



**Université
de Paris**

**TCC DES TROUBLES DES
CONDUITES ALIMENTAIRES**

Dr Christine MIRABEL-SARRON

JEUDI 6 MAI 2021

D.U . TCC Paris 5 – 1^{ère} année

Des conduites alimentaires perturbées

Anorexie, boulimie, hyperphagie....

- Forte recrudescence de l'obésité chez les enfants et les adolescents ;
- 80 à 85 % des adolescentes déclarent faire un régime ou vouloir en faire un.
- 80 % des adultes interrogés estiment avoir une bonne alimentation.

Historique

- Hilde Bruch (1904-1984) a consacré 40 ans à l'étude des jeunes filles anorexiques. « Les Yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique », éd. Payot & Rivages, Sept. 1994.
- Si le terme « anorexie » apparaît dans le dictionnaire médical de 1743, la boulimie est reconnue comme entité clinique depuis seulement 1979, sur la proposition de Russel.

PARTIE 1

Qu'est-ce que le poids idéal?

Le calcul de l'Indice de Masse Corporelle

- L'IMC (ou indice de Quételet) est un indice simple du poids par rapport à la taille Il se calcule en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (P:T²).
- Par exemple, un adulte qui pèse 70 kg et qui mesure 1,75 m aura un IMC de 22,9 :

$$\text{IMC} = 70(\text{kg}) / 1,75^2 (\text{m}^2) = 22,9$$

Troubles Des Conduites Alimentaires

- **Anorexie**
- **Anorexie boulimie**
- **Boulimie avec stratégie de contrôle du poids**
- **Boulimie sans stratégie de contrôle du poids et obésité**
- **Différentes étapes d'un même processus pathologique**

Une Etiopathogénie Multidimensionnelle(1)

Facteurs génétiques :

Gènes ayant un impact sur la corpulence : impliqués dans le contrôle de la glycémie, le métabolisme gras, la dépense énergétique ...

Facteurs familiaux :

Par **modeling affectif**, comportemental ; sont considérés comme des facteurs de maintien.

❑ **Le microbiote** : bactéries de la paroi intestinale : **Akermancia mucifina** (*Pr Kani*)

❑ **Les hormones** : Leptine et Grheline

Une Etiopathogenie Multidimensionnelle (2)

☐ Les facteurs comportementaux :

☐ Les facteurs environnementaux :

- ☐ Modification des rythmes sociaux, des prises alimentaires, et réduction des dépenses énergétiques : transport,...

☐ Les facteurs psychologiques :

Contrôle du stimulus, gestion du stress, relation aux autres, schémas de vulnérabilité,...

Anorexie Mentale (Anorexia Nervosa)

- **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 avec crises boulimies/vomissements ou prise de purgatifs « binge eating/purging type » :**

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

Anorexie Mentale (Anorexia Nervosa) (2)

- 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 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 aménorrhéïque si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

Boulimie (Bulimia Nervosa)

Survenue récurrente de crises de boulimie « **Binge eating** »

Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

a) **absorption en une période de temps limitée** (par exemple : moins de deux 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.

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

Boulimie (Bulimia Nervosa) (suite)

- **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 vomissement, 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.

Classification internationale de l'obésité (adulte)

OMS, 1995

Classification	IMC
<input type="checkbox"/> Insuffisance pondérale	< 18,5
<input type="checkbox"/> Eventail normal	18,5-24,99
<input type="checkbox"/> Surpoids	>25
<input type="checkbox"/> Préobèse	25-29,99
<input type="checkbox"/> Obèse, classe I	30-34,99
<input type="checkbox"/> Obèse, classe II	35-39,99
<input type="checkbox"/> Obèse, classe III	>40

Classification de l'obésité chez l'enfant

Courbes de croissance de référence basées sur le rapport :

- **poids/âge** et le rapport
- **taille/âge**

(O.M.S., 1983; W.H.O., 1986).

L'obésité, un enjeu de santé publique

- La prévalence de l'obésité est en constante augmentation (*OMS, 2003*)
- **Progression de 10 à 40 % ces dix dernières années**
- **L'obésité et le surpoids affecteraient plus d'un milliard de personnes dans le monde (*WHO, 1998*)**
- **11 % de la population française serait obèse, 30 % en surpoids (*Bocquier et coll., 2006*)**
- **L'obésité est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, même si le surpoids est plus fréquent chez ce dernier.**

La France au hit parade de la minceur

Devinez qui sont les plus minces?

- **Les Français** : une corpulence moyenne la plus basse d'Europe et des pays développés, avec un IMC (indice de masse corporelle) moyen de 24,9 pour les hommes et de 23,6 pour les femmes.
- « **Plus de 80 % se considèrent globalement «bien informés» sur la nutrition et seulement 9 % «ne cherchent jamais d'informations sur ces questions» »**

Le poids idéal social

- Cette recherche du poids idéal va à l'encontre des lois de l'évolution du corps qui connaît rondeurs, maternités et épanouissement global.

Le vécu de l'image corporelle

Ce vécu de l'image corporelle varie en fonction des catégories socio-économiques, des races, et de l'attitude de l'environnement familial. (Vadem 1982).

En 1989, des chercheurs comparent le vécu corporel de jeunes filles obèses à celui de jeunes filles normo-pondérées et concluent à l'absence de différence, les jeunes filles normo-pondérées s'accorderaient moins encore de leur corps que les jeunes filles obèses. **L'insatisfaction de la femme par rapport à son poids et à son corps est peut être un phénomène général qui devient un trouble massif dans le cas de troubles des conduites alimentaires ?**

- D'autres études montrent que les femmes comparativement aux hommes présenteraient un style de raisonnement commun où l'alimentation est appréhender pour ces conséquences sur le corps.

PARTIE 2

Le développement des conduites alimentaires chez l'individu normal

Une alimentation diversifiée

- Diversité : (Céréales, viandes, légumes et fruits, produits laitiers)
- Variété alimentaire : (nombre différent d'aliments consommés sur une période donnée : 5 à 7 fruits et légumes par jour.

Profil alimentaire typique :

- 50 % de glucides
- 20 % de protéines
- 30 % de lipides

Comment allier une alimentation équilibrée, une bonne santé et le plaisir alimentaire ?

Comment se développe nos goûts ?

Entre six et dix ans, l'enfant acquiert ses comportements alimentaires grâce:

- à une motivation sensori-affective (goût, odeur, couleur),
- à l'anticipation des conséquences,
- au fonctionnement métabolique,
- à l'équipement génétique,
- aux composantes psychologiques,
- à l'intégration des facteurs culturels, religieux, éducatifs.

Les pensées qui influencent nos comportements alimentaires

- **Des pensées universelles :**
(Lois de Frazer)
- **Des pensées émotionnelles :**
(plaisir, angoisse,...)
- **Des pensées individuelles :**
(« Je suis une gourmande »)

La santé dans son assiette

- « *Les aliments blancs sont fades !* »
- « *Manger de la viande rend fort !* »
- « *Les tomates rouges sont pleines d'énergie* »
- « *Les abricots, c'est l'été ! Ils sont pleins de vitamines* »
- « *Le chocolat est antidépresseur !* »

La peur dans nos assiettes

- « *Le moisi du roquefort ! Du bleu ! C'est horrible ! C'est dangereux !* »
- « *Manger de la salade rend faible !* »
- « *Les féculents font grossir !* »
- « *Quand je mange un œuf en gelée, mon corps devient mou comme de la gelée !* »
- « *Le pain est inutile ! C'est un non-aliment !* »
- « *La charcuterie, c'est malsain ! On ne sait pas ce qu'il y a dedans !* »

Le choix des aliments

L'ingestion des aliments fait appel à plusieurs mécanismes :

- La disponibilité des aliments,
- **Nos activités mentales,**
- Les facteurs psychologiques qui orientent la recherche alimentaire (études du collège de France)
- **Le savoir culturel,**
- Les croyances religieuses,
- **Les facteurs sensoriels** très singuliers : équipement enzymatique,
- La représentation symbolique de l'aliment,
- **Les reviviscences de souvenirs,**
- Les émotions : plaisir, dégoût, culpabilité,
- **Les images mentales,** etc.

Acquisition progressive de la notion de dégoût et de danger

- **Acquisition progressive de ces représentations de dégoût et de danger.**
- **Apprentissage verbal, non verbal et para verbal :**
- **Vos enfants apprendront en vous regardant ce qui est comestible et ce qui ne l'est pas (selon l'expression faciale de votre visage)**
- **Attention à la dissonance verbale** « elle est bonne cette purée » accompagnée d'une expression non verbale de dégoût ; ce sera cette mimique négative qui sera retenue par l'enfant.
- **Apprentissage pavlovien des dégoûts, similaire à celui des phobies.**

La régulation de la prise alimentaire

- **Une part éducative** : transmission parents-enfants.
- **Une motivation sensorielle** : parce que l'on aime l'odeur, le goût, l'aspect d'un aliment.
- **Une motivation intellectuelle** : en anticipant les conséquences biologiques de l'absorption alimentaire.
- **Une motivation socio-culturelle.**

A quoi servent ces cognitions ?

- Créer une **homéostasie interne** de l'individu : état d'équilibre biologique
- Créer une **homéostasie externe** : une bonne adaptation avec l'environnement.

PARTIE 3

Les théories comportementales et cognitives

Des hypothèses cognitives (1)

- **Modèle des distorsions cognitives (Garner 1982) :**

Décrit des cognitions alimentaires, liées au poids et à la relation interpersonnelle ainsi que des schémas cognitifs d'estime de soi ou de la perception intéroceptive.

- **Modèle des pensées automatiques (Faiburn, Cooper, Cooper 1986-1992) :**

Le souci excessif concernant la prise alimentaire, le poids et la silhouette corporelle jouent un rôle causal dans le maintien des comportements alimentaires perturbés. Chez les boulimiques, ce dysfonctionnement cognitif concerne préférentiellement les représentations liées au poids et à la silhouette.

- **Modèle du style cognitif (Strauss 1988) :**

Des erreurs logiques, des dérapages cognitifs et une complexité conceptuelle différencieraient les formes de troubles alimentaires.

Des hypothèses cognitives (2)

- **Modèle perceptuel (Faiburn 1997) :**

La pression sociale d'être mince amène une attitude à surévaluer son poids et la forme de son corps, entraînant une restriction nutritionnelle sévère conduisant aux boulimies. Les cognitions sont secondairement modifiées ainsi que la perception de soi.

- **Modèle des schémas de personnalité (Line Han 1999):**

Du fait de l'association fréquente avec les troubles pathologiques de la personnalité chez les patients boulimiques de type « borderline ».

Synthèses des recherches cognitives

- Un résultat principal apparaît clairement : quelles que soient les études, le traitement cognitif opéré par les patientes TCA est spécifiquement perturbé tant sur la perception alimentaire que sur l'estime de soi et l'image du corps.
- Beaucoup d'études, issues de méthodologies très différentes, utilisent des paradigmes de la psychologie cognitive, mais aussi de la psychologie clinique et des psychothérapies.

Facteurs contributifs aux TCA (1)

- **Les facteurs prédisposants aux TCA** sont nombreux et variés : **héréditaires, biologiques, psychologiques.**
- **Les facteurs précipitants** : sont des facteurs associés au début des symptômes comme une diète sévère, une déception amoureuse, une expérience émotionnelle perturbatrice, etc...

Facteurs contributifs aux TCA (2)

En revanche **les facteurs perpétuants** sont bien identifiés :
Accorder une grande importance à son image corporelle ou à son poids :

L'importance exagérée accordée à la minceur du poids et de son contrôle constitue l'élément central de la conceptualisation cognitive et comportementale des troubles des conduites alimentaires. **Quand le poids prend de plus en plus d'importance, beaucoup d'efforts seront mobilisés pour le contrôler, les signaux de faim et de satiété ne seront plus pris en compte.** La personne qui est convaincue que sa valeur dépend de son apparence physique et de sa minceur voudra tout faire pour contrôler son poids et son alimentation par des règles alimentaires rigides, par des jeûnes.

Comment changer avec les TCC ?

- **Changer les habitudes nécessite des efforts soutenus**, trente minutes de travail par jour sont nécessaires
- **Bien comprendre son trouble** des conduites alimentaires : une évaluation précise avec un professionnel de santé spécialisé ; une auto-observation guidée, un lien de confiance à établir avec son thérapeute.
- **Etablir des objectifs personnalisés** et motivants.
- **Définir un plan de traitement** structuré qui correspond aux besoins du patient : contrat thérapeutique
- Prescription d'autres approches thérapeutiques, si besoin :
- **Ne pas bruler les étapes** ; s'assurer qu'une étape est bien maîtrisée avant de passer à la suivante.

Le journal d'auto-observation

- Appelé souvent le carnet alimentaire :

Il permet :

- **d'observer les facteurs** qui influencent l'alimentation ;
- **d'évaluer les relations** entre les comportements alimentaires, les événements , les pensées et les émotions ;
- **mieux comprendre les symptômes et leur évolution**
- **observer les déclencheurs de boulimie**
- **Appréhender les difficultés de manière plus réaliste. Mieux comprendre et moins se juger.**

Facteurs motivationnels au changement

- **L'exercice des pointes de tarte.**

Quels sont les différents aspects de votre vie auxquels vous pouvez vous consacrer ?

Le domaine : préoccupations au sujet de votre poids, de votre corps et de votre apparence en est un ;

- **Faites la liste des autres domaines** : travail, famille, amis, musique, sport, amour, loisirs **puis dessinez ces domaines** selon des parts de tarte dont la taille sera fonction dans votre vie actuelle du temps, de l'énergie et des préoccupations.
- **Observez votre dessin et réfléchissez ensuite à ce qui est le plus important pour vous en terme de valeur ? Puis faites un nouveau dessin, une nouvelle tarte avec de nouvelles parts** qui représenteraient mieux le système de vos valeurs.

Evaluation de la surveillance corporelle dite « *Bodychecking and avoidance* » (1)

- **Avez-vous tendance à surveiller certaines parties de votre corps de manière excessive** ? Regarder des parties spécifiques de votre corps dans un miroir ? Ou directement ? Les pincer ? Les mesurer ? Les palper ?

Ces comportements sont des conséquences de l'importance excessive accordée à l'apparence ; ils ont tendance à augmenter l'anxiété; les pensées négatives car le plus souvent ce sont les parties du corps que l'on n'aime pas qui font l'objet du contrôle. Ce comportement alimente le cercle vicieux : préoccupation, surveillance excessive, évitement de l'image corporelle, se sentir gros, se marginaliser des autres, etc....

Evaluation de la surveillance corporelle dite « *Bodychecking and avoidance* » (2)

Évaluez les évitements : de certains habits, certains lieux où le corps est exposé, etc...

Si vous pratiquez ces évitements : identifier les vêtements ou les situations que vous aimeriez affronter si vous n'étiez pas aussi préoccupée par votre apparence ?

Définissez des expositions graduelles, organisées avec votre thérapeute.

Evaluation de la surveillance corporelle dite « *Bodychecking and avoidance* » (3)

- **Evaluez vous si vous vous comparez aux autres !**
- **Est-ce que vous avez tendance à comparer votre image corporelle à celle des autres ?**

Si oui, à qui ? Observez avec qui vous avez tendance à vous comparer ?

Les comparaisons sont souvent les modèles vus dans les magazines. Si c'est le cas, observez les inconnus dans la rue, du même sexe et du même âge que vous et que constatez vous ?

« Se sentir gros »

Une distorsion cognitive consiste à estimer que « se sentir gros veut dire qu'on est gros ! » Souvent on se sent gros car on identifie mal certaines sensations.

Notez à chaque fois que vous vous sentez gros :

- la fréquence,
- la durée,
- les circonstances, etc...

Les distorsions cognitives

- On observe la réalité au travers des lunettes déformantes de nos croyances.
- Le fait d'être très préoccupé par votre poids et votre apparence, risque de faire en sorte que vous porterez plus votre attention à ce que confirme vos croyances, qu'à ce qui les infirme (biais d'auto-confirmation).
- ❖ **Exercice : portez votre attention au moment où la sensation est la plus forte :**
 - ❖ **Que se passe-t-il en vous ?**
 - ❖ **Avez-vous trop mangé ?**
 - ❖ **Vous êtes vous ennuyé ?**
 - ❖ **Etes vous en conflit avec une personne ?**
 - ❖ **Ressentez vous une frustration ? Etc...**

« La métaphore du canoé » de *Faiburn*

- **Le retour au poids-santé ressemble à la remontée d'une rivière en canoé jusqu'à arriver au lac calme, de l'équilibre alimentaire.**
- On doit ramer avec persévérance contre le courant de ses vieilles habitudes ; cette phase de remontée est difficile et il est normal d'avoir des phases de découragement ; cependant, si l'on se décourage, on arrête de ramer et on perd du terrain ; on a intérêt à se ressaisir rapidement. Si on persévère, si on maintient ses efforts à son rythme, on arrive au lac de l'équilibre.
- **Sur ce lac, la consolidation des nouvelles habitudes alimentaires s'effectue ainsi qu'un assouplissement de toutes ses croyances sur soi et le monde.**

PARTIE 4

**Comment modifier son comportement
alimentaire ?**

-Différentes grilles-

Caractéristiques de l'analyse fonctionnelle (1)

- **L'analyse fonctionnelle** porte sur l'observation du comportement directement ou indirectement quantifiable. Son but est de préciser les conditions de déclenchement puis de maintien des comportements.
- On va préciser **où ? Quand ? Avec quelle fréquence ? Avec quelle intensité ? En présence de qui** se déclenchent les réponses inadaptées ?
- On va préciser aussi les conséquences du comportement du sujet sur les proches et l'environnement social, les bénéfices ou les inconvénients obtenus : **il faut bien évaluer la dimension historique de l'acquisition des perturbations.**

-Différentes grilles-

Caractéristiques de l'analyse fonctionnelle (2)

- **Le trouble qui est d'abord autonome va être maintenu par ses effets sur l'entourage.** Au début il peut avoir un sens particulier, que lui donne le sujet, par rapport à des événements de vie, il va acquérir des sens multiples en fonction des réactions de l'environnement (familial, professionnel...).
- **Le thérapeute va étudier les pensées, les images mentales, les monologues intérieurs** qui peuvent parfois accompagner ou bien précéder les comportements « problèmes. »
- **L'évaluation s'effectue par mesures répétées,** effectuées avant, pendant et après le traitement.
- **Le but de l'analyse comportementale et des évaluations** est de définir avant tout traitement une ligne de base du ou des comportements problèmes.

Différentes grilles

S.O.R.C. :

Stimulus → Organisme → Réponse → Conséquence

BASIC-IDEA :

B = Comportement

A = Affects

S = Sensations

I = Imagerie mentale

C = Cognitions,

Différentes grilles Basic Idea (*suite*)

BASIC IDEA : suite

I = relations interpersonnelles,

D = médicaments

E = attentes du patient,

A = attentes du thérapeute,

□ Etc...

Kempfer et Saslow, 1973

ECHELLE D'ÉVALUATION DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

(Wilson et al. 1989) Traduction français : S-J. Divac, Samuel-Lajeunesse B.

		COMPORTEMENT					
1	Évaluation globale du comportement alimentaire	0	1	2	3	4	5
2	Tris alimentaires	5	4	3	2	1	0
3	Utilisation inappropriée des couverts	0	1	2	3	4	5
4	Alternance d'un aliment à l'autre pendant le repas	0	1	2	3	4	5
5	Manipulation des aliments	5	4	3	2	1	0
6	Dégoût alimentaire	5	4	3	2	1	0
7	Propos inapproprié pendant le repas	5	4	3	2	1	0
8	Préférence pour un aliment basse valeur calorique	0	1	2	3	4	5
9	Lenteur anormale du repas	5	4	3	2	1	0
10	Rapidité anormale du repas	0	1	2	3	4	5
11	Comportement alimentaire ritualisé	0	1	2	3	4	5
12	Activité physique excessive pendant le repas	5	4	3	2	1	0
TOTAL							

Questionnaires d'évaluation des cognitions

- *Eating Attitude Test* (Garner, Garfinkel 1979);
- *Eating Disorders Inventory* (Garner, Olmsted, Polivy 1983);
- *Boulimia Cognitions Distorsions Scale* (Schulman, Kinder, Powers, Prange, Gleghorn, 1986);
- *Boulimic Thoughts Questionnaire Version* (Phelan 1987);
- *Mac Mizes Anorexic Cognitions Questionnaire* (Mizes 1988)
- *Mac R 2000*; 24 items;

Questionnaire des cognitions alimentaires (Mirabel Sarron, El Nouty, Léonard, Eiber, Guelfi 2005) etc...

Cognitions alimentaires de Gwenola hospitalisée

Avant examen :

- Deux morceaux de viande = anxiété, angoisse;
- *il faut que je termine mon repas ! je ne parle plus....*

Après examen :

- « *Je ne peux pas m'asseoir où je veux* »; Gwenola, très angoissée, ne parle que de nourriture; elle retourne ses morceaux dans tous les sens !
- *Pour moi, une portion, c'est une tranche ; Deux tranches grosses et longues de 4 kg ... rouges ! ; On m 'en a mis trop ! , « C'est dégueulasse de me faire ça ! » ;*
- Quelque soit la viande, c'est le même problème ! Gênée par les aliments tranchés, découpés, qui ne forment pas un tout !
- « *J'imagine les tranches entières en moi* » ! , même si je les ai mâchées.....!

Techniques de décentration de : Anne hospitalisée

« Grande angoisse d'assister à l'atelier «goûter» d'une autre patiente que je n'apprécie pas ! « .

« J'ai peur de partager ! : en plus, je ne sais pas ce qu'elle a mis dedans ! »,

« J'ai peur des calories car je n'ai pas contrôlé ! ;

« J'en veux à l'infirmière qu'elle m'ait choisie exprès pour me mettre en difficulté ! « « J'ai envie de la biffer ! »

« J'ai peur que cela me fasse prendre du poids ! « ;

« J'ai envie de tout casser; je suis angoissée ! «

*« Je vois le gâteau dans ma tête ; je l'imagine énorme ...!
Comme moi après ! »*

Pourquoi un carnet alimentaire ?

Instrument de mesure et d'évaluation :

- **Le patient désireux de modifier sa conduite alimentaire note sur ce carnet : la nature des aliments, les circonstances de leur consommation, (heures, lieu, accompagnée ou pas, au cours d'un moment de joie ou d'ennui, etc..)**
- **Le but** : identifier les événements, les pensées, les émotions concomitants à la prise alimentaire.

Diagnostic fonctionnel :

- **Identifier les facteurs sur lesquels agir**
- **Définir une démarche de soins**

Exemple de carnet alimentaire

<u>Situation</u>	<u>Ce qu'elle mange</u>	<u>Emotions</u>	<u>Pensées</u>	<u>Sensations physiques</u>	<u>Comportement</u>
<u>1^{ER} exemple :</u>					
<u>samedi après-midi</u>	je mange un gâteau au chocolat avec ma mère	culpabilité	je ne devrais pas manger ce chocolat	je suis tendue de partout	je mange le gâteau à regret
<u>2^{ème} exemple :</u>					
<u>dimanche après-midi</u>	je demande à mon mari d'aller me chercher un café	il me rapporte un petit café	stupéfaction -colère	il veut bien me dire que je dois maigrir	je bois le café avec amertume, et je me dis qu'il a raison et je suis triste

Conclusion

- **Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des maladies graves aux conséquences personnelles, familiales et sociales, multiples.**
- **Leurs prises en charge sont « multidimensionnelles »** diététiques, médicales, psychothérapiques et font appel le plus souvent à, au moins, **deux professionnels de santé, simultanément.**
- **Le suivi nécessite d'être régulier sur plusieurs mois voir plusieurs années**

En savoir plus

Mirabel-Sarron C, Docteur A, Sala L, Siobud-Dorocant E, Penet C. : » **Pratiquer la thérapie de « pleine conscience » (MBCT) pas à pas pour lâcher prise, laisser être, réguler ses émotions, récupérer sa liberté »** Editions Dunod, Paris, Mars 2021. seconde édition -Traduction en langue arabe **2020**

Defrance C, *la boulimie : hypothèses et théories*. Nutritions et facteurs de risque, 2003, 2 : pp 25-30.

Urdapilleta. I, Mirabel-Sarron C, Heron-Benaïcha.G, Richard.JF, **Approche cognitive des représentations d'aliments de jeunes femmes anorexiques**. Psychologie Française ; 2003, 48(4) : pp39-54.

Eiber.R, Mirabel-Sarron C, Urdapilleta.I, **Les cognitions et leur évaluation dans les troubles des conduites alimentaires**. L'Encéphale, 2005, 31, pp 643-652.

Eiber.R, Mirabel-Sarron C, Urdapilleta.I, **Méthode d'évaluation des représentations alimentaires**. L'encéphale, 2005, 31 : pp 643-52.

Merci de votre attention