

ETUDES
& PRATIQUES **EN**
PSYCHOLOGIE

VOL :1 N°2 /// PAGE 26/41



**ANOREXIE ET HOSPITALISATION :
REMANIEMENTS PSYCHIQUES OBSERVÉS AU COURS D'UNE
HOSPITALISATION CHEZ DES PATIENTES ANOREXIQUES /**

APPORT DU TEST DE RORSCHACH

*ANOREXIA NERVOSA AND HOSPITALIZATION:
PSYCHIC CHANGES OBSERVED DURING HOSPITALI-
ZATION FOR PATIENTS WITH RESTRICTIVE ANOREXIA
NERVOSA AND BULIMIA ANOREXIA NERVOSA.*

Contribution of the Rorschach Test

Clémence Martin

*Cette article est destiné à la recherche et à l'enseignement.
Il ne peut être utilisé dans un but commercial.*

clemence_martin@hotmail.fr

9, rue du Plat d'Étain - 75001

PARIS

« C'était quelque chose en dehors d'elle qu'elle ne savait pas nommer. Une énergie silencieuse qui l'aveuglait et régissait ses journées. Une forme de défonce aussi, de destruction. [...]. Elle se souvient de ce sentiment de puissance, qui repoussait toujours plus loin les limites du jeûne et de la souffrance. [...]. Et puis le froid est entré en elle, inimaginable. Ce froid qui lui disait qu'elle était arrivée au bout et qu'il fallait choisir entre vivre ou mourir » (De Vigan, 2001, p.9).

Résumé

Cette recherche porte sur la comparaison de l'évolution du fonctionnement de la personnalité entre des patientes anorexiques restrictives et anorexiques boulimiques au cours d'une hospitalisation en service spécialisé dans le traitement des troubles du comportement alimentaire. Nous avons rencontré dix sujets volontaires (cinq dans chaque groupe) âgés de 20 à 46 ans qui ont consenti à la passation du Rorschach (SI) en début et en fin de traitement ainsi qu'à la passation de l'EAT et du BITE.

Au décours de cette étude, nous avons pu constater que l'hospitalisation a eu un impact sur le fonctionnement psychique de ces patientes. Mais le remaniement psychique n'a pas été le même entre les deux sous-types d'anorexie. Nous notons chez les anorexiques restrictives une meilleure gestion de la sphère affective et relationnelle en fin de traitement mais une moins bonne perception de soi qu'en début d'hospitalisation. Chez les anorexiques boulimiques, nous ne notons pas d'évolution entre les deux temps de l'hospitalisation concernant la perception de soi et des relations qui restent pathologiques en fin de traitement. Mais nous avons mis en évidence chez ces dernières une moins bonne gestion de leurs émotions en fin d'hospitalisation. Enfin, nous relevons dans l'ensemble de notre population, une persistance de dysfonctionnements cognitifs avec notamment une importante difficulté d'insertion dans le réel. À cela, s'ajoute chez les anorexiques boulimiques l'apparition d'un important déni de leurs difficultés et de la réalité extérieure en fin d'hospitalisation.

L'hypothèse selon laquelle l'hospitalisation conduirait à un remaniement du fonctionnement psychique chez ces patientes est validée. Néanmoins, si ce remaniement nous apparaît globalement positif chez les anorexiques restrictives cela n'est pas le cas pour les anorexiques boulimiques où le remaniement nous apparaît globalement plutôt négatif et très limité.

Abstract

This research focused on the comparison of the psychological functioning changes between restrictive anorexia nervosa patients and bulimic anorexia nervosa patients during hospitalization in a service dedicated to the treatment of eating disorders. We met ten volunteers (five in each group) aged from 20 to 46 years who consented to undergo the Rorschach (SI) at the beginning and at the end of treatment as well as to undergo EAT and BITE.

Thanks to this study, we found that the hospitalization had an impact on the psychological functioning of these patients. But the psychic change was not the same between the two subtypes of anorexia. We noted that restrictive anorexia nervosa patients had better management of emotional and relational spheres at the end of treatment, but poorer self-perception than that at the beginning. For bulimic anorexia nervosa patients, we did not notice evolution during hospitalization for self-perception and relationships that were still pathological at the end of the treatment. But we identified poorer emotion management at the end of hospitalization. Finally, we noted in the entire population a persistence of cognitive dysfunction including a major difficulty to integrate into reality. For bulimic anorexia nervosa patients, added to this was the emergence of a significant denial of their difficulties and external reality at the end of hospitalization.

The assumption that the hospitalization would change the psychological functioning of these patients is validated. However, if this change appeared to be generally positive for restrictive anorexia nervosa patients, the change for bulimic anorexia nervosa patients appeared to be generally rather negative and very limited.

Mots clefs : Anorexie mentale, Personnalité, Rorschach, Hospitalisation, Evolution

Keywords: Anorexia nervosa, Personality, Rorschach, Hospitalization, Evolution

INTRODUCTION

L'objectif de notre recherche était avant tout de déterminer si l'hospitalisation à temps plein dans un service spécialisé dans le traitement des troubles du comportement alimentaire pouvait améliorer le tableau psychopathologique de ces patientes. Ainsi, nous avons cherché à montrer qu'une reprise de poids associée à une prise en charge psychothérapeutique, alimentaire et corporelle conduirait à un remaniement psychique allant dans le sens d'une amélioration globale. Nous avons réalisé une étude comparative avant et après traitement entre deux sous-types d'anorexie (anorexie restrictive pure et anorexie avec crises de boulimie et vomissements et/ou prise de purgatifs) afin d'étudier si les remaniements psychiques observés portent sur les mêmes sphères du fonctionnement psychologique (sphère affective, relationnelle, perception de soi et fonctionnement cognitif). Afin de mener à bien cette recherche, nous avons utilisé le test de Rorschach en système intégré nous permettant une évaluation globale du fonctionnement de la personnalité (sphère affective, relationnelle, perception de soi et fonctionnement cognitif).

I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Définition

Le terme « anorexie » signifie « absence d'appétit ». En se référant au dictionnaire (Larousse 2012), le terme d'anorexie est défini comme une « diminution ou un arrêt de l'alimentation, par perte d'appétit ou refus de se nourrir ». Dans ces deux définitions, il est important de noter que la dimension psychologique de l'anorexie n'est en rien abordée. C'est par l'ajout du terme « mentale » que l'on met en évidence le lien existant entre le corps et le psychisme dans cette pathologie. P. Jeammet (2005), cité par Pedinielli, Ferran, Grimaldi et Salomone (2012, p.8), décrit ainsi l'anorexie mentale comme « une conduite volontaire de restriction alimentaire et de lutte active contre la faim, bien que ceci ne soit généralement reconnu des patientes qu'après un travail thérapeutique ultérieur ». L'anorexie mentale se traduit donc par une lutte active contre la faim dans un contexte d'insatisfaction corporelle et elle est alors rattachée aux troubles du comportement alimentaire.

2. Épidémiologie

Il est important de souligner l'augmentation de la prévalence des troubles du comportement alimentaire dans les sociétés occidentales de nos jours. Cette augmentation serait en lien avec un idéal de minceur de plus en plus important dans ces pays. Elle peut être mise en parallèle avec l'occidentalisation des pays et donc la mondialisation. D'après le rapport de l'Académie nationale de médecine du 19 mars 2002, la prévalence des troubles du comportement alimentaire dans les pays occidentaux est évaluée à 1% chez les adolescents. Et on estimerait que 5 à 13% des adolescents souffriraient aujourd'hui d'un trouble du comportement alimentaire dans ces pays. Il y aurait surtout deux pics d'apparition de la maladie qui se situent autour de 13-14 ans et 17-18 ans. Finalement, malgré la forte prévalence de cette pathologie dans le monde (prévalence en constante augmentation), nous ne disposons que de très peu d'études épidémiologiques dans ce domaine en France cela rendant difficile la mise en place d'une prise en charge adaptée pour toutes ces patientes. Il conviendrait ainsi de réaliser des campagnes de sensibilisation et de prévention sur cette question auprès notamment des adolescentes pour lesquelles nous avons pu constater que les régimes étaient très présents en lien avec des préoccupations liées aux changements corporels et aux remaniements psychiques de la période adolescente.

3. Étiologie

Les facteurs de vulnérabilité de l'anorexie mentale sont multiples. Nous distinguons entre autres des facteurs sociaux-

culturels, familiaux, psychologiques et biologiques. Ces facteurs joueraient un rôle dans l'apparition mais aussi dans le maintien de la pathologie.

Nous avons pu mettre en évidence que cette pathologie se développait plus volontiers dans les sociétés occidentales malgré une extension aujourd'hui à d'autres pays en lien avec le phénomène de mondialisation. Par ailleurs, l'anorexie serait retrouvée dans des milieux socio-économiques élevés ou moyens contrairement à la boulimie que l'on verrait plus apparaître dans des milieux défavorisés (Gard et Freeman, 1996 repris par Shankland, 2009, p.44).

Le rôle des parents dans la genèse de ces troubles est très étudié depuis la fin du 19^e siècle. À partir de la première moitié du 20^e siècle, avec l'apport des théories psychanalytiques, le rôle des parents dans la genèse du trouble du comportement alimentaire a évolué. La relation mère-enfant a été tout particulièrement évoquée, mettant en évidence une inaptitude de la mère à nommer les besoins et à décrypter les messages de son enfant. Cette incapacité décrite chez la mère serait à l'origine d'une confusion interne chez le nourrisson qui aboutira à une distorsion de l'image du corps accompagné d'une difficulté à reconnaître à la fois ses émotions et ses sensations associé à un sentiment d'impuissance et de dépendance. Dans ce contexte, le trouble du comportement alimentaire serait une solution trouvée pour acquérir plus d'autonomie et de contrôle sur soi. Néanmoins, une étude de 2002 (Johnson, Cohen, Kasen & Brook repris par Shankland, 2009, p.45) n'a pas montré de lien significatif entre la relation mère-enfant et l'apparition d'un trouble du comportement alimentaire à l'adolescence (étude portant sur 800 enfants suivis de l'enfance à l'âge adulte). En revanche, cette étude a mis en évidence un lien entre la relation père-enfant et l'apparition d'un trouble du comportement alimentaire. Les pères à travers cette étude ont été décrits comme manifestant peu d'attention et d'affection à l'égard de leur enfant.

Par ailleurs, nous ne pouvons pas aujourd'hui affirmer l'existence d'une origine génétique permettant d'expliquer l'apparition d'un trouble du comportement alimentaire mais l'existence d'une vulnérabilité génétique est actuellement étudiée.

4. Pronostic et évolution

Le pronostic

Ce qui est important avant tout dans l'anorexie mentale, c'est de pouvoir repérer les critères dits de gravité qui sont au nombre de quatre et qui sont un indicateur de bon ou de mauvais pronostic pour ces patientes. Ces critères sont d'après B. Brusset (1998) :

- l'importance de la chute de poids : ce critère est objectivé par l'indice de Quetelet (inventé par A. Quetelet, scientifique belge) appelé IMC (Indice de Masse Corporelle) qui est le résultat du rapport entre le poids en kilos sur la taille en mètres au carré. L'organisation mondiale de la Santé a établi en 1997 des intervalles standards permettant de situer les sujets. Ainsi, nous pouvons considérer qu'un IMC compris entre 18,5 et 25 correspond à une corpulence normale alors qu'un IMC entre 16,5 et 18,5 correspond à un état de maigreur et enfin un IMC inférieur à 16,5 correspond à un état de dénutrition.
- la rapidité de l'amaigrissement : plus la perte de poids est rapide plus cela est signe de mauvais pronostic.
- la nature des apports alimentaires : les patientes qui maintiennent un apport protéique auront un meilleur pronostic que celles qui ne le font pas.
- toutes les causes de déficience somatique associées sont importantes à étudier.
Si tous ces critères de gravité sont rassemblés, une hospitalisation est alors fortement conseillée et préconisée par les soignants.

L'évolution

L'évolution se fait dans la plupart des cas, excepté dans le cas des formes mineures, sur plusieurs années. Malgré tout, cette évolution peut être différente selon la prédominance d'un aspect de la pathologie par

rapport à un autre. Mais Lasègue (dès 1873), puis d'autres auteurs plus récemment comme Chabrol (2004), ont néanmoins distingué 3 phases dans cette évolution :

- la première phase est une phase dite « de souffrance ». Elle correspond à une phase de lutte contre la faim qui se développe dans un contexte d'insatisfaction tant sur le plan corporel que relationnel.
- la deuxième phase est à l'inverse une phase dite « d'euphorie » durant laquelle l'anorexique atteste de son pouvoir sur elle-même. En effet, durant cette période l'amaigrissement est de plus en plus facile et source de satisfaction et constitue le moyen trouvé par l'anorexique pour calmer des tensions intérieures. Cette phase est de durée variable et peut même dans certains cas rester à un stade imaginaire.
- la troisième phase peut être de différents types et être le signe d'une évolution plus ou moins favorable selon les patientes. En effet, l'apparition de crises de boulimie et de vomissements signe une évolution défavorable dans la plupart des cas. D'autant plus lorsqu'elle est associée à d'autres symptômes tels que : des actes de vols (notamment d'aliments), de tentatives de suicide, d'automutilation ou de consommation de produits toxiques, entre autres. L'apparition des troubles du caractère constitue aussi une évolution défavorable. Ces troubles du caractère ne sont pour la plupart du temps pas durables mais sont plutôt transitoires et présents au moment où les conflits avec l'entourage atteignent leur paroxysme. Enfin, l'installation dans la cachexie signe l'évolution la plus défavorable. Alors que l'apparition d'effets dépressifs signe souvent une évolution favorable.

5. Test de Rorschach et Troubles du comportement alimentaire

Une étude portant seulement sur vingt sujets (dix patientes anorexiques restrictives pures d'un côté et dix patientes anorexiques-boulimiques d'un autre côté) réalisée par Judith et al. (1983) a permis une comparaison à l'aide du test de Rorschach du fonctionnement de la personnalité entre ces deux sous-groupes d'anorexie. Cette étude n'a révélé aucune différence significative entre les deux sous-groupes. Ce résultat interroge néanmoins la question de la petite taille de l'échantillon qui ne permet peut-être pas de mettre en évidence des différences significatives entre ces deux sous-groupes. Néanmoins, si l'on ne fait pas de différence entre les deux sous-groupes d'anorexie, nous constatons que plus de 50% des sujets présentent une distorsion sévère de la pensée ainsi qu'un nombre élevé de processus primaires. Les auteurs ont de plus mis en évidence deux types d'indicateurs présents chez ces patientes qui sont des indicateurs de :

- déviations structurelles caractérisées par des verbalisations déviantes, des confabulations, des contaminations et des combinaisons fabulées
- contenus déviants caractérisés par des réponses morbides ou sanguinaires d'images abîmées ou détruites ainsi que des contenus sexuels

Une étude réalisée par Garcia-Alba (2005) s'est intéressée aux singularités du fonctionnement cognitif chez cinquante patientes diagnostiquées comme anorexiques restrictives pures auxquelles on a fait passer un test de Rorschach. Les résultats présentés dans cette étude ne vont pas dans le sens de la littérature. En effet, d'après la littérature, les patientes anorexiques restrictives pures semblent présenter majoritairement un fonctionnement cognitif de type obsessionnel ce qui n'est pas le cas d'après les résultats de cette étude. Seule une idéation passive peut être interprétée comme un symptôme d'un trait obsessionnel. Par ailleurs, cette recherche met en évidence la présence de difficultés concernant le traitement de l'information chez ces patientes ainsi que la présence d'une introspection et de ressources limitées, d'une impulsivité et d'une image de soi plus en lien avec des représentations imaginaires.

E. Muzio (2000) a réalisé une étude sur la représentation de soi chez sept femmes boulimiques à poids normal à l'aide du test de Rorschach en système intégré. Cette étude a mis en évidence chez ces patientes une baisse de l'estime de soi (EGO < norme) associée à un nombre de réponses reflète supérieur à la norme mettant ainsi en évidence un surinvestissement narcissique venant compenser cette faible estime de soi. De plus, il a été mis en évidence chez ces patientes un attachement important à l'apparence (Cg > norme) montrant chez ces patientes selon E.Muzio (2000) « une tendance à surinvestir l'enveloppe de soi et à

s'identifier de manière privilégiée aux attributs superficiels du Soi » (Muzio, 2000, p. 149) Il a aussi été montré que l'image de soi chez ces patientes se fonde principalement sur des représentations imaginaires et des déformations de l'expérience ($H < (H)+(H_d)+H_d$) comme nous l'avons vu précédemment dans l'étude de Garcia-Alba (2005). Enfin, elles présentent un point de vue pessimiste sur soi ($MOR > 2$) principalement en lien avec des préoccupations portant sur le corps et l'image du corps ($An+Xy > 1$). Par ailleurs, il a été montré que ces patientes portent un regard objectif sur elles-mêmes (FD dans norme) mais elles éprouvent une douleur importante dans le cas d'une confrontation avec leur image qui peut aller jusqu'à l'apparition d'un sentiment de honte et de culpabilité chez ces dernières ($V > 0$). De plus, concernant la sphère cognitive, elles présentent un mauvais ancrage dans la réalité ($X+% < 0,50$ et $X_% > 0,20$). Enfin, d'autres résultats que ceux concernant la représentation de soi ont été mis en évidence dans cette étude. Tout d'abord, un indice DEPI positif mettant en évidence chez ces dernières une dépression essentiellement affective qui est étroitement liée au mécanisme d'intellectualisation qui est le mécanisme de défense privilégié de ces patientes. De plus, une tendance à la rêverie et à la fuite dans l'imaginaire ($Mp > Ma$).

II. MÉTHODOLOGIE

1. Hypothèse

L'hospitalisation à temps plein dans un service spécialisé dans le traitement des troubles du comportement alimentaire conduit à un remaniement du fonctionnement psychique chez les patientes anorexiques restrictives et les patientes anorexiques boulimiques.

2. Présentation du lieu de la recherche

Cette recherche s'est déroulée dans une unité spécialisée dans le traitement des troubles du comportement alimentaire. La prise en charge dans cette unité se réalise en trois phases comprenant le suivi de pré-hospitalisation, le temps d'hospitalisation (la durée d'hospitalisation variant de 3 à 6 mois en moyenne) et enfin le suivi de post-hospitalisation. Le suivi de pré-hospitalisation vise à une amélioration de la conscience de la maladie chez la patiente (à l'aide de groupe éducatif par exemple) ainsi qu'au développement de sa motivation (entretiens motivationnels) pour cette hospitalisation. Cela permet aussi une surveillance clinique et biologique de la patiente.

Le temps de l'hospitalisation se déroule en trois étapes. À leur arrivée dans le service, les patientes restent une semaine en observation. Durant cette semaine, elles ne sont soumises à aucune règle alimentaire et peuvent ainsi montrer les difficultés qu'elles rencontrent à l'équipe soignante (restrictions alimentaires, crises de boulimie, vomissements, hyperactivité physique...). À la fin de cette période et en lien avec les difficultés soulevées lors de cette semaine d'observation sera établi le contrat dit de phase 1 de l'hospitalisation puis par la suite le contrat relatif à la phase 2 de l'hospitalisation et enfin le contrat de la phase de stabilisation. Lors de la phase 1 de l'hospitalisation, la prise en charge est centrée sur la reprise de poids et la diversification alimentaire. Lors de la phase 2, un travail sur l'image corporelle débute ainsi qu'une prise en charge en art-thérapie et en psychothérapie individuelle de soutien. De plus, les patientes doivent réaliser des ateliers de cuisine afin d'apprendre ou réapprendre à cuisiner pour elles et les autres. Elles peuvent pour certaines reprendre une activité physique modérée. Lors de ces deux premières phases, les patientes ne peuvent pas sortir de l'unité sauf lorsqu'elles ont atteint un Indice de Masse Corporelle (IMC) de 16. En effet, elles peuvent dans ce cas sortir en compagnie de leur famille le weekend durant quelques heures. Enfin, lors de la phase de stabilisation, les patientes passent une partie de leur temps à l'hôpital et l'autre partie en permission à l'extérieur. Durant ces permissions, elles doivent réaliser différents exercices en lien avec les difficultés qu'elles rencontrent toujours à ce stade de l'hospitalisation.

Enfin, à leur sortie d'hospitalisation, un suivi de post-hospitalisation est mis en place. Ce suivi est différent suivant les patientes et les difficultés qui persistent en fin d'hospitalisation. Un suivi en hôpital de jour peut être proposé ou un suivi en ambulatoire associant une prise en charge diététique, psychologique et médicale.

3. Déroulement de l'étude

Notre étude a porté sur dix patientes hospitalisées dans cette unité. Pour chacune d'elles, quatre entretiens ont été réalisés. Le premier entretien concernait le recueil de données anamnestiques. Lors du deuxième entretien avait lieu la première passation du test de Rorschach (au bout d'une semaine d'hospitalisation en moyenne). Puis, lors du troisième entretien était réalisée la deuxième passation du test de Rorschach (environ une semaine avant la date de fin d'hospitalisation). Enfin, le dernier entretien consistait en un entretien de restitution sur l'ensemble des deux passations de Rorschach. En effet, lors de cette dernière rencontre étaient abordés les points essentiels ressortant de la première passation ainsi que ceux ressortant de la deuxième passation et les possibles différences et similitudes qui s'en dégagent. Par ailleurs, la passation de l'EAT-40 et celle du BITE étaient réalisées de manière indépendante de cette recherche. En effet, chaque patiente en début et en fin d'hospitalisation remplit ces questionnaires sur informatique.

4. Éthique et déontologie

Notre réflexion lors de ce travail a porté sur le respect absolu du patient dans une situation de recherche. Pour cela, nous nous sommes appuyée sur le consentement libre et éclairé des patientes, la confidentialité, l'anonymat et le choix pertinent des outils. Par ailleurs, les patientes ont eu accès à un retour oral et écrit (entretien et remise d'un compte-rendu) de leurs résultats. Trois patientes de notre étude (deux appartenant au groupe 1 des patientes anorexiques restrictives et une appartenant au groupe 2 des patientes anorexiques boulimiques) ont quitté l'étude car elles sont sorties contre avis médical au cours de leur hospitalisation. Néanmoins, un retour écrit et oral leur a été fait avant leur départ du service.

Il nous est apparu très important de nous questionner sur le bien-être de l'autre à travers sa participation à cette recherche. En effet, nous nous sommes intéressée dans cette étude à une population fragile sur le plan somatique et psychique (surtout en début d'hospitalisation en raison d'un IMC (indice de masse corporel) très bas chez la majorité de nos participantes) ce qui nous a amenée à questionner les conséquences de la passation d'un test projectif comme le test de Rorschach chez ces patientes. Nous avons dû nous interroger sur les bienfaits de cette étude en les mettant en lien avec les efforts et les inconvénients que pourraient rencontrer ces patientes en participant à cette étude. C'est en souhaitant respecter ce principe de bienfaisance que nous avons consulté le médecin psychiatre de chacune des patientes afin de décider ensemble du bien-fondé de la participation de chacune des patientes à notre étude.

5. Présentation de la population d'étude (cf. tableau en annexe)

Dans cette étude, nous nous sommes intéressée à deux groupes distincts :

- un groupe composé de cinq patientes diagnostiquées comme anorexiques restrictives pures (« restricting type ») à partir des critères diagnostiques du DSM-IV TR, du score obtenu à l'EAT-40 (score supérieur ou égal à 30) et du score au BITE (score inférieur ou égal à 20).
- un groupe composé de cinq patientes diagnostiquées comme anorexiques avec crises de boulimie et/ou vomissements ou prise de purgatifs (« binge-eating/purging type ») à partir des critères diagnostiques du DSM-IV TR, du score obtenu à l'EAT-40 (score supérieur ou égal à 30) et du score au BITE (score supérieur à 20).

6. Critères et outils d'inclusion

- Les critères d'inclusion dans cette étude sont :
- Des personnes de sexe féminin
- Des femmes dont l'âge est compris entre 20 et 46 ans
- Des femmes ayant un diagnostic de troubles du comportement alimentaire selon les critères du DSM-IV TR et par le score obtenu à l'EAT-40 (score \geq 30)
- Des femmes ayant connaissance de ce diagnostic d'anorexie mentale
- Des femmes hospitalisées pour traitement d'une anorexie mentale dans le cadre d'une hospitalisation libre
- Des femmes ayant un poids dit « normal » en fin d'hospitalisation (IMC \geq 19,5)
- Des femmes ayant une bonne maîtrise de la langue française

L'inclusion des patientes dans cette étude a été réalisée après passation de deux tests différents : l'EAT 40 et le BITE. L'EAT 40 est un des rares outils d'évaluation utilisés dans le cas des troubles du comportement alimentaire qui a été validé sur une population française. Il est aujourd'hui le test le plus utilisé dans le dépistage des troubles du comportement alimentaire. Il sert avant tout à mesurer la présence d'un trouble du comportement alimentaire, son intensité et son évolution. Ce test a été conçu par Garner et Garfinkel en 1979 et il comporte 40 items. Le BITE permet d'identifier les patientes souffrant de boulimie et de binge eating disorder. Il permet de mettre en évidence la présence ainsi que la sévérité des symptômes boulimiques chez ces patientes. Ce test a été conçu par Henderson et Freeman en 1987 à partir des symptômes boulimiques décrits entre autres par Palmer (1979), H. Bruch (1975) et Russel (1979).

7. Le test de RORSCHACH

Ce test a été mis au point par Herman Rorschach (psychiatre suisse) qui s'est attaché à analyser les différences entre groupes cliniques à partir « d'épreuves de taches d'encre ». Ce test passa plutôt inaperçu chez ses confrères à cette époque. Néanmoins, ses travaux furent repris par Samuel Beck (psychologue américain) en 1927 qui entreprit une large standardisation du test. Il renommait ainsi son travail sous le terme de « Test de Rorschach ».

Enfin, John Exner (psychologue américain) dans les années 70 mit au point une méthode standardisée et synthétique d'administration, de cotation et d'interprétation du test appelé « système intégré ». Cette approche a été introduite en France par Anne Andronikof (professeur de psychopathologie) dans les années 80. Dans le cas de l'anorexie, ce test nous est apparu comme un outil très important de par son abord privilégié de la problématique corporelle. Le corps étant abîmé et rejeté dans le cas de l'anorexie mentale, cet aspect particulier du test nous est apparu comme essentiel pour saisir cette problématique centrale dans la pathologie. Mais, ce test nous est aussi apparu important pour saisir la difficulté de gestion de la sphère émotionnelle repérée chez les patientes ainsi que l'isolement relationnel dans lequel elles se trouvent très souvent à leur arrivée dans le service.

RÉSULTATS

1. Les patientes anorexiques restrictives

Nous avons pu constater chez les patientes anorexiques restrictives une meilleure gestion des émotions en fin de traitement qu'en début. En effet, en début d'hospitalisation, elles apparaissent dans un évitement émotionnel, une répression des émotions et elles utilisent le mécanisme d'intellectualisation de manière massive pour tenter de neutraliser ces affects, elles apparaissent donc dans un hypercontrôle émotionnel. En fin de traitement, il y a disparition de cet hypercontrôle malgré l'apparition de difficultés de gestion de l'expression émotionnelle.

De plus, nous constatons une meilleure perception des relations en fin de traitement qu'en début de traitement. En effet, en fin de traitement, elles ne sont plus sur la défensive sur le plan relationnel mais au contraire elles apparaissent comme aimables et sociables aux yeux des autres. Néanmoins, il y a persistance d'une difficulté à nouer des relations proches/intimes en lien avec un manque de capacité empathique. Nous avons pu remarquer que ces patientes sont régulièrement confrontées à des situations d'échec. En effet, nous avons pu constater chez elles des difficultés relationnelles amenant à des échecs de leurs histoires relationnelles mais aussi des échecs liées à des aspirations trop élevées comparées à leurs capacités de réalisation. Il conviendra de nous interroger sur le lien pouvant exister chez ces patientes entre meilleure gestion des relations et reprise d'une vie sociale à l'intérieur même du service durant leur hospitalisation.

Néanmoins, chez ces dernières nous notons une moins bonne perception de soi en fin d'hospitalisation. En effet, ces patientes souffrent en début de traitement d'un important conflit portant sur l'image de soi pouvant amener à des fluctuations de l'humeur et à des problèmes comportementaux. En effet, à une mauvaise estime d'elles-mêmes est paradoxalement associé un sentiment de haute valeur personnelle. Nous ne notons

pas une meilleure perception de soi en fin d'hospitalisation mais au contraire le développement d'un point de vue négatif sur soi à l'inverse du sentiment de haute valeur personnelle retrouvée en début d'hospitalisation. Il conviendra dans la suite de notre travail de nous interroger sur les raisons du développement de cette image négative de soi en fin de traitement et sur le possible impact de la reprise de poids sur cette évolution de la perception de soi.

Enfin, en début comme en fin d'hospitalisation nous remarquons chez les patientes un mauvais ancrage dans la réalité.

En conclusion, nous pouvons remarquer chez ces patientes une meilleure gestion de leurs affects en fin de traitement ainsi qu'une meilleure perception des relations. En effet, nous constatons une disparition de leur hyper-contrôle émotionnel ainsi que de leur attitude défensive vis-à-vis d'autrui. A contrario, nous ne notons pas une meilleure perception de soi. En effet, elles présentent toujours une mauvaise estime d'elles-mêmes en fin de traitement à laquelle s'ajoute une image de soi dévalorisée. Concernant la sphère cognitive, très peu de changements peuvent être relevés. En effet, ces patientes présentent en début comme en fin de traitement des difficultés d'ancrage dans la réalité.

2. Les patientes anorexiques boulimiques

Chez ces patientes, nous notons une persistance d'une mauvaise perception de soi. En effet, leur image de soi se fonde principalement sur des impressions imaginaires ou des déformations de l'expérience et elles portent un intérêt important à l'apparence. De plus, nous remarquons chez elles, la persistance d'une mauvaise perception des relations et notamment d'une grande difficulté à nouer des relations proches qui est elle aussi en lien avec leur manque de capacités empathiques.

Par ailleurs, elles présentent une moins bonne gestion des émotions en fin d'hospitalisation. En effet à l'évitement émotionnel et à la répression émotionnelle observée en début d'hospitalisation s'ajoute un processus de négativisme, l'utilisation excessive du mécanisme d'intellectualisation leur permettant de mettre à distance les émotions et une intériorisation d'affects pénibles. Finalement, ces patientes apparaissent dans une grande difficulté de gestion de leurs émotions. En effet, elles sont en retrait sur le plan émotionnel, elles évitent toutes stimulations émotionnelles et elles auront beaucoup de difficultés à exprimer leurs émotions que ce soit en début ou en fin de traitement. Elles ne semblent pas avoir une pleine conscience de leurs difficultés et présentent une rigidité du fonctionnement psychique. De plus, elles se fixent des objectifs trop élevés par rapport à leur capacité de réalisation ce qui les confrontera très régulièrement à des situations d'échecs. Il est important de souligner que l'impact de l'échec chronique au niveau affectif sera d'autant plus important chez ces patientes du fait de leur type de résonance intime extratensif. Finalement, nous ne notons pas chez ces patientes une meilleure gestion de la sphère affective en fin de traitement mais au contraire l'émergence de sentiments négatifs et d'une certaine difficulté de gestion du sentiment de colère.

Nous notons un mauvais ancrage dans la réalité en début et en fin de traitement auquel s'ajoute un important déni des difficultés extérieures en fin de traitement. Enfin, il est important de noter que ces patientes présentent des difficultés d'introspection en début comme en fin de traitement les rendant volontiers naïves par rapport à elles-mêmes. De plus, elles présentent une rigidité du fonctionnement psychologique pouvant contribuer au maintien du trouble car il constitue un facteur de résistance à la mise en place d'une psychothérapie.

En conclusion, nous ne notons pas d'amélioration de la perception de soi ou de la perception des relations chez ces patientes au cours de l'hospitalisation. Au contraire, nous observons une moins bonne gestion des émotions en fin de traitement qu'en début. Nous notons l'émergence de sentiments pénibles et retenus associés à des affects de colère. Enfin, au niveau cognitif, nous constatons un recours excessif à la fantaisie en fin de traitement mettant en évidence un déni important de la réalité extérieure chez ces patientes.

3. Comparaison entre ces patientes aux deux temps de l'hospitalisation

Après l'étude de l'évolution du fonctionnement de la personnalité avant et après traitement chez les pa-

tientes anorexiques restrictives et chez les patientes anorexiques boulimiques, nous avons pu mettre en évidence la présence de cinq éléments communs entre ces deux sous-groupes aux deux temps de l'hospitalisation. Tout d'abord, nous avons montré que l'ensemble de ces patientes présentent une difficulté à établir et à maintenir des relations proches sans doute en lien avec un manque de capacité empathique ($SumT = 0$). Par ailleurs, leur image de soi est fondée sur des impressions imaginaires ou des déformations de l'expérience ($H < Hd+(H)+(Hd)$) plutôt que sur des identifications à des personnes réelles. Au niveau cognitif, elles présentent en début et en fin d'hospitalisation une approche particulière de leur environnement et de la réalité ($X+\% < norme$) en lien avec de réelles difficultés ($X-\% > norme$) et non avec un désir d'appréhension de leur environnement de manière originale, singulière ou anticonformiste. Nous avons mis en évidence chez l'ensemble de ces patientes que cette précarité ou cette fragilité de l'adaptation était sans doute en lien avec des éléments appartenant au domaine affectif même si ce n'est pas toujours le seul lien possible. Enfin, nous avons remarqué chez ces patientes une tendance à se fixer des objectifs plus élevés que leurs capacités de réalisation ($W \gg M$) et cette inadéquation entre attente et capacité du sujet rend alors plus important le risque d'échec et donc de frustration.

En conclusion, les patientes anorexiques restrictives présentent en fin d'hospitalisation une meilleure gestion des relations que les patientes anorexiques boulimiques mais une moins bonne perception de soi. Néanmoins, comme en début de traitement, ce dernier résultat reste à nuancer du fait du peu de capacités d'introspection de ces patientes pouvant fausser la perception de soi en raison du regard naïf qu'elles portent sur elles-mêmes. Par ailleurs, les patientes anorexiques boulimiques présentent une moins bonne gestion de leurs affects en fin de traitement que les patientes anorexiques restrictives alors que cela n'était pas le cas en début d'hospitalisation. Enfin, les patientes anorexiques boulimiques présentent une moins bonne gestion de la sphère cognitive avec notamment la présence d'un important déni de leurs difficultés ce qui n'est pas le cas chez les patientes anorexiques restrictives.

IV. DISCUSSION

Il est apparu important de revenir sur différents points retrouvés dans les deux sous-groupes aux deux temps de l'hospitalisation.

Tout d'abord, concernant la perception de soi nous avons pu remarquer que l'identification chez ces patientes se base plus sur des déformations de l'expérience réelle ou des impressions imaginaires que sur des identifications à des personnes réelles. Garcia-Alba (2005) a mis cela en évidence dans son étude sur des patientes anorexiques restrictives et E.Muzio (2000) dans son étude portant sur des patientes boulimiques. Ainsi, ces résultats vont dans le sens de l'existence chez l'ensemble de ces patientes d'une confusion sur le plan des identifications. D'après le test de Rorschach en système intégré, cela signe chez elles « une limitation de la conscience de soi qui peut avoir un impact très négatif sur la prise de décision et la résolution de problèmes, et elle crée un potentiel de difficultés dans la sphère relationnelle » (J.Exner traduit par A.Andronikof (2003), p. 245). Par ailleurs, ce résultat nous interpelle d'autant plus en fin de traitement sachant que les personnes progressant bien sous traitement tendent à donner, selon le test de Rorschach en système intégré, plus de réponses H pur que d'autres contenus humains ce qui n'est pas le cas chez nos patientes. Ainsi, selon nous, ce résultat en plus d'être le signe d'une confusion des identifications chez les patientes de notre population est un signe d'une difficulté à avoir un regard objectif sur soi ne leur permettant pas de progresser en thérapie. Finalement, ce résultat serait selon nous un indice d'un risque de rechute, en fin de traitement par manque de conscience de soi.

Nous avons pu remarquer chez ces patientes un mauvais ancrage dans la réalité. Cela montre qu'elles auront des difficultés à percevoir leur environnement et la réalité de manière réaliste et conventionnelle. Cette difficulté d'insertion dans la réalité peut être en lien avec l'existence chez elles d'une certaine naïveté. Ou cela pourrait être en lien avec une difficulté à reconnaître l'existence et surtout la gravité de leur pathologie. Tout d'abord, nous avons pu noter chez les anorexiques restrictives en début de traitement l'existence d'un

déni (réponses reflète > norme) signant un refus de reconnaître la réalité d'une perception vécue comme dangereuse et/ou douloureuse pour elles. Ce déni est retrouvé en fin d'hospitalisation chez les anorexiques boulimiques (Mp>Ma) mettant en évidence ce même refus de reconnaître des éléments douloureux de la réalité externe. De plus, nous avons pu noter lors de nos entretiens avec elles en début comme en fin d'hospitalisation une difficulté pour prendre conscience de la gravité de leur pathologie malgré un IMC très bas et pour certaines une hospitalisation en service de réanimation avant cette hospitalisation. Ainsi, ces difficultés d'ancrage dans la réalité nous apparaissent plus volontiers en lien dans notre population avec un déni de leurs difficultés qu'avec une naïveté. Cela constituerait un facteur de mauvais pronostic car elles ne semblent pas prendre conscience du risque vital qu'elles encourent. Notons néanmoins que cela serait à confirmer par un test de QI dans cette population.

Enfin, nous avons mis en évidence chez ces patientes des difficultés à nouer des relations intimes en lien avec un manque de capacité empathique. D'après C.Chabert (1997) repris par D.Castro (2011, p. 120), l'absence de réponses « texture » dans un protocole signe chez ces patientes « l'absence d'intégration de la sensorialité primitive et la difficulté du sujet à se laisser aller vers des positions régressives ». Par ailleurs, cela constitue d'après le test de Rorschach en système intégré un facteur de résistance personnelle ce qui désigne « l'ensemble des forces psychologiques qui s'opposent au progrès de la connaissance de soi » (Castro, 2011, p.218). Nous avons, en effet, pu constater chez elles en début comme en fin de traitement une difficulté à être dans une relation proche sur le plan affectif avec autrui. Elles expliquent cette difficulté par une peur d'être déçues ou qu'on se joue d'elles. Ainsi, cette difficulté à nouer des relations intimes apparaît directement en lien dans notre population avec une méfiance dans les relations interpersonnelles par peur d'être déçues et d'exprimer librement leurs émotions.

Au vu de nos résultats, nous avons pu remarquer un remaniement psychique plus important durant l'hospitalisation chez les anorexiques restrictives de notre population que chez les anorexiques boulimiques, notamment concernant la sphère affective, relationnelle et la perception de soi. En effet, nous avons remarqué chez les patientes anorexiques restrictives que le traitement, la prise de poids ont eu un impact sur le plan psychique mais qu'à une amélioration sur le plan affectif et relationnelle est associée une moins bonne image de soi. À l'inverse, chez les anorexiques boulimiques nous constatons une moins bonne gestion de la sphère affective en fin de traitement alors que la perception de soi et des relations ne se voit pas modifiée par l'hospitalisation mais reste toutefois pathologique. Par ailleurs, nous notons chez l'ensemble de ces patientes un mauvais ancrage dans la réalité en début comme en fin de traitement auquel s'ajoute un recours important à la fantaisie chez les patientes anorexiques boulimiques en fin de traitement.

En conclusion, nous pouvons dire que l'hospitalisation a conduit à un remaniement psychique chez l'ensemble des patientes de notre population mais que celui-ci se vaudra plus volontiers négatif pour les anorexiques boulimiques alors qu'il se veut globalement plus positif pour les anorexiques restrictives. Finalement, la suppression des symptômes alimentaires chez les anorexiques restrictives (arrêt des restrictions alimentaires) aurait un impact plutôt positif notamment sur le plan affectif même si la prise de poids aurait un impact négatif sur la perception de soi. Alors que la suppression des symptômes alimentaires chez les patientes anorexiques boulimiques (arrêt des crises de boulimie) et la reprise de poids conduiraient à une moins bonne gestion de leurs affects ainsi qu'à un recours important au mécanisme de déni.

V. LIMITES

Le premier facteur limitant est le nombre insuffisant de sujets inclus dans notre recherche. En effet, chacun de nos groupes est constitué de cinq patientes en début d'hospitalisation ce qui ne permet pas une validité de nos résultats sur le plan statistique. Par ailleurs, nos groupes ne sont plus composés que de quatre et de trois patientes en fin de traitement ce qui rend d'autant plus difficile les comparaisons entre les deux sous-groupes. Ainsi, il convient de rester prudent concernant nos résultats et notamment la généralisation de nos conclusions. La deuxième limite de notre recherche concerne le temps d'hospitalisation de ces patientes.

En effet, suivant leur poids d'arrivée et les difficultés qu'elles rencontrent leur hospitalisation sera plus ou moins longue. Ceci soulève un autre biais de notre recherche concernant le poids d'entrée de ces patientes. En effet, certaines sont à leur arrivée beaucoup plus dénutries que d'autres. Ainsi, il est important de tenir compte de l'impact de la dénutrition sur certains de nos résultats en début de traitement. Enfin, une autre limite de notre travail concerne le temps entre les deux passations du test de Rorschach. Il a été de trois à cinq mois suivant le temps d'hospitalisation de ces patientes.



VI. Conclusion

Au vu des résultats de notre recherche, nous pouvons conclure que l'hospitalisation a eu un impact sur le fonctionnement psychique de ces patientes. En revanche, le remaniement psychique n'a pas été le même entre les deux sous-types d'anorexie. Nous notons chez les anorexiques restrictives une meilleure gestion de la sphère affective et relationnelle en fin de traitement mais une moins bonne perception de soi qu'en début d'hospitalisation. Chez les anorexiques boulimiques, nous ne notons pas d'évolution entre les deux temps de l'hospitalisation concernant la perception de soi et des relations qui restent pathologiques en fin de traitement. En revanche, nous avons mis en évidence chez ces dernières une moins bonne gestion de leurs émotions en fin d'hospitalisation. Enfin, nous relevons dans l'ensemble de notre population, une persistance de dysfonctionnements cognitifs avec notamment une importante difficulté d'insertion dans le réel. À cela s'ajoute chez les anorexiques boulimiques l'apparition d'un important déni de leurs difficultés et de la réalité extérieure en fin d'hospitalisation.

En conclusion, l'hypothèse selon laquelle l'hospitalisation conduirait à un remaniement du fonctionnement psychique chez ces patientes est validée. Ce remaniement nous apparaît globalement positif chez les anorexiques restrictives alors que pour les anorexiques boulimiques ce remaniement nous apparaît globalement négatif et limité. Néanmoins, nous pouvons nuancer en partie ces résultats. En effet, la dégradation de l'image de soi observée chez les anorexiques restrictives nous est apparu comme un élément important car il pourrait être un indicateur d'une possible rechute. Par ailleurs, le recours au mécanisme d'intellectualisation en fin d'hospitalisation par les patientes anorexiques boulimiques signifie malgré tout une amélioration. Elles ont en fin de traitement remplacé un acte physique (ingestion alimentaire) par un recours à l'intellect.

Nous ne pouvons pas élargir nos conclusions à l'ensemble de la population concernée en raison de la petite taille de notre échantillon de recherche mais aussi de l'existence de possibles biais méthodologiques. Néanmoins, cette recherche nous paraît importante afin d'évaluer les difficultés de ces patientes en début de traitement et celles persistantes en fin d'hospitalisation. Cela devrait nous permettre d'envisager peut-être différemment la prise en charge de ces patientes notamment en effectuant un travail plus ciblé sur la sphère affective durant leur hospitalisation. Ainsi, ce travail nous montre que l'hospitalisation ne peut être qu'une étape dans la prise en charge et que celle-ci doit continuer après l'hospitalisation.

/// Références bibliographiques

- A.E.P.U., A.N.O.P., S.F.P., C.N.C.D.P. (2012). *Code de déontologie des psychologues*.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Texte révisé (DSM-IV-TR)*. Traduction Guelfi, J. Paris : Masson.
- Bruch, H. (1994). *Les yeux et le ventre*. Paris : Éditions Payot.
- Brusset, B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris : Éditions Dunod.
- Castro, D. (2011). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte*. Paris: Dunod.
- De Vigan, D. (2001). *Jours sans faim*. Paris : Éditions J'ai lu.
- Dictionnaire français. « Anorexie ». In Larousse [En ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anorexie> (Page consultée le 12 novembre 2012).
- Exner, J.E. (1996, 2002). *Manuel de cotation du Rorschach pour le Système Intégré*. Paris : Éditions Frison-Roche.
- Exner, J.E. (2003). *Manuel d'interprétation du Rorschach en Système Intégré*. Paris : Éditions Frison-Roche.
- Garcia-Alba, C. (2005). *Cognitive functioning and other discriminatory variables in anorexic patients*. *Rorschachiana*, 27, 191-210.
- Judith F., Kaufer, Ph. D., Jack, L., Katz, M. D. (1983). *Rorschach responses in Anorectic and Nonanorectic Women*. *International Journal of Eating Disorders*, 3(1), 65-74.
- Muzio, E. (2000). *La représentation de soi chez sept femmes boulimiques. Une étude Rorschach (système intégré)*. *Revue Européenne de Psychologie appliquée*, 1-143-151.
- Pedinielli, J.L., Ferran, A., Grimaldi, M.A., Salomone, C. (2012). *Les troubles des conduites alimentaires : Anorexie, boulimie, obésité*. Paris : Éditions Armand Colin.
- Shankland, R. (2009). *Les troubles du comportement alimentaire*. Paris : Éditions Dunod.



/// Annexes

Tableau récapitulatif de l'échantillon en début d'hospitalisation

GROUPES		IMC	AGE	EAT	BITE (Symptôme/ sévérité)	Durée hospitalisation (en semaines)
1 : ANO-R	Amélie	15,56	21	35	9/0 (-)	18 s.
	Charlotte	14,12	20	37	10/0 (-)	22 s.
	Julia	14,6	28	72	19/9 (-)	5 s. (sortie CAM)
	Léa	17,18	32	34	14/3 (-)	6 s. (sortie CAM)
	Sarah	15,64	22	36	13/0 (-)	19 s.
Moyenne		15,42	24,6	42,8	13/2,4 (-)	
2 : ANO-B	Cécile	16,75	24	68	29/21 (+) (sévère)	19 s.
	Margot	19	31	55	27/7 (+)	17 s.
	Louise	13,03	26	84	23/8 (+)	23 s.
	Fanny	17,73	23	60	25/11 (+) (sévère)	16 s.
	Laure	16,2	46	32	22/12 (+) (sévère)	9 s. (sortie CAM)
Moyenne		16,54	30	59,8	25,2/11,8 (+)	

Tableau récapitulatif de l'échantillon en fin d'hospitalisation

GROUPES		IMC	AGE	EAT	BITE (Symptôme/sévérité)
1 : ANO-R	Charlotte	19,93	20	10	1/0 (-)
	Amélie	19,73	21	6	2/0 (-)
	Sarah	20,6	22	9	1/0 (-)
Moyenne		20,08	24,6	8,3	1,33/0 (-)
2 : ANO-B	Cécile	19,94	24	38	18/6 (-)
	Margot	21,5	31	20	15/8 (-)
	Louise	19,64	26	22	10/6 (-)
	Fanny	20,4	23	21	11/7 (-)
Moyenne		20,37	30	25,25	13,5/6,75 (-)

ETUDES
& PRATIQUES EN
PSYCHOLOGIE