



ARTICLE ORIGINAL

Évaluation de l'efficacité d'une thérapie cognitivocomportementale sur les symptômes cliniques des troubles du comportement alimentaire chez des patientes traitées en hôpital de jour[☆]

Evaluation of the efficacy of cognitive behaviour therapy on clinical symptoms of eating disorders in patients treated in a day hospital

Y. Lerfel^{*}, S. Kindynis, L. Romo, O. Daouk, M.C. Detournay, B. Granger, Q. Debray

Service de psychiatrie, hôpital Tarnier, 89, rue d'Assas, 75006 Paris, France

Disponible sur Internet le 12 juin 2008

MOTS CLÉS

Troubles du comportement alimentaire ;
Hôpital de jour ;
Thérapie cognitive et comportementale ;
Comorbidités

Résumé Le nombre de personnes souffrants des troubles du comportement alimentaire (TCA) a nettement augmenté depuis la dernière décennie. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge cognitive et comportementale (TCC) en hôpital de jour pour des patients souffrant des troubles du comportement alimentaire. Il s'agit de savoir si on constate une diminution de la sévérité et de l'intensité des symptômes des troubles des conduites alimentaires, mais aussi de la dépression, de l'anxiété, de l'alexithymie et de l'insatisfaction corporelle à la fin de la prise en charge. Tous les patients sont évalués en pré-traitement et en post-traitement avec les instruments suivants : Échelle d'Autoévaluation de l'Anorexie Mentale (EAT-40), Inventaire des Troubles Alimentaires (EDI-2), Inventaire de la Boulimie d'Edinburgh (BITE), Inventaire de la Dépression de Beck (BDI-13), Inventaire d'Anxiété État–Trait (STAI), Échelle d'Alexithymie de Toronto (TAS-20), Body Shape Questionnaire (BSQ) et entretien structuré pour l'évaluation de la personnalité selon les critères du DSM-IV (SCID-2). Les résultats indiquent que le trouble sur lequel la prise en charge a été la plus efficace est l'anxiété. Les conclusions suggèrent que cette prise en charge a été globalement efficace sur les symptômes cliniques des troubles du comportement alimentaire et les symptômes associés, même si certaines différences ne sont pas significatives.

© 2008 Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Travail présenté sous forme de poster présenté aux XXXV^e journées scientifiques de l'AFTCC, vendredi 15 décembre 2007.

^{*} Auteur correspondant. 2, allée Nicolas-Mignard, 94430 Chennevières-sur-Marne, France.
Adresse e-mail : yael.lerfel@hotmail.fr (Y. Lerfel).

KEYWORDS

Eating disorders;
Day hospital program;
Cognitive behaviour
therapy;
Comorbidity

Summary The number of people suffering from eating disorders (ED) has clearly increased since the last decade. The aim of this study was to assess the efficacy of cognitive behaviour therapy (CBT) for patients with anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) in a day hospital program. At the end of the supervision of patients, we noted whether there was a decrease in the seriousness and intensity of the symptoms concerning eating disorders, depression, anxiety, alexithymia and body concerns. All the patients were assessed before and after treatment with the following material: the Eating Attitudes Test (EAT-40), the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2), the Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE), the Beck Depression Inventory (BDI), Spielberger State-Trait Anxiety (STAI), the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), the Body Shape Questionnaire (BSQ) and the Structural Clinical Interview for Disorders (SCID-2). The results of this study led us to conclude that anxiety was the disorder with which CBT had been the most effective. The conclusions suggest that this day treatment program had demonstrated efficacy, as far as the clinical symptoms of eating disorders and the comorbid clinical symptoms are concerned, even if some differences are not significant.

© 2008 Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) se caractérisent par un rapport pathologique à la nourriture, en terme de qualité ou de quantité. L'anorexie mentale et la boulimie sont les troubles alimentaires les plus fréquents.

La prévalence de l'anorexie mentale dans la population féminine est d'environ 1%. La boulimie atteint entre 1 et 3% de la population féminine occidentale.

Depuis le début des années 1980, les études sur les psychothérapies de groupe pour les troubles du comportement alimentaire se sont concentrées sur les patients boulimiques et la forme de traitement la plus commune a été la thérapie cognitivocomportementale [1]. Une méta-analyse de Fairburn et al. [2], concernant la psychothérapie individuelle avec les patients boulimiques, a prouvé que la thérapie cognitive et comportementale, et la thérapie interpersonnelle, sont efficaces dans le traitement des symptômes boulimiques. Il est apparu que l'approche cognitivocomportementale réduisait les crises alimentaires dans 73 à 93% des cas et les comportements compensatoires (vomissements, prise de laxatifs, lavements...) dans 77 à 94% des cas.

L'étude de Seongsook [3] compare les effets d'un programme de groupe en hôpital de jour avec un traitement individuel pour des patients souffrants des troubles alimentaires. Les résultats montrent que les participantes au programme de jour ont des améliorations significativement plus importantes en ce qui concerne les symptômes psychologiques de l'EDI-2, la fréquence des crises de boulimie, le BMI, l'estime de soi et la dépression, que le groupe témoin. En somme, un programme de jour utilisant des techniques de prise en charge cognitive et comportementale (TCC) serait plus efficace qu'une thérapie individuelle dans le traitement des TCA.

Ainsi, les résultats suggèrent qu'il faut continuer à développer un modèle de traitement, basé sur des techniques cognitives et comportementales, et de tester ce modèle dans une étude contrôlée.

L'étude de Pearlstein [4] résume les différentes données de la littérature concernant les comorbidités des troubles du comportement alimentaire.

Pour ce qui est de l'anxiété, depuis 1985, 36 études traitent de la prévalence d'un ou plusieurs troubles anxieux chez des sujets souffrants des troubles du comportement alimentaire [5].

En ce qui concerne la dépression, des études avaient décrit un taux élevé de dépression majeure chez ces patients. La prévalence d'une dépression majeure se situe entre 46 et 74%, chez les anorexiques restrictives et il est entre 46 et 80% chez les anorexiques boulimiques [4].

De nombreuses études montrent une comorbidité importante entre l'alexithymie et les troubles alimentaires. Le taux d'alexithymie serait compris entre 48 et 63% chez des patients anorexique et entre 40 et 63% chez des boulimiques [12].

Des études ont rapporté un taux élevé des troubles de personnalité chez des femmes souffrant des troubles du comportement alimentaire. Le cluster C se retrouve dans environ 45% des cas d'anorexiques ou de boulimiques. Les troubles de personnalité du cluster A sont plus fréquents chez les boulimiques (27%) que chez les anorexiques (12%). Enfin, la présence d'un trouble du cluster B, et plus particulièrement de la personnalité borderline, a été associée à une faible réponse au traitement et à un mauvais traitement de l'anorexie ou de la boulimie.

Sujets

L'échantillon se compose de dix femmes présentant des troubles des conduites alimentaires dont cinq anorexiques restrictives et cinq anorexiques boulimiques. L'âge moyen est de 27,8 ans (5,8). Le BMI moyen pour le groupe en début de traitement est de 16,8 (2,0). Pour le groupe des anorexiques restrictives, il est de 15,7 (1,7) et il est de 17,8 (1,9) pour les anorexiques boulimiques.

Certaines patientes ont suivi la prise en charge deux jours par semaine (64%), alors que d'autres ne viennent qu'un jour (36%). Les critères d'inclusion sont les femmes de plus de 18 ans avec un diagnostic d'anorexie restrictive

et/ou de boulimie selon les critères du DSM-IV-R. Les critères d'exclusion sont un non-respect du contrat d'engagement de participation au groupe thérapeutique signé en début de thérapie, la présence d'un trouble psychotique ou une mauvaise compréhension de la langue française.

L'étude se déroule dans le service de psychiatrie ambulatoire des Prs Q. Debray et B. Granger, dans l'unité de jour de l'hôpital Tarnier (Paris) où les thérapeutes centraux sont le Dr Daouk et Mme Detournay. Cette étude a débuté au mois d'octobre 2006 et se termine fin mai 2007.

Méthodologie

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge cognitive et comportementale sur des patients en hôpital de jour souffrant des troubles du comportement alimentaire. La prise en charge avait pour objectif d'aider les patientes à retrouver un équilibre nutritionnel, pondéral, émotionnel et relationnel. Il s'agissait donc d'observer si on constate une diminution de la sévérité et de l'intensité des symptômes des troubles des conduites alimentaires, mais aussi de la dépression, de l'anxiété, de l'alexithymie et de l'insatisfaction corporelle à la fin de la prise en charge.

Un des autres objectifs de cette étude était de distinguer si les résultats sont différents en fonction du type de pathologie de la patiente, c'est-à-dire, si la prise en charge est aussi efficace pour les anorexiques restrictives, que pour les boulimiques.

Enfin, il s'agissait d'étudier si la présence ou l'absence de certains troubles de la personnalité influencent l'efficacité du traitement.

Les patientes ont été évaluées au début de la prise en charge et à la fin du traitement.

L'équipe soignante est composée de trois psychiatres, un interne en psychiatrie, deux infirmières, une diététicienne, une psychomotricienne, une psychologue et deux stagiaires psychologues. Les journées commencent par le bilan biologique (tension artérielle, pouls) et la pesée des patientes. Chaque matin, un psychiatre et une infirmière, formés aux TCC, animent un groupe pendant lequel on travaille sur le carnet de thérapie, tenu précisément par chaque patiente, afin d'évaluer les difficultés spécifiques, de comprendre les mécanismes et de mesurer la progression.

C'est parallèlement à ce groupe que les patientes ont des rendez-vous individuels avec différents membres de l'équipe.

L'après-midi a lieu le groupe de thérapie cognitive et comportementale. Les modules sont basés sur différents thèmes : analyse fonctionnelle, estime de soi, affirmation de soi, motivation au changement, restriction cognitive...

En plus des séances de groupe, les patientes partagent deux repas thérapeutiques par jour.

Afin d'évaluer les patientes, huit questionnaires ont été utilisés.

L'EAT-40

Cette échelle est la plus connue et la plus utilisée pour évaluer la gravité de l'anorexie mentale ainsi que son évolution.

Le BITE

L'inventaire d'Edinburgh d'Henderson et Freeman [13] est conçu pour identifier les sujets souffrant des symptômes boulimiques ou d'accès de frénésie alimentaire. Il est constitué de deux sous-échelles : l'échelle des symptômes qui évalue le nombre des symptômes présents et de l'échelle de sévérité qui fournit un indice de la sévérité du comportement de frénésie alimentaire ou de purge en fonction de leur fréquence.

L'EDI-2

L'inventaire des troubles alimentaires de Garner [9] est une évaluation clinique de la symptomatologie associée aux troubles alimentaires.

Le BDI-13

L'inventaire de dépression de Beck permet d'effectuer une évaluation rapide de l'intensité de la dépression.

Le STAI

Cet inventaire de Spielberger [10] est destiné à évaluer, d'une part, l'anxiété trait (forme Y-B) et, d'autre part, l'anxiété état (forme Y-A). L'anxiété état se rapporte à l'anxiété ressentie à un moment particulier. L'anxiété trait serait l'estimation de la tendance habituelle du sujet à être anxieux.

La TAS-20

L'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS) de Taylor et al. [11] est un questionnaire évaluant l'alexithymie.

Le BSQ

Le Body Shape Questionnaire est un questionnaire permettant d'évaluer l'insatisfaction corporelle [6]. Il mesure les préoccupations envers le poids et la forme du corps.

Le SCID-2

Cet entretien semi-structuré est destiné à évaluer les troubles de la personnalité. Le logiciel XLSTAT 2007 a été utilisé pour procéder à l'analyse statistique des données.

Résultats

Au regard des 11 dimensions de l'EDI-2, la prise en charge a été efficace sur les symptômes associés aux troubles du comportement alimentaire pour 70% des patientes.

Les dimensions ayant le plus diminuées sont la « conscience intéroceptive », « l'insécurité sociale », le « contrôle des pulsions », la « recherche de la minceur », le « perfectionnisme » et « l'ascétisme ».

La Fig. 1 montre les résultats moyens des 11 dimensions de l'EDI-2 en pré- et en post-traitement pour tout le

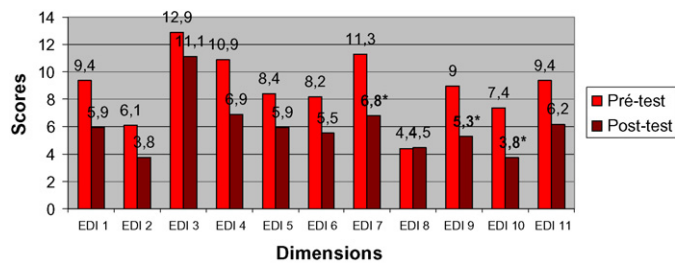


Figure 1 Résultats pré- et post-test aux 11 dimensions de l'EDI-2 pour la moyenne du groupe.

groupe des patientes. Le *t* de Student permet de spécifier que les différences sont significatives pour les dimensions « conscience intéroceptive », « ascétisme » et contrôle des pulsions.¹

Le **Tableau 1** présente les moyennes des scores pré- et post-test des différentes échelles pour le groupe. On constate une baisse des moyennes en post-test pour toutes les échelles. En ce qui concerne les questionnaires qui évaluent les symptômes des troubles alimentaires, la moyenne des scores de l'EAT-40 est passée de 46,9 à 27,0. Pour le BITE, la moyenne de l'échelle des symptômes a diminué (17,2 versus 13,6), il en va de même pour l'échelle de sévérité (6,1 versus 4,2).

Pour ce qui est de la dépression, les scores moyens de la BDI sont passés de 12,5 à 10,2. Pour l'anxiété, on note également une baisse des scores, surtout en ce qui concerne l'anxiété état. Les scores d'alexithymie ont également baissé. Il en va de même pour l'insatisfaction corporelle à travers le BSQ. Il semblerait qu'il y ait des différences significatives (pour $p < 0,05$) pour l'EAT-40, ainsi que pour la STAI forme (Y-B).²

On constate un effet significatif de la variable TCA pour l'EAT et le BITE pour l'échelle des symptômes et l'échelle de sévérité. Le fait que l'effet soit significatif montre que les valeurs de la variable sont significativement différentes pour les anorexiques et pour les boulimiques.

Il y a une interaction significative uniquement pour le STAI (Y-A).

En ce qui concerne les troubles de la personnalité, le SCID-2 a mis en évidence que toutes les patientes souffrent d'un trouble de la personnalité.

Aucune patiente ne présente un trouble du cluster A. Pour les troubles du cluster C, 11% des patientes présentent une personnalité dépendante, 22% une personnalité évitante et 33% des patientes ont une personnalité obsessionnelle–compulsive. Au total, 55% des patientes ont un trouble de la personnalité du cluster C.

Enfin, en ce qui concerne les troubles du cluster B, aucune des patientes ne présente un trouble de personnalité narcissique, histrionique et antisociale. En revanche, 33% des patientes souffrent d'un borderline. Toutes les patientes borderlines sont boulimiques.

Les résultats moyens de l'EAT-40 ont diminué entre le prétest et le post-test pour les patientes présentant un

Tableau 1 Moyennes des scores pré- et post-test des différentes échelles pour le groupe.

	Total	
	Prétest	Post-test
Anorexie mentale		
EAT-40	46,9 (22,5)	27,0 (21,3)*
Boulimie		
BITE symptômes	17,2 (8,9)	13,6 (9,8)
BITE sévérité	6,1 (7,1)	4,2 (5,8)
Dépression		
BDI	12,5 (7,9)	10,2 (8,1)
Anxiété		
STAI (Y-A)	63,3 (9,8)	38,2 (11,3)*
STAI (Y-B)	63,5 (7,2)	41,8 (13,7)*
Alexithymie		
TAS-20	53,9 (13,4)	46,4 (10,8)
Insatisfaction corporelle		
BSQ	112,2 (41,1)	80,3 (43,9)

* Différence significative ($p < 0,05$).

trouble de la personnalité borderline, ainsi que pour celles n'en présentant pas. Cependant, la diminution est plus importante pour les patientes présentant un trouble de la personnalité borderline (moyenne passé de 67,3 à 38,1, soit 29,2 points d'écart) que pour les patientes n'ayant pas une personnalité borderline (moyenne passé de 36,0 à 23,1, soit 12,9 points d'écart). Statistiquement, les différences ne sont pas significatives sauf pour les scores pré- et post-test des sujets n'ayant pas de personnalité borderline.

Enfin, les scores moyens de l'échelle des symptômes du BITE ont diminué pour toutes les patientes. Cependant, la diminution est plus importante pour les patientes ayant un trouble borderline. La moyenne est passée de 26,7 à 21,0, soit 5,7 points d'écart, alors que pour les patientes n'ayant pas de trouble borderline, la différence n'est que de 2,7 points.

En revanche, pour l'échelle de sévérité, les scores ont nettement diminué au fil de la prise en charge pour les patientes borderline (6,7 points d'écart), alors qu'elle n'a pas diminué pour les autres patientes, elle a même très légèrement augmenté.

Il semblerait donc qu'en ce qui concerne la symptomatologie des troubles du comportement alimentaire, les borderlines aient eu une meilleure réponse au traitement que les autres patientes.

Discussion

Les résultats montrent une baisse importante des moyennes en post-test pour les questionnaires qui évaluent symptômes des troubles alimentaires, la dépression, l'anxiété, l'alexithymie et l'insatisfaction corporelle. Cependant, la différence est significative uniquement pour l'anxiété. Les différences pour les autres symptômes semblent importantes mais sont statistiquement non significatives. Cela

¹ Différence significative ($p < 0,05$).

² Des différences pouvant sembler importantes sont statistiquement non significatives du fait des très faibles effectifs.

peut être dû aux très faibles effectifs ou à la prise en charge en elle-même.

Pour la symptomatologie des troubles du comportement alimentaire, les borderlines ont eu une meilleure réponse au traitement que les autres patientes. Cela dit, trois patientes ont abandonné de leur plein gré la prise en charge avant la fin. Ces trois personnes étaient anorexiques-boulimiques et avaient une personnalité borderline.

Il est probable que leur désir de mettre un terme à la prise en charge soit dû au mode de relations interpersonnelles instables et intenses, caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation, à l'impulsivité marquée et à l'instabilité affective qui sont certaines caractéristiques du caractère des borderlines.

Pour les comorbidités des troubles alimentaires, les résultats abondent dans le sens des différentes données de la littérature référencées dans l'étude de Pearlstein [4]. En effet, les questionnaires ont montré que les troubles du comportement alimentaire étaient comorbides avec la dépression, l'anxiété, l'alexithymie et l'insatisfaction corporelle.

Les résultats suggèrent que cette prise en charge cognitivocomportementale en hôpital de jour a été globalement efficace sur les symptômes cliniques des troubles du comportement alimentaire et les symptômes associés, même si certaines différences ne sont pas significatives.

Ils vont partiellement dans le même sens que Laessle [7], qui avait conclu que l'approche cognitive était efficace dans la diminution des difficultés psychologiques associées aux troubles alimentaires et de Pellet et al. [8], qui a montré dans son étude qu'une prise en charge multidimensionnelle utilisant des techniques cognitives et comportementales était plus efficace qu'un simple suivi par le médecin traitant.

Pour ce qui est du suivi en hôpital de jour, l'étude de Seongsook [3], qui a étudié l'efficacité d'un programme de jour, suggère que les participantes à ce type de programme ont des améliorations significativement plus importantes en ce qui concerne les symptômes psychologiques de l'EDI-2, la fréquence des crises de boulimie, le BMI, l'estime de soi et la dépression que des participants à un autre type de prise en charge. En somme, un programme de jour, utilisant des techniques de TCC, serait plus efficace qu'une thérapie individuelle dans le traitement des TCA.

Conclusion

La prise en charge a été efficace sur les symptômes des troubles des conduites alimentaires pour 70 % des patientes, plus particulièrement sur les facteurs conscience intéroceptive, ascétisme et contrôle des pulsions, ainsi que sur la gravité de l'anorexie mentale. La thérapie a également eu un impact positif sur les symptômes associés aux TCA qui sont la dépression, l'anxiété, l'alexithymie et l'insatisfaction corporelle. Cependant, il ne s'agit que d'une tendance puisque la différence est significative uniquement pour l'anxiété.

La présence et la sévérité des symptômes boulimiques et anorexiques ont diminué chez toutes les patientes. Pour celles souffrant d'un trouble borderline, la diminution est plus importante. Il faut, néanmoins, avoir présent à l'esprit l'instabilité cognitive et comportementale qui sont des caractéristiques connues chez les borderlines. Pour ce qui est de cette étude préliminaire, il apparaît donc contrairement à ce que l'on s'attendait que les borderlines ont eu une meilleure réponse au traitement que les autres patientes. Ces résultats restent à étudier sur des effectifs plus importants.

La prise en charge, comme elle est proposée par cette équipe, est originale et unique à l'assistance publique des hôpitaux de Paris et probablement en France. C'est la première année que l'équipe a mis en place ce programme thérapeutique et d'autres destinés à d'autres troubles. Des études ultérieures pourraient réévaluer la prise en charge et confirmer ou infirmer les résultats obtenus.

Références

- [1] Polivy J, Federoff I. Group psychotherapy. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press; 1997.
- [2] Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. Binge eating: nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press; 1993. p. 361–404.
- [3] Seongsook K. Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 2005;51(1):5–14.
- [4] Pearlstein T. Eating disorders and comorbidity. *Arch Women Ment Health* 2002;4(3):67–78.
- [5] Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Wiley InterScience*; 2001, 253–70.
- [6] Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord* 1987;6:485–94.
- [7] Laessle, 1991, In: Pellet J, Lang F, Estour B, Chazot L. Les troubles du comportement alimentaire, congrès de psychiatrie et de Tome 1 : rapport de psychiatrie, IXXXI^e session, Masson; 1989.
- [8] Pellet J, Lang F, Estour B, Chazot L. Les troubles du comportement alimentaire, congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 1993, Tome 1 : rapport de psychiatrie, 86^e session, Masson.
- [9] Garner DM. In: Bouvard M, Cottraux J, editors. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, pratiques en psychothérapie. Paris: Masson, 4^e édition; 2005. p. 361–404.
- [10] Spielberger C. D. Inventaire d'anxiété état-trait forme Y. Éditions du centre de psychologie appliquée, Paris; 1993.
- [11] Taylor GJ. In: Bouvard M, editor. Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité pratiques en psychothérapie. Paris: Masson, 2^e édition; 2002.
- [12] Schmidt U, Jiwany A, Treasure J. A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Compr Psychiatry* 1993;34:54–8.
- [13] Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. *The BITE. Br J Psychiatry* 1987;150:18–24.