionnel et la création de sens qui en émerge, et ce changement se produit par « la prise de conscience, l'expression, la régulation, la réflexion, la transformation des émotions et l'expérience émotionnelle corrective dans le contexte d'une relation empathique qui facilite ces processus » (Greenberg, 2010, p.2).

Dans mon parcours, j'ai malheureusement été confrontée à un certain nombre d'incapacité ou un manque évident de formation et de connaissance dans le monde professionnel, alors j'apprécie particulièrement l'idée que tout ce travail va me permettre d'acquérir de précieux outils quant à ma future pratique en tant que psychologue, que ce soit pour aider des personnes souffrant de TCA, ou toute autre personne en souffrance.

Conclusion :

Grâce à ce travail, que ce soit la partie théorique ou la partie témoignage, nous avons pu nous rendre compte que les TCA sont d'une énorme complexité, mais surtout que ce sont vraiment des maladies dangereuses, perverses et dont l'impact psychique et physique est indéniable. Je pense qu'aujourd'hui nous avons assez de recul pour ne plus nous arrêter au stéréotype d'un caprice de jeune fille désirant juste ressembler aux modèles dans les magasins. Il est inacceptable que ces maladies ne soient toujours pas plus prises au sérieux, notamment en ce qui concerne les professionnels de la santé. En effet, il y a encore bien trop de professionnels qui n'ont pas conscience de l'ampleur de l'impact qu'un TCA peut avoir sur la vie d'une personne, et cela notamment en ce qui concerne les TCAA.

Mes symptômes ne collant plus aux diagnostics stricts d'anorexie ou de boulimie, mais étant quand même bien présents et impactant, je me rends compte que les TCAA devraient faire l'objet de bien plus de recherches. Je suis persuadée que le nombre de personnes qui en souffrent est plus important qu'on ne le pense, et on pourrait même tous être étonnés de la réalité du phénomène. Les symptômes ont beau ne pas être ceux pouvant conduire à un diagnostic de TCA « typique », vivre tous les jours avec ces troubles reste une épreuve extrêmement difficile et quotidienne, sans parler des conséquences qui peuvent être très graves si cela dure sur le long terme et qu'aucune prise en charge n'est initiée ou continuée.

Le traitement des TCA et la prise en charge des personnes qui en souffrent sont aussi très complexes, car il faut pouvoir travailler sur plusieurs axes différents. En effet, il faut que la personne atteinte retrouve progressivement une alimentation saine et équilibrée, mais pour ce faire, elle va devoir réapprendre à manger les quantités qui lui sont adaptées, et surtout retrouver des repères alimentaires. Avec cela, elle devra aussi retrouver des repères corporels, et apprendre à accepter son corps tel qu'il est sensé être sans la maladie. Cela peut être passablement compliqué, car si je reprends mon exemple, je suis tombée malade à l'adolescence, et aujourd'hui je retrouve un corps « sain », mais ce dernier est celui d'une femme et non plus celui d'une jeune fille. Je dois donc non seulement accepter ma nouvelle image corporelle, mais également accepter qu'elle ne peut plus être identique à celle que j'ai eu et qui me plaisait avant de tomber malade, car à ce moment-là, mon corps était celui d'une adolescente et non d'une adulte.

La société joue un rôle majeur, car retrouver des repères tant alimentaires que corporels est déjà une épreuve en soi, mais si en plus la société véhicule sans cesse des repères complètement irréalistes et potentiellement dangereux à atteindre, le combat sera encore plus

dur. Il serait donc temps que cette société prenne conscience de son impact, et que l'économie ne prenne plus l'avantage sur la santé de la population.

En plus de tout ce travail sur un retour à des repères sains et adaptés, il faut impérativement faire tout un travail sur les raisons ayant conduit une personne à développer un TCA, et c'est ici qu'une psychothérapie peut s'avérer des plus efficaces. Comme vu précédemment, cette dernière peut sans autre se voir accompagnée d'un travail encore plus poussé en ayant recours à la thérapie avec le cheval, à une thérapie familiale, ou pourquoi pas à une thérapie basée sur les émotions si cela semble adapté.

Personnellement, un travail sur les émotions et leur régulation a été et reste primordial, mais je pense vraiment que prendre en compte les émotions dans tout traitement de TCA peut s'avérer utile à un moment où un autre. Néanmoins, une personne souffrant de TCA doit vraiment trouver ce qui lui convient le mieux, car nous sommes tous différents, et une thérapie adaptée pour une personne ne le sera pas forcément pour une autre, d'où la complexité de ces troubles. Cependant, il est important de prendre conscience qu'une évolution positive est bel et bien possible pour toute personne souffrant de TCA, tout comme une guérison totale.

En ce qui me concerne, me voilà 10 ans plus tard, toujours en train de me battre. Néanmoins, je sais aujourd'hui qu'il y a une raison à cela, et qu'au final, la vie est extrêmement bien faite si on lui laisse le temps de s'expliquer. Je n'ai pas développé des TCA sans aucune raison, et certaines choses ne sont pas arrivées dans ma vie par hasard ou par mal chance. Evidemment sur le moment il est difficile, voire impossible de le voir, mais je pense que toute expérience à un côté positif et un côté négatif. L'expression : « ce qui ne tue pas, rend plus fort », est juste une phrase connue pour certains, alors que personnellement, je pense plutôt qu'elle est profondément vraie. Quand je me revois en pleine dépression, le négatif avait pris le dessus sur tout et ce fut vraiment un entraînement quotidien de chercher à trouver où se cachait le positif et les solutions, mais aujourd'hui je suis convaincue qu'il y en a toujours. Certes, ça ne sera pas forcément celle que nous pensions ou pas toujours la solution la plus simple, mais il y en a une j'en suis sûre. Un grand artiste que j'ai eu la chance de rencontrer et pour qui j'ai un grand respect a écrit un jour une chanson dénommée : « Tout a un sens », et qui résume bien ma façon de penser, notamment avec les couplets suivants :

« Dans chaque épreuve que l'on traverse, il y a forcément un sens caché, un tas de choses à apprendre, et chaque larme abrite l'évidence, mais souvent pour le comprendre, il faut quelques années de prise de distance. Il faut laisser le temps aux blessures, un jour elles se mettent à parler, elles viennent te voir, et te racontent ta vie comme tu la voyais. Tes cicatrices sont les témoins des chemins qu'elles t'ont fait prendre, tes marques de fabrication, une sorte de bouclier dans ce monde étrange. »

(...)

« Je cherche mes réponses. J'avoue que des fois j'ai pu penser le pire, mais je me plais à croire qu'un jour tout cela pourra s'expliquer, j'en comprendrai le sens même si ce n'est pas dans cette vie. »

(Scylla)

Cette philosophie je ne l'ai pas acquise du jour au lendemain comme vous pouvez vous en douter, mais je sais que je n'aurais pas pu en arriver là sans l'aide précieuse de ma psychologue et de mon infirmière spécialisée. Je sais aussi qu'un suivi qui se passe mal peut tout changer, car comme expliqué avant, je ne suis pas toujours tombée sur des professionnels compétents, et les conséquences peuvent être importantes, si ce n'est graves. J'insiste sur ce point, car quand je repense à l'image que j'avais du métier de psychologue il y a 10 ans, parfois j'avoue être encore étonnée de finir tant convaincue de l'utilité et de la beauté de ce métier. C'est loin d'être un métier évident, j'avais beau être du côté des patients, j'ai vu tout le travail que ma psychologue a accompli, mais quand je vois le résultat, je ne peux que me réjouir de pouvoir à mon tour exercer ce métier et accompagner au mieux des personnes en difficulté.

Chaque combat est individuel et personnel, mon histoire ne sera jamais la même que celle d'une autre personne, mais si mon parcours a pu m'apporter la conviction des bienfaits de ce métier, je pense que c'est un beau cadeau et une motivation à garder précieusement pour mon futur professionnel. Une phrase que j'avais déjà écrite dans mon travail de Bachelor résume si bien ces 10 années d'évolution : « j'ai passé de la jeune fille qui ne pouvait pas envisager d'aller chez une psychologue, à la femme qui désire en devenir une... ».

Comme avec ce premier travail, j'espère sincèrement qu'à l'aide de ce mémoire et de mon témoignage je vais pouvoir aider rien qu'une personne à mieux comprendre ce que sont les TCA, et surtout l'importance de continuer à améliorer les connaissances et augmenter les prises de conscience quant à leur complexité, leur gravité et leur prise en charge, notamment en prenant plus en compte leurs liens aux émotions.

Bibliographie :

Ma recherche bibliographique a commencé à tâtonnement, ne sachant pas exactement quelles informations j'allais ou voulais trouver. Je suis principalement allée sur Google Scholar et PubMed, mais je suis également allée sur le site de la bibliothèque cantonale universitaire (BCU) ou encore sur Serval. En plus des sites internet, j'ai également lu plusieurs livres, ces derniers m'ayant été présentés dans des cours ou m'ayant été suggérés. Premièrement, j'ai lu les livres, puis j'ai lu des articles portant sur le sujet des émotions, des TCA ou de leur(s) lien(s), et petit à petit un article m'a conduit à un autre, puis un autre etc... Plus j'avais dans mes lectures, plus le fil rouge de mon travail commençait à se dessiner. J'ai tout de même rencontré certaines difficultés, notamment pour avoir accès à certains articles car l'accès m'était refusé ou alors il était payant. Il est étonnant, et à mon sens insensé, de voir que des universités ont des accès à certaines bases de données, alors que d'autres n'y ont pas accès. La fermeture de la bibliothèque durant le Covid-19 m'a également empêché d'avoir accès à certaines thèses ou données qu'il aurait été intéressant de pouvoir consulter pour ce travail. Néanmoins, avec cette bibliographie, il me semble avoir eu les informations nécessaires à la bonne réalisation de ce travail.

Références primaires :

Aimé, A., Cyr, C., Ricard, M.-M., Guèvremont, G., & Bournival, C. (2016). Alexithymie et psychopathologie chez des femmes qui consultent pour des problèmes d'alimentation. *Revue québécoise de psychologie*, 37 (1), 115-131. doi: 10.7202/1040106ar

Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality. Vol. I. Psychological aspects*. New York: Columbia University Press.

Auguste, S. (2016). Le rôle des acides gras oméga-3 sur la balance énergétique, la régulation de l'appétit, l'état émotionnel et l'implication du récepteur GPR120. [Thèse de doctorat]. Montréal: Université de Montréal.

Beadle, J. N., Paradiso, S., Salerno, A., & McCormick, L. M. (2013). Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa. *Annals of Clinical Psychiatry: official*

journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists, 25(2), 107-120. PMID: PMC3880788

Bélanger, J. (1978). Images et réalités du behaviorisme. *Philosophiques*, 5 (1), 3-110. doi: 10.7202/203085ar

Bertrand, A., Bélanger, C., & O'Connor, K. (2011). Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif: facteurs communs. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 149-179. doi: 10.7202/1005819ar

Boon, B., Stroebe, W., Schut, H., & Jntema, R. (2002). Ironic processes in the eating behaviour of restrained eaters. *British Journal of Health Psychology*, 7(1), 1-10. doi: 10.1348/135910702169303

Bruch, H. (1969). Hunger and instinct. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149(2), 91-114. doi: 10.1097/00005053-196908000-00002

Bühren, K., Schwarte, R., Fluck, F., Timmesfeld, N., Krei, M., Egberts, K., Pfeiffer, E., Fleischhaker, C., Wewetzer, C., & Herpertz-Dahlmann, B. (2014). Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 22(1), 39-44. doi: 10.1002/erv.2254

Cannon, W.B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. New York: Appleton.

Christensen, L. (1993). Effects of eating behavior on mood: A review of the littérature. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 171-183. doi: 10.1002/1098-108X(199309)14:2<171::AID-EAT2260140207>3.0.CO ;2-U

Coppin, G., & Sander, D. (2010). *Théories et concepts contemporains en psychologie de l'émotion*. In C. Pelachaud (2010). *Systèmes d'interaction émotionnelle*. Paris: Hermès Science publications-Lavoisier. Repéré à : <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:34368>

Crosby, S. S., Apovian, C. M., & Grodin, M. A. (2007). Greves de la faim, alimentation forcee et responsabilites des medecins. *JAMA-français*, 298(5), 563-566.

- Darwin, C. (1872). *The expression of emotions in man and animals*. London: John Murray.
- Diasio, N. (2014). Alimentation, corps et transmission familiale à l'adolescence. *Recherches familiales*, 11(1), 31-41. doi:10.3917/rf.011.0031.
- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour research and therapy*, 43(6), 691-701. doi: 10.1016/j.brat.2004.06.011
- Fairburn, C. G., & Wilson, G. (1993). *Binge eating. Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Fehr, B., & Russell, J. A. (1984). Concept of emotion viewed from a prototype perspective. *Journal of Experimental Psychology: General*, 113(3), 464-486. doi: 10. 1037/0096-3445.113.3.464
- Ferrell, E. L., Watford, T. S., & Braden, A. (2020). Emotion regulation difficulties and impaired working memory interact to predict boredom emotional eating. *Appetite*, 144, 104450. doi: 10.1016/j.appet.2019.104450
- Gagné, L. (2011). *Anorexie et boulimie : stress, facteurs génétiques et biologiques en cause*. Repéré à https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Nouvelles/Fiche.aspx?doc=anorexie-et-boulimie-stress-facteurs-genetiques-biologiques_20110120
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1987). *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Getz, N. (2012). *A fleur de peau. Anorexie, boulimie, troubles du comportement alimentaire. Mieux comprendre pour mieux agir*. Suisse: Association Boulimie Anorexie.
- Godart, N., Perdereau, F. & Jeammet, P. (2004). Données épidémiologiques : boulimie chez l'adolescent. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 17(7), 366-369. doi: 10.1016/j.jpp.2004.06.004

Godart, N.T., Perdereau, F., Jeammet, P., & Flament, M.F. (2003). Comorbidité et chronologie d'apparition des troubles anxieux dans les troubles du comportement alimentaire. *Annales médico-psychologiques*, 161(7), 498-503. doi: 10.1016/S0003-4487(03)00029-5

Grall-Bronnec, M., Guillou-Landreat, M., & Vénisse, J. L. (2007). Aspects sémiologiques de l'anorexie mentale. *Nutrition clinique et métabolisme*, 21(4), 151-154. doi: 10.1016/j.nupar.2007.10.004

Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: an overview. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*, 4(33), 1-12.

Grigioni, S., & Déchelotte, P. (2012). Épidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire. *Médecine & Nutrition*, 48(1), 28-32. doi: 10.1051/mnut/201248102

Grigioni, S., Garcia, F. D., & Déchelotte, P. (2012). Sémiologie et classification des troubles du comportement alimentaire: Eating disorders: Semiology and classification. *Médecine des maladies métaboliques*, 6(2), 125-130. doi: 10.1016/S1957-2557(12)70373-5

Guilbaud, O., Berthoz, S., de Tournemire, R., & Corcos, M. (2003). Approche clinique et biologique des troubles des conduites alimentaires. *Annales médico-psychologiques*, 161(8), 634-639. doi: 10.1016/j.amp.2003.08.008

Hambrook, D., Brown, G., Tchanturia, K. (2012). Emotional intelligence in anorexia nervosa: Is anxiety a missing piece of the puzzle?. *Psychiatry research*, 200(1), 12-19. doi: 10.1016/j.psychres.2012.05.017

Hatch, A., Madden, S., Kohn, M., Clarke, S., Touyz, S., & Williams, L. M. (2010). Anorexia Nervosa: Towards An Integrative Neuroscience Model. *European Eating Disorder Review*, 18(3), 165-79. doi: 10.1002/erv.974

Heatherton, T.F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108. doi: 10.1037/0033-2909.110.1.86

Herman, C. P., Polivy, J., Lank, C. N., & Heatherton, T. F. (1987). Anxiety, hunger, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 96*(3), 264-269. doi: 10.1037/0021-843X.96.3.264

James, W. (1884). What is emotion?. *Mind, 9*, p.188-205.

Jouanne, C. (2006). L'alexithymie: entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes, 12*(3), 193-209. doi: 10.3917/psyt.123.0193

Kipman, A., Gorwood, P., Mouren-Simeoni, M.C., & Adès, J. (2001). Anorexie mentale et obsession : continuité ou contiguïté ?. *Annales Médico-psychologiques, 159*(8), 560-575. doi: 10.1016/S0003-4487(01)00082-8

Kubzansky, L. D., Park, N., Peterson, C., Vokonas, P., & Sparrow, D. (2011). Healthy psychological functioning and incident coronary heart disease: The importance of self-regulation. *Archives of general psychiatry, 68*(4), 400-408. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.23

Kyriacou, O., Easter, A., & Tchanturia, K. (2009). Comparing views of patients, parents, and clinicians on emotions in anorexia: a qualitative study. *Journal of Health Psychology, 14*(7), 843-854. doi: 10.1177/1359105309340977

Laghi, F., Pompili, S., Zanna, V., Castiglioni, M. C., Criscuolo, M., Chianello, I., Mazzoni, S., & Baiocco, R. (2017). How adolescents with anorexia nervosa and their parents perceive family functioning?. *Journal of health psychology, 22*(2), 197-207. doi: 10.1177/1359105315597055

Le Barzic, M. (2001). Le syndrome de restriction cognitive : de la norme au désordre du comportement alimentaire. *Diabetes & metabolism, 27*(4), 512-516. doi: DM-09-2001-27-4-1262-3636- 101019-ART13

Leclerc, C., Bourassa, B., Picard, F., & Courcy, F. (2011). Du groupe focalisé à la recherche collaborative: avantages, défis et stratégies. *Recherches qualitatives, 29*(3), 145-167.

Liberelle, B. (2008). *Conséquences médicales des pratiques boulimiques*. In Thierry, V. (2008). *La boulimie, une indication pour se perdre*. Toulouse, France: ERES.

Mabe, B. (1987). La dimension sociale et culturelle des pratiques alimentaires. *Hommes & Migrations*, 1105(1), 16-25. doi: 10.3406/homig.1987.1101

Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11. doi : 10.1016/j.appet.2007.07.002

Méquinion, M. (2014). Altérations périphériques et centrales dans un modèle murin de restriction alimentaire chronique : rôle de la ghréline. [Thèse de doctorat]. Lille: Université Lille 2.

Messina, A., Beadle, J. N., & Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia: primary, secondary and organic. *Journal of psychopathology*, 20, 38-49.

Monnier, G. (2011). Dépression, alexithymie et personnalité [Thèse de doctorat]. Limoges: Université de Limoges.

Oriot, D., & Lassaunière, J. M. (2008). Physiopathologie et sémiologie de l'arrêt de nutrition et d'hydratation. *Médecine Palliative: Soins de Support-Accompagnement-Éthique*, 7(6), 310-314. doi: 10.1016/j.medpal.2008.07.016

Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 107-115. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00014-3

Perdereau, F., Godart, N., & Jeammet, P. (2002). Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 50(3), 173-182. doi: 10.1016/S0222-9617(02)00089-2

Qi, W., & Cui, L. (2019). Eat to avoid negative self-awareness: Locus of control and core self-evaluation as serial mediators in the effect of stress on food intake. *Appetite*, 143, 104401. doi: 10.1016/j.appet.2019.104401

Safrano-Adenet, M. B. (2014). Anorexie mentale prépubère et familles: approches génétique et environnementale. Une étude observationnelle auprès d'une cohorte de 17 patientes et de leurs parents. [Thèse de doctorat]. Bordeaux: Université de Bordeaux.

Sander, D., & Scherer, K. (2009). *Traité de psychologie des émotions*. Paris: Dunod.

Schlienger, J. L. (2010). Conséquences pathologiques de l'obésité. *La Presse Médicale*, 39(9), 913-920. doi: 10.1016/j.lpm.2010.04.018

Schmidt, U. & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366. doi: 10.1348/014466505X53902

Steimer, T. (2002). The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues in clinical neuroscience*, 4(3), 231-249. PMID: PMC3181681

Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 45(2), 134-142. doi: 10.1177/070674370004500203

Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., Treasure, J., & Morris, R. (2012). Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PloS one*, 7(1), e28331. doi: 10.1371/journal.pone.0028331

Valls, M., Rousseau, A., & Chabrol, H. (2013). Influence des médias, insatisfaction envers le poids et l'apparence et troubles alimentaires selon le genre. *Psychologie française*, 58, 229-240. doi: 10.1016/j.psfr.2013.06.002

Vust, S. (2012). *Quand l'alimentation pose problème... : ni anorexie ni boulimie : les troubles alimentaires atypiques*. Chêne-Bourg: Médecine et hygiène.

Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological review*, 101(1), 34-52. doi: 10.1037/0033-295x.101.1.34

Yatchinovsky, A. (2018). *L'approche systémique: Pour gérer l'incertitude et la complexité*. Paris: ESF Sciences Humaines

Zysberg, L. (2014). Emotional intelligence, personality, and gender as factors in disordered eating patterns. *Journal of Health Psychology*, 19(8), 1035-1042. doi: 10.1177/1359105313483157

Références secondaires :

Abraham, S. F., & Beumont, P. J. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological medicine*, 12(3), 625-635. doi: 10.1017/s0033291700055732

Agras, W. S., & Robinson, A. H. (2008). Forty years of progress in the treatment of the eating disorders. *Nordic journal of psychiatry*, 62 Suppl 47, 19-24. doi: 10.1080/08039480802315632

Agras, W. S., & Telch, C. F. (1998). The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy*, 29(3), 491-503. doi: 10.1016/S0005-7894(98)80045-2

Alguacil, L. F., Salas, E., & González-Martín, C. (2011). Identification of new drug targets and biomarkers related to obesity and eating disorders: an approach based on reward deficit and addiction. *Current pharmaceutical design*, 17(5), 462-470. doi: 10.2174/138161211795164158

Alpers, G. W., & Tuschen-Caffier, B. (2001). Negative feelings and the desire to eat in bulimia nervosa. *Eating behaviors*, 2(4), 339-352. doi: 10.1016/s1471-0153(01)00040-x

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anand, B. K. (1961). Nervous regulation of food intake. *Physiological reviews*, 41, 677-708. doi: 10.1152/physrev.1961.41.4.677

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74

Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: a descriptive study. *Journal of behavioral medicine*, 15(2), 155-170. doi: 10.1007/BF00848323

Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *The International journal of eating disorders*, 18(1), 79-90. doi: 10.1002/1098-108x(199507)18:1<79::aid-eat2260180109>3.0.co;2-v

Bailey, P. E., & Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry research*, 150(1), 13-20. doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.024

Barbarich-Marsteller, N. C., Foltin, R. W., & Walsh, B. T. (2011). Does anorexia nervosa resemble an addiction?. *Current drug abuse reviews*, 4(3), 197-200. doi: 10.2174/1874473711104030197

Barr-Zisowitz, C. (2000). *Sadness. Is there such a thing*. In Lewis, M. & Haviland, J. M. (2000). *Handbook of emotions (2nd edition)*. New York: Guilford Press.

Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28-34. doi: 10.1016/S0033-3182(92)72018-0

Batson, C. D., O'Quin, K., Fultz, J., Vanderplas, M., & Isen, A. M. (1983). Influence of self-reported distress and empathy on egoistic versus altruistic motivation to help. *Journal of personality and social psychology*, 45(3), 706-718. doi: 10.1037/0022-3514.45.3.706

Baucom, D. H., & Aiken, P. A. (1981). Effect of depressed mood in eating among obese and nonobese dieting and nondieting persons. *Journal of personality and social psychology*, 41(3), 577-585. doi: 10.1037//0022-3514.41.3.577

Baumeister, R. F. (1989). *Masochism and the self*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Baumeister, R. F. (1990). *Anxiety and deconstruction: On escaping the self*. In Olson, J. M. & Zanna, M. P. (1990). *Self-inference processes: The Ontario Symposium*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90-113. doi: 10.1037/0033-295x.97.1.90

Baumeister, R. F., & Scher, S. J. (1988). Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychological bulletin*, 104(1), 3-22. doi: 10.1037/0033-2909.104.1.3

Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2004). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. New York: Guilford Press

Becerra, R., Amos, A., & Jongenelis, S. (2002). Organic alexithymia: a study of acquired emotional blindness. *Brain injury*, 16(7), 633-645. doi: 10.1080/02699050110119817

Bekker, M. H., van de Meerendonk, C., & Mollerus, J. (2004). Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *The International journal of eating disorders*, 36(4), 461-469. doi: 10.1002/eat.20041

Benton, D. (2002). Carbohydrate ingestion, blood glucose and mood. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 26(3), 293-308. doi: 10.1016/s0149-7634(02)00004-0

Benton, D., & Donohoe, R. T. (1999). The effects of nutrients on mood. *Public health nutrition*, 2(3A), 403-409. doi: 10.1017/s1368980099000555

Bergh, C., & Södersten, P. (1996). Anorexia nervosa, self-starvation and the reward of stress. *Nature medicine*, 2(1), 21-22. doi: 10.1038/nm0196-21

Berkowitz, L. (2000). *Causes and consequences of feelings*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bermond, B. (1997). *Brain and alexithymia*. In Vingerhoets, A., Van Bussel, F., Boelhouwer, J. (1997). *The (non)expression of emotions in health and disease*. Tilburg: Tilburg University Press.

Berridge, K. C. (2009). 'Liking' and 'wanting' food rewards: brain substrates and roles in eating disorders. *Physiology & behavior*, 97(5), 537-550. doi: 10.1016/j.physbeh.2009.02.044

Blair, E. H., Wing, R. R., & Wald, A. (1991). The effect of laboratory stressors on glycemic control and gastrointestinal transit time. *Psychosomatic medicine*, 53(2), 133-143. doi: 10.1097/00006842-199103000-00003

Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454-462. doi: 10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5

Boghi, A., Sterpone, S., Sales, S., D'Agata, F., Bradac, G. B., Zullo, G., & Munno, D. (2011). In vivo evidence of global and focal brain alterations in anorexia nervosa. *Psychiatry research*, 192(3), 154-159. doi: 10.1016/j.psychresns.2010.12.008

Boon, B. J. F. (1998). Why dieters overeat: on the cognitive regulation of eating behavior. [Unpublished doctoral dissertation]. The Netherlands: University of Utrecht.

Boon, B., Stroebe, W., Schut, H., & Jansen, A. (1998). Food for thought: Cognitive regulation of food intake. *British journal of health psychology*, 3(1), 27-40. doi: 10.1111/j.2044-8287.1998.tb00553.x

Booth, D. A. (1994). *Psychology of nutrition*. London: Taylor & Francis.

Boraska, V., Franklin, C. S., Floyd, J. A. & al. (2014). A genome-wide association study of anorexia nervosa. *Molecular psychiatry*, 19(10), 1085-1094. doi: 10.1038/mp.2013.187

Bossu, C., Galusca, B., Normand, S., Germain, N., Collet, P., Frere, D., Lang, F., Laville, M. & Estour, B. (2006). Energy expenditure adjusted for body composition differentiates constitutional thinness from both normal subjects and anorexia nervosa. *American Journal of*

Physiology-Endocrinology and Metabolism, 292(1), E132-E137. doi: 10.1152/ajpendo.00241.2006

Braden, A., Musher-Eizenman, D., Watford, T., & Emley, E. (2018). Eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates?. *Appetite*, 125, 410-417. doi: 10.1016/j.appet.2018.02.022

Branch, C. H., & Eurman, L. J. (1980). Social attitudes toward patients with anorexia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 137(5), 631-632. doi: 10.1176/ajp.137.5.631

Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity and anorexia nervosa*. Riverside: Behavior Science Book Service.

Buck, R. (1985). Prime theory: An integrated view of motivation and emotion. *Psychological review*, 92(3), 389-413. doi: 10.1037/0033-295X.92.3.389

Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J., & Consoli, S. M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 37(4), 321-329. doi: 10.1002/eat.20132

Cannon, W.B. (1963). *The wisdom of the body*. New York: Norton.

Cantor, M. B. (1981). *Bad habits: Models of induced ingestion in satiated rats and people*. In Miller, S. A. (1981). *Behavior and nutrition*. Franklin Institute Press.

Carano, A., De Berardis, D., Gambi, F., Di Paolo, C., Campanella, D., Pelusi, L., ... & Cotellessa, C. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 332-340. doi: 10.1002/eat.20238

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1982). Control theory: a useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological bulletin*, 92(1), 111-135. PMID: 7134324

Casper, R. C. (1998). Behavioral activation and lack of concern, core symptoms of anorexia nervosa?. *The International journal of eating disorders*, 24(4), 381-393. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199812)24:4<381::aid-eat5>3.0.co;2-q

Cattanach, L., Malley, R., & Rodin, J. (1988). Psychologic and physiologic reactivity to stressors in eating disordered individuals. *Psychosomatic medicine*, 50(6), 591-599. doi: 10.1097/00006842-198811000-00005

Chang, C. H., Ferris, D. L., Johnson, R. E., Rosen, C. C., & Tan, J. A. (2012). Core self-evaluations: A review and evaluation of the literature. *Journal of management*, 38(1), 81-128. doi: 10.1177/0149206311419661

Chen, G. (2012). Evaluating the core: Critical assessment of core self-evaluations theory. *Journal of Organizational Behavior*, 33(2), 153-160. doi: 10.1002/job.761

Christensen, L. (1997). The effect of carbohydrates on affect. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 13(6), 503-514. doi: 10.1016/s0899-9007(97)00003-8

Chua, J. L., Touyz, S., & Hill, A. J. (2004). Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: an experimental study. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 28(4), 606-610. doi: 10.1038/sj.ijo.0802595

Coke, J. S., Batson, C. D., & McDavis, K. (1978). Empathic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(7), 752-766. doi: 10.1037/0022-3514.36.7.752

Collier, D. A., & Treasure, J. L. (2004). The aetiology of eating disorders. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 185, 363-365. doi: 10.1192/bjp.185.5.363

Connors, M. E., & Johnson, C. L. (1987). Epidemiology of bulimia and bulimic behaviors. *Addictive behaviors, 12*(2), 165-179. doi: 10.1016/0306-4603(87)90023-2

Cooper, P. J., & Bowskill, R. (1986). Dysphoric mood and overeating. *The British journal of clinical psychology, 25* (Pt 2), 155-156. doi: 10.1111/j.2044-8260.1986.tb00689.x

Corcos, M. (2000). *Le corps absent: approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Paris: Dunod.

Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., & Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry research, 93*(3), 263-266. doi: 10.1016/s0165-1781(00)00109-8

Corstorphine, E. (2006). Cognitive–emotional–behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association, 14*(6), 448-461. doi: 10.1002/erv.747

Crockett, A. C., Myhre, S. K., & Rokke, P. D. (2015). Boredom proneness and emotion regulation predict emotional eating. *Journal of health psychology, 20*(5), 670-680. doi: 10.1177/1359105315573439

Da Ros, A., Vinai, P., Gentile, N., Forza, G., & Cardetti, S. (2011). Evaluation of alexithymia and depression in severe obese patients not affected by eating disorders. *Eating and weight disorders: EWD, 16*(1), e24-e29. doi: 10.1007/BF03327517

Dallman, M. F., Pecoraro, N., Akana, S. F., La Fleur, S. E., Gomez, F., Houshyar, H., Bell, M. E., Bhatnagar, S., Laugero, K. D., & Manalo, S. (2003). Chronic stress and obesity: a new view of "comfort food". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 100*(20), 11696-11701. doi: 10.1073/pnas.1934666100

Davidson, R. J. (1998). Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience. *Cognition & Emotion, 12*(3), 307-330. doi: 10.1080/026999398379628

Davies, H., Schmidt, U., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2010). Evoked facial emotional expression and emotional experience in people with anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 44(6), 531-539. doi: 10.1002/eat.20852

Davies, H., Swan, N., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2011). An experimental investigation of verbal expression of emotion in anorexia and bulimia nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 20(6), 476-483. doi: 10.1002/erv.1157

Davis, C. (1997). Eating disorders and hyperactivity: a psychobiological perspective. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 42(2), 168-175. doi: 10.1177/070674379704200207

Davis, M. H. (1980). Individual Differences in Empathy: A Multidimensional Approach. [Dissertation/Ph. D. thesis]. Austin, TX: University of Texas at Austin.

Davis, R., Freeman, R. J., & Garner, D. M. (1988). A naturalistic investigation of eating behavior in bulimia nervosa. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(2), 273-279. doi: 10.1037//0022-006x.56.2.273

De Berardis, D., D'Albenzio, A., Gambi, F., Sepede, G., Valchera, A., Conti, C. M., Fulcheri, M., Cavuto, M., Ortolani, C., Salerno, R. M., Serroni, N., & Ferro, F. M. (2009). Alexithymia and its relationships with dissociative experiences and Internet addiction in a nonclinical sample. *Cyberpsychology & behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 12(1), 67-69. doi: 10.1089/cpb.2008.0108

de Groot, J. M., Rodin, G., & Olmsted, M. P. (1995). Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 36(1), 53-60. doi: 10.1016/0010-440x(95)90099-h

de Groot, J., & Rodin, G. (1998). Coming alive: the psychotherapeutic treatment of patients with eating disorders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 43(4), 359-360. doi: 10.1177/070674379804300403

De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, 54(5), 425-434. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00467-1

de Vente, W., Kamphuis, J. H., & Emmelkamp, P. M. (2006). Alexithymia, risk factor or consequence of work-related stress?. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(5), 304-311. doi: 10.1159/000093953

Dohle, S., Diel, K., & Hofmann, W. (2018). Executive functions and the self-regulation of eating behavior: A review. *Appetite*, 124, 4-9. doi: 10.1016/j.appet.2017.05.041

Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self-awareness*. San Diego, CA: Academic Press.

Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *The American journal of psychiatry*, 165(2), 245-250. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07060951

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B., Karbon, M., Maszk, P., Smith, M., O'Boyle, C., & Suh, K. (1994). The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related responding. *Journal of personality and social psychology*, 66(4), 776-797. doi: 10.1037//0022-3514.66.4.776

Eizaguirre, A. E., de Cabezón, A. O. S., de Alda, I. O., Olariaga, L. J., & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and individual differences*, 36(2), 321-331. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00099-0

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & emotion*, 6(3-4), 169-200. doi: 10.1080/02699939208411068

Epel, E., Lapidus, R., McEwen, B., & Brownell, K. (2001). Stress may add bite to appetite in women: a laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*, 26(1), 37-49. doi: 10.1016/S0306-4530(00)00035-4

Erdur, L., Kallenbach-Dermutz, B., Lehmann, V., Zimmermann-Viehoff, F., Köpp, W., Weber, C., & Deter, H. C. (2012). Somatic comorbidity in anorexia nervosa: First results of a 21-year follow-up study on female inpatients. *BioPsychoSocial medicine*, 6(1), 4. doi: 10.1186/1751-0759-6-4

Estour, B., Germain, N., Diconne, E., Frere, D., Cottet-Emard, J. M., Carrot, G., Lang, F., & Galusca, B. (2010). Hormonal profile heterogeneity and short-term physical risk in restrictive anorexia nervosa. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 95(5), 2203-2210. doi: 10.1210/jc.2009-2608

Fairburn, C G., & Cooper, Z. (1987). *Behavioral and cognitive approaches to the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. In Beumont, P. J. V., Burrows, G. D. & Casper, R. C. (1987). *Handbook of eating disorders, part 1: Anorexia and bulimia nervosa*. Amsterdam: Elsevier.

Fairburn, C. G. (2008). *Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral therapy*. In Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.

Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (2002). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Cooper, P. J. (1986). *The clinical features and maintenance of bulimia nervosa*. In Brownell, K. D. & Foreyt, J. P. (1986). *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia*. New York: Basic Books

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8

Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 37(1), 1-13. doi: 10.1016/s0005-7967(98)00102-8

Feinle-Bisset, C., Meier, B., Fried, M., & Beglinger, C. (2003). Role of cognitive factors in symptom induction following high and low fat meals in patients with functional dyspepsia. *Gut*, 52(10), 1414-1418. doi: 10.1136/gut.52.10.1414

Frank, G. K., & Kaye, W. H. (2005a). Positron emission tomography studies in eating disorders: multireceptor brain imaging, correlates with behavior and implications for pharmacotherapy. *Nuclear medicine and biology*, 32(7), 755-761. doi: 10.1016/j.nucmedbio.2005.06.011

Frank, G. K., Bailer, U. F., Henry, S. E., Drevets, W., Meltzer, C. C., Price, J. C., Mathis, C. A., Wagner, A., Hoge, J., Ziolkowski, S., Barbarich-Marsteller, N., Weissfeld, L., & Kaye, W. H. (2005b). Increased dopamine D2/D3 receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [¹¹C]raclopride. *Biological psychiatry*, 58(11), 908-912. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.05.003

Frederickson, B. L. (1998). What good are positive emotions?. *Review of general psychology*, 2(3), 300-319. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.300

Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1-4), 337-342. doi: 10.1159/000287080

Frijda, N. H. (1986). *The Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press

Frijda, N. H. (1993). *Moods, emotion episodes, and emotions*. In Lewis, M. & Haviland, J. M. (1993). *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press.

Frijda, N. H. (2003). *Passions: l'émotion comme motivation*. In Colletta, J. M., & Tcherkassof, A. (2003). *Les émotions : cognition, langage et développement*. Hayen: Mardaga

Frijda, N. H. (2006). *The laws of emotion*. New York: Routledge.

Frijda, N. H., Ortony, A., Sonnemans, J., & Clore, G. L. (1992). *The complexity of intensity: Issues concerning the structure of emotion intensity*. In Clark, M. S. (1992). *Emotion*. Newbury Park: Sage Publications.

Frith, U., & Frith, C. D. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 358(1431), 459-473. doi: 10.1098/rstb.2002.1218

Frost, R. O., Goolkasian, G. A., Ely, R. J., & Blanchard, F. A. (1982). Depression, restraint and eating behavior. *Behaviour research and therapy*, 20(2), 113-121. doi: 10.1016/0005-7967(82)90111-5

Galef, B. G., Jr. (1996). Food selection: problems in understanding how we choose foods to eat. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 20(1), 67-73. doi: 10.1016/0149-7634(95)00041-c

Galvin, B. M., Randel, A. E., Collins, B. J., & Johnson, R. E. (2018). Changing the focus of locus (of control): A targeted review of the locus of control literature and agenda for future research. *Journal of Organizational Behavior*, 39(7), 820-833. doi: 10.1002/job.2275

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.

Garrison, A.M. (2014). Testing a model of maladaptive perfectionism and depression symptoms: The roles of emotional disclosure, emotion regulation strategies, adult attachment, and shame. [Dissertations]. Kalamazoo, Michigan: Western Michigan University.

Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M., & Flett, G. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 28(1), 8-19. doi: 10.1002/1098-108x(200007)28:1<8::aid-eat2>3.0.co;2-u

Gibson, E. L. (2012). The psychobiology of comfort eating: implications for neuropharmacological interventions. *Behavioural pharmacology*, 23(5-6), 442-460. doi: 10.1097/FBP.0b013e328357bd4e

Gibson, E. L., & Green, M. W. (2002). Nutritional influences on cognitive function: mechanisms of susceptibility. *Nutrition research reviews*, *15*(1), 169-206. doi: 10.1079/NRR200131

Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmiem, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency?. *Depression and anxiety*, *23*(6), 331-339. doi: 10.1002/da.20163

Gluck, M. E., Geliebter, A., Hung, J., & Yahav, E. (2004). Cortisol, hunger, and desire to binge eat following a cold stress test in obese women with binge eating disorder. *Psychosomatic medicine*, *66*(6), 876-881. doi: 10.1097/01.psy.0000143637.63508.47

Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, *15*(1), 38-45. doi: 10.1016/s0924-9338(00)00212-1

Goldberg, E. (2002). *The executive brain: Frontal lobes and the civilized mind*. USA: Oxford University Press.

Goleman, D. (1996). *Emotional intelligence*. London: Bloomsbury.

Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *2*(3), 51-60. doi: 10.1002/1098-108X(198321)2:3<51::AID-EAT2260020305>3.0.CO;2-N

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *26*(1), 41-54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Green, M. W., Elliman, N. A., & Rogers, P. J. (1997). Impaired cognitive processing in dieters: Failure of attention focus or resource capacity limitation?. *British Journal of Health Psychology*, *2*(3), 259-267. doi: 10.1111/j.2044-8287.1997.tb00540.x

Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. K. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.

Greeno, C. G., & Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological bulletin*, 115(3), 444-464. doi: 10.1037/0033-2909.115.3.444

Greenwald, M. K., Cook, E. W., & Lang, P. J. (1989). Affective judgment and psychophysiological response: dimensional covariation in the evaluation of pictorial stimuli. *Journal of psychophysiology*, 3(1), 51-64.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation : An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. doi: 10.1017/s0048577201393198

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In Gross, J. J. (2007), *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford

Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating : A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660-681. doi: 10.1037/a0023660

Hambrook, D., Oldershaw, A., Rimes, K., Schmidt, U., Tchanturia, K., Treasure, J., Richards, S., & Chalder, T. (2011). Emotional expression, self-silencing, and distress tolerance in anorexia nervosa and chronic fatigue syndrome. *The British journal of clinical psychology*, 50(3), 310-325. doi: 10.1348/014466510X519215

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 173, 11-53. doi: 10.1192/bjp.173.1.11

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*, *16*(4), 348-356. doi: 10.1002/cpp.628

Heatherton, T. F., Polivy, J., & Herman, C. P. (1990). Dietary restraint: Some current findings and speculations. *Psychology of Addictive Behaviors*, *4*(2), 100-106. doi: 10.1037/h0080580

Heatherton, T. F., Striipe, M., & Wittenberg, L. (1998). Emotional distress and disinhibited eating: The role of self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *24*(3), 301-313. doi: 10.1177/0146167298243007

Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of personality*, *43*(4), 647-660. doi: 10.1111/j.1467-6494.1975.tb00727.x

Herman, C. P., & Polivy, J. (1975). Anxiety, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, *84*(6), 666-672. doi: 10.1037/0021-843X.84.6.666

Herman, C. P., & Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. *Research publications - Association for Research in Nervous and Mental Disease*, *62*, 141-156. PMID: 6695111

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review*, *94*(3), 319-340. PMID: 3615707

Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, *19*(4), 389-394. doi: 10.1097/01.yco.0000228759.95237.78

Hofmann, W., Schmeichel, B. J., & Baddeley, A. D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in cognitive sciences*, *16*(3), 174-180. doi: 10.1016/j.tics.2012.01.006

Holliday, J., Tchanturia, K., Landau, S., Collier, D., & Treasure, J. (2005). Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa?. *American Journal of Psychiatry*, *162*(12), 2269-2275. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2269

Houben, K., Dassen, F. C., & Jansen, A. (2016). Taking control: Working memory training in overweight individuals increases self-regulation of food intake. *Appetite, 105*, 567-574. doi: 10.1016/j.appet.2016.06.029

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr, & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry, 61*(3), 348-358. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040

Izard, C. E. (1972). *Patterns of emotions*. New York: Academic Press.

Izard, C. E. & Ackerman, B. P. (2000). *Organizational and motivational functions of discrete emotions*. In Lewis, M. & Haviland, J. M. (2000). *Handbook of emotions (2nd edition)*. New York: Guilford Press.

Jauch-Chara, K., & Oltmanns, K. M. (2014). Obesity--a neuropsychological disease? Systematic review and neuropsychological model. *Progress in neurobiology, 114*, 84-101. doi: 10.1016/j.pneurobio.2013.12.001

Jáuregui-Garrido, B., Bolaños-Ríos, P., Santiago-Fernández, M. J., & Jáuregui-Lobera, I. (2012). Lipid profile and cardiovascular risk in anorexia nervosa; the effect of nutritional treatment. *Nutricion hospitalaria, 27*(3), 908-913. doi: 10.3305/nh.2012.27.3.5752

Johnson, C., & Larson, R. (1982). Bulimia: an analysis of moods and behavior. *Psychosomatic medicine, 44*(4), 341-351. doi: 10.1097/00006842-198209000-00003

Johnson, R. E., Rosen, C. C., Chang, C. H., & Lin, S. H. (2015). Getting to the core of locus of control: Is it an evaluation of the self or the environment?. *The Journal of applied psychology, 100*(5), 1568-1578. doi: 10.1037/apl0000011

Johnson, R. E., Rosen, C. C., Chang, C. H., & Lin, S. H. (2016). Assessing the status of locus of control as an indicator of core self-evaluations. *Personality and individual differences, 90*, 155-162. doi: 10.1016/j.paid.2015.11.002

Jones, L., Harmer, C., Cowen, P., & Cooper, M. (2008). Emotional face processing in women with high and low levels of eating disorder related symptoms. *Eating behaviors*, *9*(4), 389-397. doi: 10.1016/j.eatbeh.2008.03.001

Judge, T. A., Locke, E. A., & Durham, C. C. (1997). The dispositional causes of job satisfaction: A core evaluations approach. *Research in Organizational Behavior*, *19*, 151-188.

Kane, M. J., Bleckley, M. K., Conway, A. R., & Engle, R. W. (2001). A controlled-attention view of working-memory capacity. *Journal of experimental psychology. General*, *130*(2), 169-183. doi: 10.1037//0096-3445.130.2.169

Kano, M., Hamaguchi, T., Itoh, M., Yanai, K., & Fukudo, S. (2007). Correlation between alexithymia and hypersensitivity to visceral stimulation in human. *Pain*, *132*(3), 252-263. doi: 10.1016/j.pain.2007.01.032

Kaplan, H. I., & Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *The Journal of nervous and mental disease*, *125*(2), 181-201. doi: 10.1097/00005053-195704000-00004

Karczewska-Kupczewska, M., Adamska, A., Nikołajuk, A., Otziomek, E., Górski, M., Kowalska, I., & Strączkowski, M. (2013). Circulating interleukin 6 and soluble forms of its receptors in relation to resting energy expenditure in women with anorexia nervosa. *Clinical endocrinology*, *79*(6), 812-816. doi: 10.1111/cen.12118

Kaye, W. H., Ebert, M. H., Raleigh, M., & Lake, R. (1984). Abnormalities in CNS monoamine metabolism in anorexia nervosa. *Archives of general psychiatry*, *41*(4), 350-355. doi: 10.1001/archpsyc.1984.01790150040007

Kenardy, J., Arnow, B., & Agras, W. S. (1996). The aversiveness of specific emotional states associated with binge-eating in obese subjects. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *30*(6), 839-844. doi: 10.3109/00048679609065053

Kessler, H., Schwarze, M., Filipic, S., Traue, H. C., & von Wietersheim, J. (2006). Alexithymia and facial emotion recognition in patients with eating disorders. *The International journal of eating disorders*, *39*(3), 245-251. doi: 10.1002/eat.20228

Keys, A., Brozek, J., & Henschel, A. (1950a). *The biology of human starvation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Michelson, O., Taylor, H.L. (1950b). *The Biology of Human Starvation (2vols)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Kim, D., & Jang, S. S. (2017). Stress and food choices: Examining gender differences and the time horizon framing effect. *International Journal of Hospitality Management*, 67, 134-142. doi: 10.1016/j.ijhm.2017.08.012

Kleinginna, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and emotion*, 5(4), 345-379. doi: 10.1007/BF00992553

Klesges, R. C., Isbell, T. R., & Klesges, L. M. (1992). Relationship between dietary restraint, energy intake, physical activity, and body weight: a prospective analysis. *Journal of abnormal psychology*, 101(4), 668-674. doi: 10.1037//0021-843x.101.4.668

Koball, A. M., Meers, M. R., Storfer-Isser, A., Domoff, S. E., & Musher-Eizenman, D. R. (2012). Eating when bored: revision of the emotional eating scale with a focus on boredom. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 31(4), 521-524. doi: 10.1037/a0025893

Kohl, M., Foulon, C., & Guelfi, J. D. (2004). Aspects comportementaux et biologiques de l'hyperactivité dans l'anorexie mentale [Hyperactivity and anorexia nervosa: behavioural and biological perspective]. *L'Encephale*, 30(5), 492-499. doi: 10.1016/s0013-7006(04)95463-2

Kosmiski, L., Schmiede, S. J., Mascolo, M., Gaudiani, J., & Mehler, P. S. (2014). Chronic starvation secondary to anorexia nervosa is associated with an adaptive suppression of resting energy expenditure. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 99(3), 908-914. doi: 10.1210/jc.2013-1694

Krug, I., Penelo, E., Fernandez-Aranda, F., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., ... & Ricca, V. (2012). Low social interactions in eating disorder patients in childhood and adulthood: A

multi-centre European case control study. *Journal of Health Psychology*, 18(1), 26-37. doi: 10.1177/1359105311435946

Krug, I., Penelo, E., Fernandez-Aranda, F., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., di Bernardo, M., Granero, R., Karwautz, A., Nacmias, B., Ricca, V., Sorbi, S., Tchanturia, K., Wagner, G., Collier, D., & Treasure, J. (2013). Low social interactions in eating disorder patients in childhood and adulthood: a multi-centre European case control study. *Journal of health psychology*, 18(1), 26-37. doi: 10.1177/1359105311435946

Lange, C. (1885). *The emotions*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Lattimore, P., & Caswell, N. (2004). Differential effects of active and passive stress on food intake in restrained and unrestrained eaters. *Appetite*, 42(2), 167-173. doi: 10.1016/j.appet.2003.09.002

Lattimore, P., & Maxwell, L. (2004). Cognitive load, stress, and disinhibited eating. *Eating behaviors*, 5(4), 315-324. doi: 10.1016/j.eatbeh.2004.04.009

Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic medicine*, 43(6), 531-543. doi: 10.1097/00006842-198112000-00009

Levine, M. P. (2012). Loneliness and eating disorders. *The Journal of psychology*, 146(1-2), 243-257. doi: 10.1080/00223980.2011.606435

Lowe, M. R. (1993). The effects of dieting on eating behavior: a three-factor model. *Psychological bulletin*, 114(1), 100-121. doi: 10.1037/0033-2909.114.1.100

Lyman, B. (1982). The nutritional values and food group characteristics of foods preferred during various emotions. *The Journal of psychology*, 112, 121-127. doi: 10.1080/00223980.1982.9923544

Macht, M. (1999). Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite*, 33(1), 129-139. doi: 10.1006/appe.1999.0236

Macht, M., & Mueller, J. (2007). Immediate effects of chocolate on experimentally induced mood states. *Appetite*, 49(3), 667-674. doi: 10.1016/j.appet.2007.05.004

Macht, M., & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35(1), 65-71. doi: 10.1006/appe.2000.0325

Macht, M., Haupt, C., & Ellgring, H. (2005). The perceived function of eating is changed during examination stress: a field study. *Eating behaviors*, 6(2), 109-112. doi: 10.1016/j.eatbeh.2004.09.001

Macht, M., Roth, S., & Ellgring, H. (2002). Chocolate eating in healthy men during experimentally induced sadness and joy. *Appetite*, 39(2), 147-158. doi: 10.1006/appe.2002.0499

Maclean, P. D. (1962). New finding relevant to the evolution of psychosexual functions of the brain. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 135(4), 289-301. doi: 10.1097/00005053-196210000-00003

Maisch, H., Schönberg, D., & Wallis, H. (1965). Psychosomatische Aspekte der einfachen Adipositas im Kindesalter [Psychosomatic aspects of simple adipositis in childhood]. *Psyche*, 19(6), 339-364. PMID: 5865987

Marchesi, C., Ossola, P., Tonna, M., & De Panfilis, C. (2014). The TAS-20 more likely measures negative affects rather than alexithymia itself in patients with major depression, panic disorder, eating disorders and substance use disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 972-978. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.12.008

Markey, M. A., & Vander Wal, J. S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive psychiatry*, 48(5), 458-464. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.05.006

Markus, C. R., Panhuysen, G., Tuiten, A., Koppeschaar, H., Fekkes, D., & Peters, M. L. (1998). Does carbohydrate-rich, protein-poor food prevent a deterioration of mood and

cognitive performance of stress-prone subjects when subjected to a stressful task?. *Appetite*, 31(1), 49-65. doi: 10.1006/appe.1997.0155

Marsero, S., Ruggiero, G. M., Scarone, S., Bertelli, S., & Sassaroli, S. (2011). The relationship between alexithymia and maladaptive perfectionism in eating disorders: A mediation moderation analysis methodology. *Eating and Weight Disorders*, 16(3), e182-e187. doi: 10.1007/bf03325130

Martins, Y., & Pliner, P. (2005). Human food choices: an examination of the factors underlying acceptance/rejection of novel and familiar animal and nonanimal foods. *Appetite*, 45(3), 214-224. doi: 10.1016/j.appet.2005.08.002

Matsumoto, D. (2006). Are cultural differences in emotion regulation mediated by personality traits?. *Journal of cross-cultural psychology*, 37(4), 421-437. doi: 10.1177/0022022106288478

Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic medicine*, 70(6), 716-722. doi: 10.1097/PSY.0b013e31816ffc39

Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415. doi: 10.1016/j.paid.2004.01.010

Mayer, J. (1957). Hunger and the hypothalamus. *Clin. Res. Proc.*, 3, 123-126.

Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: emotional intelligence. *Annual review of psychology*, 59, 507-536. doi: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093646

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). *Models of emotional intelligence*. In: Parker, J.D. & Goleman, D. (2000). *The Handbook of Emotional Intelligence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

McDermott, B., Forbes, D., Harris, C., McCormack, J., & Gibbon, P. (2006). Non-eating disorders psychopathology in children and adolescents with eating disorders: implications for malnutrition and symptom severity. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*(3), 257-261. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.08.004

McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European journal of pharmacology*, *583*(2-3), 174-185. doi: 10.1016/j.ejphar.2007.11.071

McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of internal medicine*, *153*(18), 2093-2101. doi: 10.1001/archinte.1993.00410180039004

McEwen, B. S., & Wingfield, J. C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and behavior*, *43*(1), 2-15. doi: 10.1016/s0018-506x(02)00024-7

Mercader, J. M., González, J. R., Lozano, J. J., Bak, M., Kauppinen, S., Sumoy, L., Dierssen, M., Fernández-Aranda, F., Visa, J., Gratacòs, M., & Estivill, X. (2012). Aberrant brain microRNA target and miRISC gene expression in the anx/anx anorexia mouse model. *Gene*, *497*(2), 181-190. doi: 10.1016/j.gene.2012.01.057

Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R. D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., & Komaki, G. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: an fMRI study of mentalizing in alexithymia. *NeuroImage*, *32*(3), 1472-1482. doi: 10.1016/j.neuroimage.2006.04.186

Morris, W. N., & Reilly, N. P. (1987). Toward the self-regulation of mood: Theory and research. *Motivation and emotion*, *11*(3), 215-249. doi: 10.1007/BF01001412

Nakao, M., Barsky, A. J., Kumano, H., & Kuboki, T. (2002). Relationship between somatosensory amplification and alexithymia in a Japanese psychosomatic clinic. *Psychosomatics*, *43*(1), 55-60. doi: 10.1176/appi.psy.43.1.55

Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). *Alexithymia: A view of the psychosomatic process*. In Hill, O. (1976), *Modern trends in psychosomatic*. Londres: Butterworth.

Newman, E., O'Connor, D. B., & Conner, M. (2007). Daily hassles and eating behaviour: the role of cortisol reactivity status. *Psychoneuroendocrinology*, 32(2), 125-132. doi: 10.1016/j.psyneuen.2006.11.006

NICE. (2004). *National Institute for Health & Clinical Excellence – National Collaborating Centre for Mental Health* Leicester. London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists.

Nilsson, I. A., Lindfors, C., Schalling, M., Hökfelt, T., & Johansen, J. E. (2013). Anorexia and hypothalamic degeneration. *Vitamins and hormones*, 92, 27-60. doi: 10.1016/B978-0-12-410473-0.00002-7

Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*, 9(5), 242-249. doi: 10.1016/j.tics.2005.03.010

Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). The socio-emotional processing stream in Anorexia Nervosa. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 35(3), 970-988. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.11.001

Oliver, G., Wardle, J., & Gibson, E. L. (2000). Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic medicine*, 62(6), 853-865. doi: 10.1097/00006842-200011000-00016

Parling, T., Mortazavi, M., & Ghaderi, A. (2010). Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: time for a shift in the measurement of the concept?. *Eating behaviors*, 11(4), 205-210. doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.04.001

Pennebaker, J. W (1989). *Stream of consciousness and stress: Levels of thinking*. In Uleman, J S. & Bargh, J. A. (1989). *The direction of thought: Limits of awareness, intention and control*. New York: Guilford Press.

- Pimentel, G. D., Ganeshan, K., & Carvalheira, J. B. (2014). Hypothalamic inflammation and the central nervous system control of energy homeostasis. *Molecular and cellular endocrinology*, 397(1-2), 15-22. doi: 10.1016/j.mce.2014.06.005
- Pliner, P., & Steverango, C. (1994). Effect of induced mood on memory for flavors. *Appetite*, 22(2), 135-148. doi: 10.1006/appe.1994.1013
- Plutchik, R. (1980). *A general psychoevolutionary theory of emotion*. In Plutchik, R. & Kellerman, H. (1980). *Emotion: Theory, Research, and Experience. Vol. 1: Theories of Emotion*. New York: Academic.
- Plutchik, R. (1984). *Emotions : A general psychoevolutionary theory*. In Scherer, K. R. & Ekman, P. (1984). *Approaches To Emotion*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing. A causal analysis. *The American psychologist*, 40(2), 193-201. doi: 10.1037//0003-066x.40.2.193
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(5), 635-644. doi: 10.1037//0022-006x.55.5.635
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1999). Distress and eating: why do dieters overeat?. *The International journal of eating disorders*, 26(2), 153-164. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199909)26:2<153::aid-eat4>3.0.co;2-r
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53, 187-213. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103
- Polivy, J., Herman, C. P., & McFarlane, T. (1994). Effects of anxiety on eating: does palatability moderate distress-induced overeating in dieters?. *Journal of abnormal psychology*, 103(3), 505-510. doi: 10.1037//0021-843x.103.3.505
- Preti, A., Girolamo, G. d., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. d., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Morosini, P., & ESEMeD-WMH Investigators (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH

project. *Journal of psychiatric research*, 43(14), 1125-1132. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.003

Pudel, V., & Richter, M. (1980). *Psychosoziale bewertung der ernährung. Eine repräsentativ-erhebung in der bundesrepublik deutschland. D. G. f. Ernährung (Ed.), Ernährungsbericht*. Frankfurt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung.

Rask-Andersen, M., Olszewski, P. K., Levine, A. S., & Schiöth, H. B. (2010). Molecular mechanisms underlying anorexia nervosa: focus on human gene association studies and systems controlling food intake. *Brain research reviews*, 62(2), 147-164. doi: 10.1016/j.brainresrev.2009.10.007

Raudenbush, B., & Frank, R. A. (1999). Assessing food neophobia: the role of stimulus familiarity. *Appetite*, 32(2), 261-271. doi: 10.1006/appe.1999.0229

Rautou, P. E., Cazals-Hatem, D., Moreau, R., Francoz, C., Feldmann, G., Lebrech, D., Ogier-Denis, E., Bedossa, P., Valla, D., & Durand, F. (2008). Acute liver cell damage in patients with anorexia nervosa: a possible role of starvation-induced hepatocyte autophagy. *Gastroenterology*, 135(3), 840-848.e8483. doi: 10.1053/j.gastro.2008.05.055

Robbins, T. W., & Fray, P. J. (1980). Stress-induced eating: fact, fiction or misunderstanding?. *Appetite*, 1(2), 103-133. doi: 10.1016/S0195-6663(80)80015-8

Robinson, K. J., Mountford, V. A., & Sperlinger, D. J. (2013). Being men with eating disorders: perspectives of male eating disorder service-users. *Journal of health psychology*, 18(2), 176-186. doi: 10.1177/1359105312440298

Rosenberg, N., Bloch, M., Avi, I. B., Rouach, V., Schreiber, S., Stern, N., & Greenman, Y. (2013). Cortisol response and desire to binge following psychological stress: Comparison between obese subjects with and without binge eating disorder. *Psychiatry Research*, 208(2), 156-161. doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.050

Rosenstein, D., & Oster, H. (1988). Differential facial responses to four basic tastes in newborns. *Child development*, 59(6), 1555-1568. PMID: 3208567

Rotenberg, K. J., & Flood, D. (1999). Loneliness, dysphoria, dietary restraint, and eating behavior. *The International journal of eating disorders*, 25(1), 55-64. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199901)25:1<55::aid-eat7>3.0.co;2-#

Roux, H., Blanchet, C., Stheneur, C., Chapelon, E., & Godart, N. (2013). Somatic outcome among patients hospitalised for anorexia nervosa in adolescence: disorders reported and links with global outcome. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 175-182. doi: 10.1007/s40519-013-0030-2

Rozin, P., & Fallon, A. E. (1987). A perspective on disgust. *Psychological Review*, 94(1), 23-41. PMID: 3823304

Rozin, P., & Schulkin, J. (1990). *Food selection*. In Stricker, E. M. (1990). *Neurobiology of food and fluid intake*. New York: Plenum Press.

Ruderman, A. J. (1985). Dysphoric mood and overeating: a test of restraint theory's disinhibition hypothesis. *Journal of abnormal psychology*, 94(1), 78-85. doi: 10.1037//0021-843x.94.1.78

Ruderman, A. J. (1986). Dietary restraint: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 99, 247-262. PMID: 3515384

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(3), 429-448. doi: 10.1017/s0033291700031974

Russell, J. A., & Barrett, L. F. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: dissecting the elephant. *Journal of personality and social psychology*, 76(5), 805-819. doi: 10.1037//0022-3514.76.5.805

Russell, T. A., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V., & Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa: affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry research*, 168(3), 181-185. doi: 10.1016/j.psychres.2008.10.028

Rutledge, T., & Linden, W. (1998). To eat or not to eat: affective and physiological mechanisms in the stress-eating relationship. *Journal of behavioral medicine*, *21*(3), 221-240. doi: 10.1023/a:1018784015771

Rutters, F., Nieuwenhuizen, A. G., Lemmens, S. G., Born, J. M., & Westerterp-Plantenga, M. S. (2009). Acute stress-related changes in eating in the absence of hunger. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *17*(1), 72-77. doi: 10.1038/oby.2008.493

Sakada, M., Tanaka, A., Ohta, D., Takayanagi, M., Kodama, T., Suzuki, K., Inoue, K., Fujita, Y., & Maruyama, M. (2006). Severe steatosis resulted from anorexia nervosa leading to fatal hepatic failure. *Journal of gastroenterology*, *41*(7), 714-715. doi: 10.1007/s00535-006-1845-7

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, *23*(5), 571-583. doi: 10.1016/0005-7967(85)90105-6

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1989/1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, *9*, 185-211.

Schachter, S., Goldman, R., & Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of personality and social psychology*, *10*(2), 91-97. doi: 10.1037/h0026284

Scherer, K. R. (1984). *On the nature and function of emotion: A component process approach*. In Scherer, K. R. & Ekman, P. (1984). *Approaches To Emotion*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Scherer, K. R. (2001). « *Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking* ». In Scherer, K. R., Schorr, A., & Johnstone, T. (2001). *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research*. New York: Oxford University Press.

Schlesier-Stropp, B. (1984). Bulimia: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, *95*(2), 247–257. doi: 10.1037/0033-2909.95.2.247

Schmeichel, B. J., & Tang, D. (2015). Individual differences in executive functioning and their relationship to emotional processes and responses. *Current Directions in Psychological Science*, 24(2), 93-98. doi: 10.1177/0963721414555178

Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 34(1), 54-58. doi: 10.1016/0010-440x(93)90036-4

Schotte, D. E., Cools, J., & McNally, R. J. (1990). Film-induced negative affect triggers overeating in restrained eaters. *Journal of abnormal psychology*, 99(3), 317-320. doi: 10.1037//0021-843x.99.3.317

Schulz, S., & Laessle, R. G. (2012). Stress-induced laboratory eating behavior in obese women with binge eating disorder. *Appetite*, 58(2), 457-461. doi: 10.1016/j.appet.2011.12.007

Sinha, R., & Jastreboff, A. M. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological psychiatry*, 73(9), 827-835. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.01.032

Slochower J. (1976). Emotional labeling and overeating in obese and normal weight individuals. *Psychosomatic medicine*, 38(2), 131-139. doi: 10.1097/00006842-197603000-00006

Slochower, J. (1983). *Excessive eating: The role of emotions and environment*. New York: Human Sciences Press.

Slochower, J. (1983). *Life stress, weight, and cue salience*. In Slochower, J. (1983). *Excessive eating*. New York: Human Sciences Press.

Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y

Smith, B. A., Fillion, T. J., & Blass, E. M. (1990). Orally mediated sources of calming in 1-to 3-day-old human infants. *Developmental Psychology*, 26(5), 731-737. doi: 10.1037/0012-1649.26.5.731

Smith, M., Daurat, A., Pariente, P., & Sifneos, P. E. (1992). Traduction Française du Schalling-Sifneos Personality Scale Revised, et du Beth Israel Questionnaire, deux instruments d'évaluation de l'alexithymie [French translation of Schalling-Sifneos Personality Scale Revised and Beth Israel Questionnaire, 2 evaluation tools of alexithymia]. *L'Encephale*, *18*(2), 171-174. PMID: 1638999

Sørensen, L. B., Møller, P., Flint, A., Martens, M., & Raben, A. (2003). Effect of sensory perception of foods on appetite and food intake: a review of studies on humans. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, *27*(10), 1152-1166. doi: 10.1038/sj.ijo.0802391

Spalletta, G., Pasini, A., Costa, A., De Angelis, D., Ramundo, N., Paolucci, S., & Caltagirone, C. (2001). Alexithymic features in stroke: effects of laterality and gender. *Psychosomatic medicine*, *63*(6), 944-950. doi: 10.1097/00006842-200111000-00013

Spencer, H. (1855). *Principles of psychology*. London: Longman, Brown, Green and Longmans.

Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stéphan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., Venisse, J. L., Bizouard, P., Halfon, O., Flament, M., & Jeammet, P. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry research*, *135*(2), 153-163. doi: 10.1016/j.psychres.2005.04.001

Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: a 3-year prospective study. *Journal of psychosomatic research*, *63*(4), 365-371. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.03.008

Spitzer, L., & Rodin, J. (1983). *Arousal-induced eating: Conventional wisdom or empirical findings?*. In Capiocco, J. & Petty, R. (1983). *Social psychophysiology*. New York: Guilford Press.

Steiner, J. E. (1979). Human facial expressions in response to taste and smell stimulation. *Advances in child development and behavior*, *13*, 257-295. doi: 10.1016/s0065-2407(08)60349-3

Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 225-242. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.013

Stotland, E. (1969). *Exploratory investigations of empathy*. In Berkowitz, L. (1969). *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., Frensch, P., & Rodin, J. (1989). A prospective study of disordered eating among college students. *International Journal of Eating Disorders*, 8(5), 499-509. doi: 10.1002/1098-108X(198909)8:5<499::AID-EAT2260080502>3.0.CO;2-A

Strober, M. (2004). Pathologic fear conditioning and anorexia nervosa: on the search for novel paradigms. *The International journal of eating disorders*, 35(4), 504-508. doi: 10.1002/eat.20029

Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J., & Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9(3), 239-253. doi: 10.1002/1098-108X(199005)9:3<239::AID-EAT2260090302>3.0.CO;2-7

Strongman, K.T. (1996). *The psychology of emotion: Theories of emotion in perspective* (4th ed.). New York, NY: John Wiley and Sons.

Svaldi, J., Tuschen-Caffier, B., Trentowska, M., Caffier, D., & Naumann, E. (2014). Differential caloric intake in overweight females with and without binge eating: Effects of a laboratory-based emotion-regulation training. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 39-46. doi: 10.1016/j.brat.2014.02.008

Swami, V., Begum, S., & Petrides, K. V. (2010). Associations between trait emotional intelligence, actual-ideal weight discrepancy, and positive body image. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 485-489. doi: 10.1016/j.paid.2010.05.009

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national

comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 714-723. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22

Swayze, V. W., 2nd, Andersen, A. E., Andreasen, N. C., Arndt, S., Sato, Y., & Ziebell, S. (2003). Brain tissue volume segmentation in patients with anorexia nervosa before and after weight normalization. *The International journal of eating disorders*, 33(1), 33-44. doi: 10.1002/eat.10111

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of psychosomatic research*, 55(3), 277-283. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00601-3

Tchanturia, K., Davies, H., Harrison, A., Fox, J. R., Treasure, J., & Schmidt, U. (2012). Altered social hedonic processing in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 45(8), 962-969. doi: 10.1002/eat.22032

Tchanturia, K., Davies, H., Lopez, C., Schmidt, U., Treasure, J., & Wykes, T. (2008). Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: a pilot case-series. *Psychological medicine*, 38(9), 1371-1373. doi: 10.1017/S0033291708003796

Tchanturia, K., Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., Nakazato, M., Stahl, D., Morris, R., Schmidt, U., & Treasure, J. (2011). Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *PloS one*, 6(6), e20462. doi: 10.1371/journal.pone.0020462

Telch, C. F., & Agras, W. S. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese?. *The International journal of eating disorders*, 20(3), 271-279. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199611)20:3<271::AID-EAT6>3.0.CO;2-L

Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(6), 1061-1065. doi: 10.1037//0022-006x.69.6.1061

Thayer, R. E. (2001). *Calm energy : How people regulate mood with food and exercise*. Oxford : Oxford University Press.

Thelen, M. H., Mann, L. M., Pruitt, J., & Smith, M. (1987). Bulimia: prevalence and component factors in college women. *Journal of psychosomatic research, 31*(1), 73-78. doi: 10.1016/0022-3999(87)90100-0

Titchener, E. B. (1910). *A text-book of psychology*. New York: Macmillan.

Tompkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, consciousness: II. The Negative Affects*. New York: Tavistock/Routledge.

Treasure, J., & Szmulker, G. (1995). *Medical complications of chronic anorexia nervosa*. In Szmulker, G., Dare, C. & Treasure, J. (1995). *Handbook of eating disorders*. Chichester: Wiley.

Treasure, J., Murphy, T., Szmulker, G., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 36*(7), 343-347. doi: 10.1007/s001270170039

Troop, N. A., Murphy, F., Bramon, E., & Treasure, J. L. (2000). Disgust sensitivity in eating disorders: a preliminary investigation. *The International journal of eating disorders, 27*(4), 446-451. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(200005)27:4<446::aid-eat9>3.0.co;2-w

Troop, N. A., Treasure, J. L., & Serpell, L. (2002). A further exploration of disgust in eating disorders. *European Eating Disorders Review, 10*(3), 218-226. doi: 10.1002/erv.444

Tuschen, B., Florin, I., & Baucke, R. (1993). Beeinflusst die Stimmung den Appetit? Kurzbericht [Is appetite influenced by mood? A review]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22(3), 315-321.

Vallacher, R. R., & Wegner, D. M. (1985). *A theory of action identification*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Vallacher, R. R., & Wegner, D. M. (1987). What do people think they're doing? Action identification and human behavior. *Psychological review*, 94(1), 3-15. doi: 10.1037/0033-295X.94.1.3

Van der Linden, M. (2004). *Fonctions exécutives et régulation émotionnelle*. In Meulemans, T., Collette, F., & Van der Linden, M. (2004). *Neuropsychologie des fonctions exécutives*. Marseille, France: Solal.

Vitiello, B., & Lederhendler, I. (2000). Research on eating disorders: Current status and future prospects. *Biological Psychiatry*, 47(9), 777-786. doi: 10.1016/s0006-3223(99)00319-4

Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical psychology review*, 18(4), 391-420. doi: 10.1016/s0272-7358(98)00012-9

Volkow, N. D., Wang, G. J., Maynard, L., Jayne, M., Fowler, J. S., Zhu, W., Logan, J., Gatley, S. J., Ding, Y. S., Wong, C., & Pappas, N. (2003). Brain dopamine is associated with eating behaviors in humans. *The International journal of eating disorders*, 33(2), 136-142. doi: 10.1002/eat.10118

Vreugdenburg, L., Bryan, J., & Kemps, E. (2003). The effect of self-initiated weight-loss dieting on working memory: the role of preoccupying cognitions. *Appetite*, 41(3), 291-300. doi: 10.1016/s0195-6663(03)00107-7

Wallis, D. J., & Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43(1), 39-46. doi: 10.1016/j.appet.2004.02.001

Wang, Q., Bowling, N. A., & Eschleman, K. J. (2010). A meta-analytic examination of work and general locus of control. *The Journal of applied psychology, 95*(4), 761-768. doi: 10.1037/a0017707

Wansink, B., Cheney, M. M., & Chan, N. (2003). Exploring comfort food preferences across age and gender. *Physiology & behavior, 79*(4-5), 739-747. doi: 10.1016/s0031-9384(03)00203-8

Ward, A., & Mann, T. (2000). Don't mind if I do: disinhibited eating under cognitive load. *Journal of personality and social psychology, 78*(4), 753-763. doi: 10.1037//0022-3514.78.4.753

Watson, D., & Clark, L. A. (1991). Self-versus peer ratings of specific emotional traits: Evidence of convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(6), 927. doi: 10.1037/0022-3514.60.6.927

Wegner, D. M., & Erber, R. (1993). *Social foundations of mental control*. In Wegner, D. M. & Pennebaker, J. W. (1993). *Handbook of mental control*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.

Wegner, D. M., Erber, R., & Zanakos, S. (1993). Ironic processes in the mental control of mood and mood-related thought. *Journal of personality and social psychology, 65*(6), 1093-1104. doi: 10.1037//0022-3514.65.6.1093

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., 3rd, & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology, 53*(1), 5-13. doi: 10.1037//0022-3514.53.1.5

Wenger, M. A. (1950). *Emotion as visceral action: an extension of Lange's theory*. In Reymert, M. L. (1950). *The Second International Symposium on Feelings and Emotions*. New York: McGraw-Hill.

Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsäter, H., Gillberg, C., & Råstam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *194*(2), 168-174. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048686

Wheeler, K., Greiner, P., & Boulton, M. (2005). Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in psychiatric care*, *41*(3), 114-123. doi: 10.1111/j.1744-6163.2005.00022.x

White, S., Reynolds-Malear, J. B., & Cordero, E. (2011). Disordered eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002, and 2008. *Eating disorders*, *19*(4), 323-334. doi: 10.1080/10640266.2011.584805

Williamson, D. A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.

Willner, P. (1997). Validity, reliability and utility of the chronic mild stress model of depression: a 10-year review and evaluation. *Psychopharmacology*, *134*(4), 319-329. doi: 10.1007/s002130050456

Willner, P., & Healy, S. (1994). Decreased hedonic responsiveness during a brief depressive mood swing. *Journal of affective disorders*, *32*(1), 13-20. doi: 10.1016/0165-0327(94)90056-6

Wing, R. R., Blair, E. H., Epstein, L. H., & McDermott, M. D. (1990). Psychological stress and glucose metabolism in obese and normal-weight subjects: a possible mechanism for differences in stress-induced eating. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *9*(6), 693-700. doi: 10.1037//0278-6133.9.6.693

Wiser, S., & Telch, C. F. (1999). Dialectical behavior therapy for Binge-Eating Disorder. *Journal of clinical psychology*, *55*(6), 755-768. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(199906)55:6<755::aid-jclp8>3.0.co;2-r

Wundt, W. (1924). *An introduction to psychology*. (Pintner, R., Trans.). London: Allen & Unwin. (Original work published in 1912).

Wurtman, R. J. (1982). Nutrients that modify brain function. *Scientific American*, 246(4), 50-59. doi: 10.1038/scientificamerican0482-50

Yager, J., Landsverk, J., Edelstein, C. K., & Jarvik, M. (1988). A 20-month follow-up study of 628 women with eating disorders: II. Course of associated symptoms and related clinical features. *International Journal of Eating Disorders*, 7(4), 503-513. doi: 10.1002/1098-108X(198807)7:4<503::AID-EAT2260070408>3.0.CO;2-Z

Yeomans, M. R., Blundell, J. E., & Leshem, M. (2004). Palatability: response to nutritional need or need-free stimulation of appetite?. *The British journal of nutrition*, 92 Suppl 1, S3-S14. doi: 10.1079/bjn20041134

Yost, M. R., & Smith, L. A. (2012). When Does it Cross the Line ?: College Women's Perceptions of the Threshold Between Normal Eating and Eating Disorders. *Journal of College Student Development*, 53(1), 163-168. doi: 10.1353/csd.2012.0011.

Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 27(2), 155-168. doi: 10.1097/00004703-200604000-00014

Zipfel, S., Mack, I., Baur, L. A., Hebebrand, J., Touyz, S., Herzog, W., Abraham, S., Davies, P. S., & Russell, J. (2013). Impact of exercise on energy metabolism in anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 1(1), 37. doi: 10.1186/2050-2974-1-37

Zonnevijlle-Bendek, M. J. S., van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., van Elburg, A., & van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning?. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(1), 38-42. doi: 10.1007/s007870200006

Zucker, N. L., Losh, M., Bulik, C. M., LaBar, K. S., Piven, J., & Pelphrey, K. A. (2007). Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: guided investigation of social cognitive

endophenotypes. *Psychological bulletin*, 133(6), 976-1006. doi: 10.1037/0033-2909.133.6.976

Zysberg, L., & Rubanov, A. (2010). Emotional intelligence and emotional eating patterns: a new insight into the antecedents of eating disorders?. *Journal of nutrition education and behavior*, 42(5), 345-348. doi: 10.1016/j.jneb.2009.08.009

Annexe :

Autorisation d'utilisation d'image

Je soussigné, Nirine Arnold
Ci-après désigné «l'auteur» résidant à l'avenue de Tivoli 25, 1007 Lausanne, en Suisse,

déclare autoriser l'utilisation de l'image 7B8A3870 , aux conditions précisées dans le présent contrat, à:

Lisa De Paz
Ci-après désignée «le cessionnaire», résidant à l'avenue de Prefaully 25C,
1022 Chavannes-près-Renens, en Suisse.

Droits de représentation

L'auteur autorise au cessionnaire le droit de représentation de la photographie, dans le cadre du mémoire « Le poids des émotions dans un trouble du comportement alimentaire» par Lisa De Paz, à des fins de recherche uniquement, par les procédés suivants:

- Représentation de la photographie dans le mémoire, en page de couverture
- Diffusion du mémoire sur le site internet suivant : <https://serval.unil.ch>
- Représentation de la photographie sur divers supports en vue de promouvoir le mémoire.

Droits d'auteur

L'auteur reste détentrice des droits d'auteur de la photographie. Si le cessionnaire souhaite vendre son mémoire, elle devra acheter les droits de reproduction de l'image.

Lieu

La présente autorisation est consentie pour la Suisse et pour le monde.

Durée

La présente autorisation est consentie pour une durée illimitée, à partir du 20 juillet 2020.

Garanties du cessionnaire

L'auteur garantit que l'oeuvre faisant l'objet de la présente cession est une oeuvre originale, qu'elle n'est pas la reproduction d'oeuvres déjà diffusées, d'oeuvres dont les droits appartiennent à un tiers, ou de toute autre création protégée par le droit de la propriété intellectuelle. L'auteur garantit qu'il possède tous les droits d'auteur lui permettant de réaliser la présente cession et garantit le cessionnaire contre toute fraude, revendication ou action en contrefaçon.

Fait à Lausanne, le 20 juillet 2020.



Signature de l'auteur