

Collection « Trames »

dirigée par Bernadette Allain-Launay
et Serge Vallon

L'objectif de la collection est de constituer une « bibliothèque de travail » des professionnels du champ social et médico-social. Elle propose des synthèses de connaissances, des outils de réflexion et d'analyse, toujours référés à la pratique professionnelle, selon notamment trois axes : les publics de l'intervention sanitaire et sociale, les structures et les modes de prise en charge, les pratiques éducatives.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Art-thérapie et anorexie

Avec la participation de

Bernard Vialettes

François Poinso

Catherine Samuelian-Massat

Nathalie Bonnes-Perrot

Art-thérapie et anorexie

Une pratique
en équipe pluridisciplinaire

Trames

 érès
Editions

Je souhaite remercier grandement :

Jean-Pierre Royol, François Poinso, Bernard Vialettes, Catherine Samuelian-Massat, Jean-Pierre Gouby, pour leurs encouragements et leur contribution à la réalisation de cet ouvrage

Les équipes de La Timone et de Sainte-Marguerite pour leur soutien quotidien.

Et un tendre remerciement à Gilles, Bastien, Manon, pour leur présence et leur patience...

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2014
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-3444-1
Première édition © Éditions érès, 2012
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19.

Table des matières

AVANT-PROPOS. QUELLE PLACE POUR L'ART-THÉRAPIE DANS UNE MALADIE COMME L'ANOREXIE MENTALE DONT LA PATHOGÉNIE NOUS ÉCHAPPE ?, <i>Bernard Vialettes</i>	7
L'anorexie mentale, une pathogénie qui se dérobe.....	10
Un traitement aux résultats encore bien trop décevants.....	17
INTRODUCTION	
L'ART-THÉRAPIE DANS L'ANOREXIE : DE « MI-RAGE » EN « DOUX-LEURRE ».....	23
1. ART-THÉRAPIE ET ANOREXIE :	
UNE RENCONTRE SINGULIÈRE	27
Créer, c'est se révolter.....	27
Cadre de l'atelier	28
Historique	28
Coordonnées spatiotemporelles.....	29
L'inscription institutionnelle.....	30

2. RÉFÉRENTIEL THÉORIQUE.....	35
Qu'est-ce que l'art-thérapie ?	35
Penser l'anorexie	42
L'inconscient	43
Besoin, demande, désir dans l'anorexie	44
L'anorexie dans le contexte névrotique	48
Dans le contexte de la psychose	50
Le contexte social.....	52
Le travail de l'éphémère.....	53
Une thérapie en trois temps.....	58
Déni	59
Trans-faire.....	59
Compromis créatif	60
Conclusion.....	68
La dimension groupale.....	69
Le groupe comme révélateur du positionnement dans la relation, le groupe comme miroir	69
L'arrivée d'une nouvelle patiente	72
L'installation du groupe.....	74
La sortie d'une des patientes	76
Les patientes qui reviennent pour des séances hors hospitalisation	77
En conclusion.....	80
3. AXES DE TRAVAIL.	
DISPOSITIFS ART-THÉRAPEUTIQUES	83
Représentations familiales, représentation de soi.....	84
L'alphabet revisité.....	85
Le regard et le semblant.....	91
Travail avec le plexiglas.....	91
Intérêt de ce travail	92
Ombre et fil de fer.....	98
Argile et fil de fer	98
Fil de fer, ombres et transparence.....	101

Matière et récupération.....	104
L'argile.....	104
Atelier avec argile sans proposition particulière	110
L'aquarelle et les encres.....	112
Mythes et contes	114
Le mythe.....	114
Travail sur le mythe	117
Le conte	119
Livre-objet autour du conte	119
Boîtes à secrets	122
Une séance autour de la boîte	123
Travail du jour : à travers la fenêtre.....	124
À fils croisés	127
La toile d'araignée.....	127
Autour du fil : broderie	131
Un carré à tisser.....	134
Séance de tissage.....	135
Marionnettes, masques, théâtre	138
Modelage de la tête d'un personnage	
avec l'argile.....	139
Habillage.....	143
Manipulation/improvisation.....	143
Travail sur les masques.....	151
Théâtre	156
Improvisation théâtrale à partir du mime	
autour d'un objet	157
Champ libre	160
Conception d'un atelier.....	164
Pour clore... ..	165
4. FORMATION INITIALE ET ACCOMPAGNEMENT	167
La formation initiale	167
L'accompagnement.....	169
L'art-thérapie ne fait pas recette	171
Conclusion	172

CONTREPOINTS PAR L'ÉQUIPE MÉDICALE	175
L'art-thérapie dans un dispositif de soins multidisciplinaires, <i>François Poinso</i>	175
Quels soins psychologiques pour les patients anorexiques hospitalisés ?, <i>Catherine Samuelian-Massat</i>	179
Une riche palette pour l'art-thérapie, <i>François Poinso</i>	185
L'évaluation de l'art-thérapie dans l'anorexie mentale : une « impossible nécessité », <i>Bernard Vialettes</i>	192
BIBLIOGRAPHIE.....	203
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
SPÉCIFIQUES À L'ART-THÉRAPIE.....	209
Les incontournables	209
Pour nourrir un questionnement.....	210

Bernard Vialettes

Avant-propos
Quelle place pour l'art-thérapie
dans une maladie comme l'anorexie mentale
dont la pathogénie nous échappe ?

L'anorexie mentale, en dépit d'études et d'écrits multiples, reste une entité mystérieuse. Elle est difficilement classable sur le plan nosographique. Ainsi n'appartient-elle en propre ni au cadre des psychoses, ni à celui des névroses. La seule classification reconnue par les milieux scientifiques et médicaux internationaux, le DSM-IV-R (American Psychiatric Association), utilise seulement une association symptomatique pour la définir. On reste au niveau du syndrome et non de la maladie. Encore existe-t-il même certaines formes de transition entre l'anorexie mentale et d'autres troubles du comportement alimentaire répertoriés dans cette classification, comme la boulimie ou le cadre hétérogène

Bernard Vialettes, professeur de nutrition à l'université d'Aix-Marseille.

appelé EDNOS (pour *Eating disorder not otherwise specified*). Ce mystère pathogénique retentit sur le traitement de cette affection qui reste éminemment empirique et symptomatique. Toutefois, les sociétés savantes ont publié des recommandations pour la prise en charge et le traitement de cette maladie¹. Elles insistent toutes sur la multidisciplinarité permettant de traiter de front les aspects médicaux, nutritionnels, psychologiques et sociaux, ainsi que sur la nécessité de la spécialisation des équipes. Elles notent que les complications médicales, comme la dénutrition ou les désordres électrolytiques, qui peuvent menacer le pronostic vital, exigent une prise en charge propre. La renutrition est en général progressive dans sa charge calorique et est associée à une supplémentation minérale et vitaminique. La reprise d'une alimentation nécessite rarement la pose d'une sonde nasogastrique. Le but est d'obtenir une acquisition pondérale de 250-450 g/semaine en ambulatoire et de 1 kg/semaine pour les hospitalisées. Les traitements ambulatoires sont privilégiés et l'hospitalisation est réservée aux formes les plus sévères ou résistant au traitement. La psychothérapie ou les thérapies comportementales visent à aider les patientes dans leur lutte contre le symptôme, à traiter les comorbidités d'ordre psychiatrique (dépression, sentiment de dépréciation de soi-même, alexithymie...) et à prévenir le risque de suicide. Elles doivent être associées à la prise en charge nutritionnelle. Il s'agit le plus souvent de thérapies individuelles, mais les approches familiales peuvent être

1. J. Treasure, A.M. Claudino, N. Zucker, « Eating Disorder », *The Lancet*, 375, 2010, p. 583-593.

intéressantes, principalement chez les sujets les plus jeunes. Ces traitements et leur suivi doivent être en général étalés sur de longues périodes de temps du fait de la fréquence des récidives. Toutes ces recommandations ont été résumées en France par la Haute autorité de santé (HAS) en juin 2010.

Pourtant, les résultats des traitements habituels, sans être catastrophiques, sont assez décevants même dans les équipes très spécialisées. La mortalité semble avoir reculé mais elle n'a pas disparu. À moyen ou long terme, à peu près cinquante pour cent seulement des jeunes femmes peuvent être caractérisées comme guéries². Des critères plus stricts associant le retour à un poids normal, la reprise spontanée des règles, l'absence de troubles du comportement alimentaire ou de comorbidités psychiatriques graves, une bonne insertion sociale et un sentiment de libération à l'égard des préoccupations alimentaires et/ou pondérales, conduisent à des pourcentages bien inférieurs³. Dans le meilleur des cas, on parlera d'ailleurs plutôt de rémission puisque la récurrence reste toujours possible.

La place de l'art-thérapie dans la prise en charge de cette maladie doit être lucidement intégrée dans ce contexte d'insatisfaction théorique et thérapeutique. Elle est un moyen qui concourt aux buts d'étayage de l'individu malade dans sa lutte contre les éléments du symptôme anorexique avec l'ensemble des approches

2. H.C. Steinhausen, « The outcome of anorexia nervosa in the 20th century », *Am. J. Psychiatry*, 159 (8), 2002, p. 1284-1293.

3. J. Couturier, J. Lock, « What is remission in adolescent anorexia nervosa ? A review of various conceptualizations and quantitative analysis », *Int. J. Eat Disord.*, 39, 2006, p. 175-183.

constitutives des thérapies multifocales : nutritionnelles, psychothérapies d'obéissance diverses (psychanalyse, thérapies cognitivo-comportementales), groupes de parole, kinésithérapie, approches familiales...

L'ANOREXIE MENTALE, UNE PATHOGÉNIE QUI SE DÉROBE

L'histoire des connaissances de la maladie a traversé plusieurs périodes⁴. Dans les temps que nous nommons préscientifiques et qui ont précédé la description de l'anorexie mentale quasi concomitante à la fin du XIX^e siècle par Gull en Angleterre et par Lasègue en France, l'anorexie mentale devait déjà bien exister mais sous des aspects et des interprétations différentes. Les saintes femmes qui s'oubliaient dans le dévouement aux autres, les mystiques engagées dans l'ascèse et l'amour exclusif de Dieu, certaines jeûneuses ou grévistes de la faim, étaient probablement pour la plupart des anorexiques avant la lettre. Il est vraisemblable que cette réponse pathologique soit capable d'intégrer des déterminants culturels du moment, au moins dans son mode d'expression. À l'ère scientifique qui a suivi la description clinique de la maladie, l'anorexie mentale a été successivement considérée comme une manifestation hystérique (« anorexie hystérique » de Lasègue), puis névrotique par les psychanalystes, comme un dérèglement hormonal par les endocrinologues, comme

4. B. Vialettes, *L'anorexie mentale, une déraison philosophique*, Paris, L'Harmattan, 2001.

une psychose atypique pour d'autres... Toutes ces hypothèses ont été rapidement abandonnées du fait de leur schématisation ne permettant pas d'englober la totalité du syndrome d'une part et de l'incapacité des thérapies qui en découlaient à guérir la majorité des patientes d'autre part.

Actuellement, il existe un consensus relatif qui fait de cette affection une maladie complexe faisant intervenir des facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux. Cette maladie multifactorielle serait le résultat de la conjonction d'une fragilité constitutive (probablement multigénique) et de facteurs de l'environnement. Il semble aussi que le syndrome ait lui-même une forte propension à l'autorenforcement auquel concourent à la fois des mécanismes addictifs et les conséquences cérébrales de la dénutrition.

Le concept de fragilité constitutive qui prédispose à l'anorexie mentale a été renforcé par les études de famille ou de jumeaux qui indiquent de manière assez concordante que 33 à 84 % de la variance des individus à l'égard de la maladie est explicable par la génétique⁵. Ceci a conduit de nombreux groupes à tester par des méthodes soit d'association, de type « cas-témoin », soit à type de déséquilibre de liaison intrafamiliale, de nombreux gènes candidats impliqués dans le fonctionnement synaptique (neurotrophines), le métabolisme des neuroamines cérébrales (récepteurs de la sérotonine, de la dopamine...), les hormones régulant la prise alimentaire (ghrelina, CCK...), les estrogènes (récepteur β aux

5. C.M. Bulik, « Exploring the gene-environment nexus in eating disorders », *J. Psychiatry Neurosci.*, 20 (5), 2005, p. 335-339.

estrogènes), etc. On renverra le lecteur intéressé à la revue de la littérature par Scherag et coll.⁶ qui, en 2010, dénombraient une association possible de l'anorexie mentale avec plus de vingt-cinq gènes. Cet auteur précisait aussi que beaucoup de ces études, portant sur des effectifs souvent réduits, étaient en attente de confirmation. Parmi celles-ci, toutefois, l'association avec des polymorphismes du gène 5-HT_{2A} (récepteur de la sérotonine de type 2A) semble représenter une tendance, sinon universelle, au moins fréquente⁷, particulièrement dans les formes restrictives pures. Même si des anomalies du métabolisme de la sérotonine ont été signalées chez les patientes anorexiques, on doit cependant noter que les sérotoninergiques et en particulier les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine n'ont jamais prouvé une réelle efficacité dans ce syndrome.

Pour ce qui est des études de liaison intrafamiliale, elles ont ciblé de manière concordante le chromosome 1p comme le siège d'une partie de la fragilité, mais aussi les chromosomes 4, 11, 13 et 15.

Ainsi les grands espoirs mis dans les études génétiques pour dessiner les réseaux pathogéniques impliqués sont encore déçus. On peut espérer qu'une meilleure individualisation de sous-types ou de caractères particuliers (les « endophénotypes ») permette une approche plus mécanistique dans le

6. S. Scherag, J. Hebebrand, A. Hinney, « Eating disorders : the current status of molecular genetic research », *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 19, 2010, p. 211-226.

7. *Ibid.*

futur⁸. Les phénomènes sont rendus encore plus compliqués par l'existence d'influences de systèmes différents les uns sur les autres. Ainsi, l'expression du gène 5-HT_{2A} est-elle régulée par l'imprégnation œstrogénique, et possiblement par l'activité d'un gène comme celui du récepteur β des estrogènes (lui-même associé à l'anorexie mentale)⁹. D'autres phénomènes épistatiques ont été décrits entre deux gènes de protéines impliquées dans la voie des neurotrophines (NTRK3 et NGFB)¹⁰ suggérant que cette voie impliquée dans la plasticité et le fonctionnement synaptique pourrait être aussi en cause.

Les données de l'imagerie fonctionnelle du cerveau ont permis d'approcher sinon la cause au moins les circuits impliqués dans la maladie, en sachant que ce type d'approche se heurte à la difficulté de séparer ce qui est prédisposant à l'anorexie mentale, conséquence de la maladie (dénutrition induite par le jeûne et l'hyperactivité), voire ce que l'on peut considérer comme séquelle chez les patientes en rémission. Cependant, cette voie de recherche prometteuse a ciblé plusieurs pistes¹¹ : un déséquilibre entre les voies sérotoninergiques dont les

8. C.M. Bulik, J. Hebebrand, A. Keski-Rahkonen, K.L. Klump, T. Reichborn-Kjennerud, S.E. Mazzeo, T.D. Wade, « Genetic epidemiology, endophenotypes, and eating disorder classification », *Int. J. Eat Disord.*, 40, 2007, p. 552-60.

9. S. Scherag et coll., *op. cit.*

10. J.M. Mercader, E. Saus, Z. Aguera, M. Bayés, C. Boni, A. Carreras et coll., « Association of NTRK3 and its interaction with NGF suggest an altered cross-regulation of the neurotrophin signaling pathway in eating disorders », *Hum. Mol. Genet.*, 17 (9), 2008, p. 1234-1244.

11. W.H. Kaye, J.L. Fudge, M. Paulus, « New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa », *Nat. Rev. Neurosci.*, 10 (8), 2009, p. 573-584.

anomalies prédisposent à une vulnérabilité accrue au jeûne, à l'anxiété, à l'inhibition et à une phobie de l'erreur, et les voies dopaminergiques dont les altérations conduisent à une perte des fonctions de récompense. Des anomalies de la région de l'insula pourraient aussi expliquer une diminution de la perception intéroceptive (faim, image du corps...). Enfin, une suractivité du cortex préfrontal dorso-latéral favoriserait le contrôle cognitif, le perfectionnisme et les processus d'anticipation. On retrouve ainsi réunis la plupart des caractères ou comportements associés à la maladie.

Quoi qu'il en soit, ces fragilités constitutives pourraient se révéler spécifiquement dans le sexe féminin à un moment particulier de la vie, la puberté, caractérisé par un orage hormonal, des changements physiques majeurs, une crise identitaire, une découverte de la sexualité, une volonté d'autonomisation de l'emprise parentale, des disparitions ou des éloignements de membres de la famille, de nouvelles responsabilités, une pression de la société vers toujours plus de minceur... et induire un mode de réponse stéréotypée conduisant à l'anorexie mentale.

D'autres auteurs¹² voient dans l'anorexie mentale des mécanismes liés aux réponses au stress qui favorisent la récompense et l'attention. Ils pensent que le jeûne et l'hyperactivité physique peuvent, sur un terrain prédisposé, réaliser des états de stress qui, en activant les voies CRF dépendantes de l'hypothalamus,

12. M. Zandian, I. Ioakimidis, C. Bergh, P. Södersten, « Cause and treatment of anorexia nervosa », *Physiol. Behav.*, 10, 92 (1-2), 2007, p. 283-290.

induisent des réponses dopaminergiques au niveau mésolimbique, et noradrénergiques au niveau du locus cœruleus, respectivement responsables de sensations de récompense et d'attention accrue. Le contentement et le sentiment d'efficacité peuvent en retour générer un état de dépendance à l'égard de ces comportements gratifiants. Des données chez le rat comme chez l'homme¹³ suggèrent que le jeûneur peut ainsi mettre en place des comportements proches de ceux de la patiente souffrant d'anorexie mentale. La restriction alimentaire chez des volontaires sains entraîne des effets psychiques tels qu'une dysphorie, une anxiété, une psychorigidité, des symptômes obsessionnels, une irritabilité, une diminution des capacités d'abstraction, un retrait social proches de ceux observés dans l'anorexie¹⁴. Dans cette optique, l'anorexie mentale ne serait qu'une maladie de la dépendance.

Certains ont suggéré que l'anorexie mentale puisse être une maladie auto-immune puisqu'il semble exister, dans le sérum d'une proportion non négligeable de patientes, des anticorps dirigés contre des neuromédiateurs ou des hormones impliquées dans le contrôle de l'appétit¹⁵, mais pour être valides, de telles constatations nécessitent d'être reproduites par d'autres chercheurs.

13. A. Keyes, J. Brozek, A. Henschel et coll., *The Biology of Human Starvation*, Mineapolis, The University of Minnesota Press, 1950.

14. *Ibid.*

15. S.O. Fetissov, P. Dechelott, « The putative role of neuropeptide autoantibodies in anorexia nervosa », *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care*, 11 (4), 2008, p. 428-434.

Certains traits de caractère semblent inhérents à l'anorexie mentale. Certains veulent y voir des signes même de la maladie, tandis que d'autres les attribuent à des comorbidités. Le perfectionnisme, la mauvaise estime de soi, l'anxiété, la dépression, les troubles obsessionnels compulsifs, l'alexithymie sont fréquents dans cette maladie. Ils sont certes parfois améliorés par la reprise pondérale mais peuvent aussi persister chez les patientes en rémission apparente. Ces symptômes suggèrent qu'il existe de multiples points de contact entre l'anorexie mentale et de nombreux troubles de la personnalité ou pathologies psychiatriques¹⁶.

D'autres hypothèses plus ésotériques ont été formulées avec des niveaux de preuves très faibles. Leur émergence est une preuve supplémentaire de notre méconnaissance complète des mécanismes en cause dans cette maladie. Ainsi B. Nicholson¹⁷ a-t-il pu proposer l'implication de phéromones provenant de femelles dominantes avoisinantes dans le déclenchement de la maladie, en extrapolant des expériences de promiscuité réalisées chez le hamster. Un autre auteur¹⁸ voit dans l'anorexie mentale des restes de conduites qui auraient pu, à des époques reculées, fournir des avantages à l'individu ou au clan. L'anorexie et son corollaire, l'aménorrhée, pourraient être des témoignages de soumissions dans la compéti-

16. W.H. Kaye, J.L. Fudge, M. Paulus, *op. cit.* ; M. Sperenza, M. Corcos, G. Loas et coll., « Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders », *Psychiatry Res.*, 35, 2005, p. 153-163.

17. B. Nicholson, « Pheromones cause diseases : the exocrinology of anorxia nervosa », *Med. Hypotheses*, 54 (3), 2000, p. 438-443.

18. N. Gatward, « Anorexia nervosa : an evolutionary puzzle », *Eur. Eat Disord. Rev.*, 15 (1), 2007, p. 1-12.

tion qui opposait les femmes du clan afin d'éviter aux plus faibles le risque d'exclusion (*Anorexia is a safe place to hide*). L'hyperactivité et l'excellente tolérance du jeûne auraient pu être, elles, incitatives de mouvements migratoires à la recherche de nourriture et fournir un avantage évolutif à l'individu et au clan.

UN TRAITEMENT AUX RÉSULTATS ENCORE BIEN TROP DÉCEVANTS

L'anorexie mentale est sans doute une des plus pures des maladies psychiatriques. Elle touche des jeunes filles dans un créneau d'âge étroit autour de la puberté. Sa symptomatologie est particulièrement stéréotypée. Le discours lui-même parfois paraît standardisé quand il porte certaines pensées ou croyances déraisonnables sur la maladie. Pourtant, le traitement reste relativement peu standardisé¹⁹. Il faut aussi dire qu'il est difficile, sinon impossible, de pratiquer des études prospectives randomisées dans cette pathologie, pour des difficultés d'ordre éthique ou qui tiennent à la personnalité souvent opposante des patientes²⁰. Au mieux, on dira qu'il existe un consensus mou sur les principaux objectifs du traitement et sur les intervenants (un médecin somaticien, un psychiatre ou psychologue et un diététicien). Chaque centre privilégie sa propre approche empirique. Seuls les objectifs symptomatiques sont

19. J. Treasure, A.M. Claudino, N. Zucker, *op. cit.* ; AFDAS/HAS, *Anorexie mentale : prise en charge*, www.has-sante.fr ; J. Morris, S. Twaddle, « Anorexia nervosa », *BMJ*, 334, 2007, p. 894-898.

20. C.G. Fairburn, « Evidence-based treatment of anorexia nervosa », *Int. J. Eat Disord.*, 37, 2005, p. 526-530.