

Quelle est la place des groupes d'entraide et des groupes thérapeutiques dans le traitement de la boulimie et l'hyperphagie boulimique ?

Dr Sophie Criquillion

PH

Service Pr P.Gorwood. CMME. CHSA Paris

s.criquillion@ch-sainte-anne.fr

Pas de conflit d'intérêt

Boulimie / Hyperphagie boulimique



Distinction Boulimie / Hyperphagie

- **Hyperphagie:** absorption d'une quantité anormalement élevée d'aliments
- **Boulimie:** trouble des conduites alimentaires dont l'hyperphagie n'est qu'un des symptômes

Boulimie/ Hyperphagie BL: Définitions du DSM V

- Absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient dans des circonstances similaires
- Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant l'épisode
- Source d'une souffrance marquée et d'une conscience douloureuse du trouble
- Survenue au moins 1/semaine depuis 3 mois
- Sévérité: grades 1 à 4: de 1 à 14 crises/semaine

Boulimie (*an ominous variant of anorexia nervosa . G.Russell 1970*)

- Comportements compensatoires pour prévenir la prise de poids (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercices physiques, jeûne)
- Estime de soi influencée de manière excessive par la forme et par le poids
- Sentiments de honte, dissimulation des symptômes

Hyperphagie boulimique:

- Pas de comportements compensatoires « inappropriés »
- Pas de préoccupations majeures sur les formes corporelles et sur le poids

Boulimie/ HBL: épidémiologie

Boulimie

- Femme jeune, 10F/1H, 17/35 ans
- Environ 1,5 à 3% des femmes (15% avec des formes incomplètes)
- Evolution de l'AN vers la BL dans 1 cas/2 dans l'année qui suit le début des troubles

Événement déclenchant:

- Régime restrictif (aliments »interdits «), contrariétés, émotions fortes, confrontation au stress, solitude..)
- Traumatisme ou perte

Hyperphagie BL

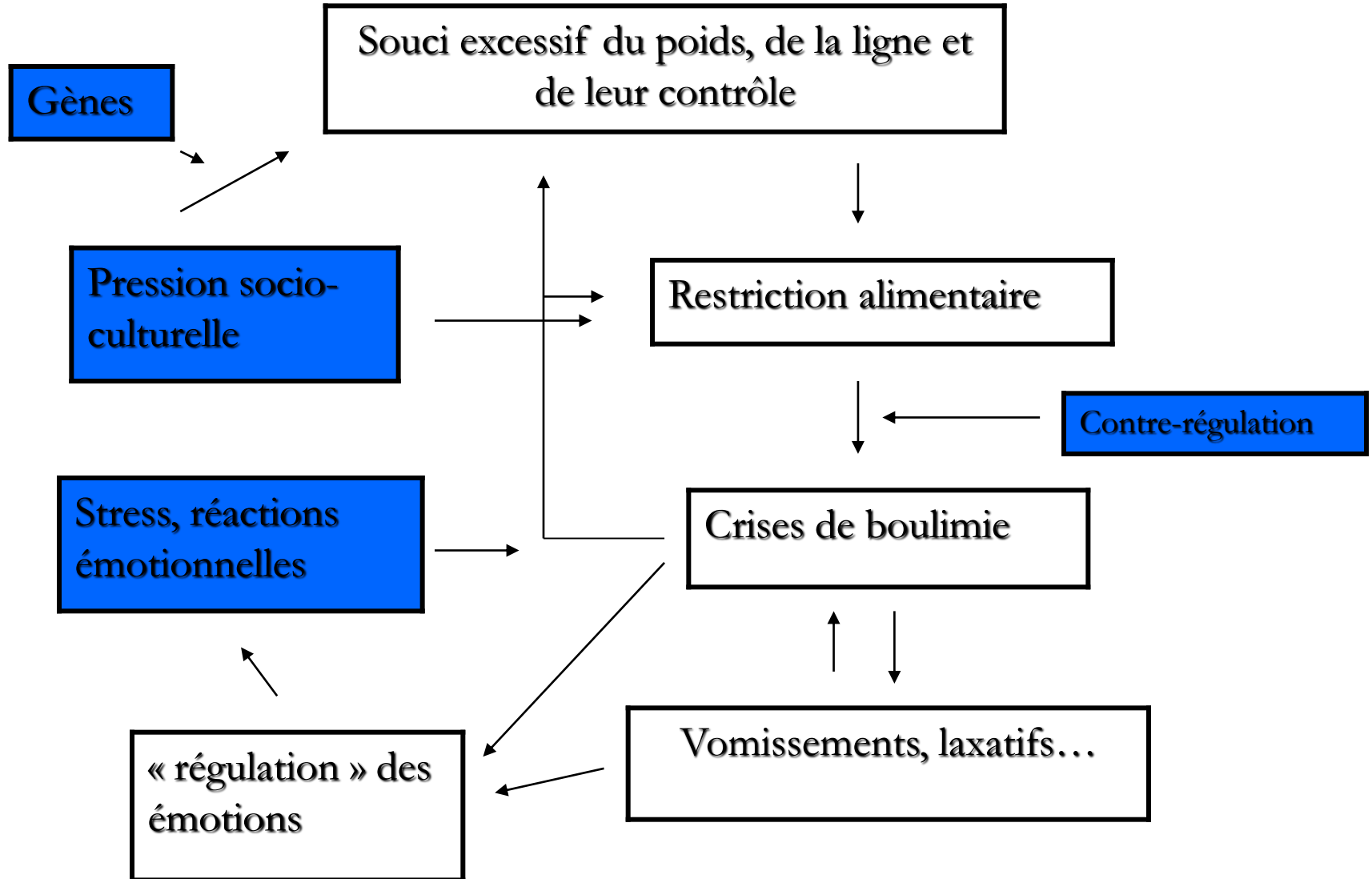
- Homme: 1,6% > Femme: 0,8% population générale
- 50% et plus des patients obèses, selon les études, présentent de l'hyperphagie BL

Décès: 1% des patients

Comorbidités

- Fréquence accrue de :
 - **Symptômes dépressifs** (avec faible estime de soi)
 - **Symptômes anxieux++**
 - **Addictions** (Alcool 30-40%, anxiolytiques 23%)
 - **Trouble de la personnalité** (états limites)
 - **Automutilation** (coupures, lacérations)
 - **Actes impulsifs**
 - **Vols pathologiques** (Kleptomanie)

Modèle TCC de la boulimie (Fairburn, 2008)



Vulnérabilité génétique :

- Traits de personnalité: contrôle/impulsivité recherche sensations Perfectionnisme...

- Anxiété (apprentissage et extinction de peur)

- dépression

- métabolisme (trouble de la satiété, prise de poids...)

Culture

Pression sociale (des pairs)

Pression familiale (inquiétude, remarques, régime des proches...)

Facteurs de risque Psychiatriques non Spécifiques : abus, maltraitance, perte, séparation...

Stress : Compétition scolaire, Séparation, émancipation

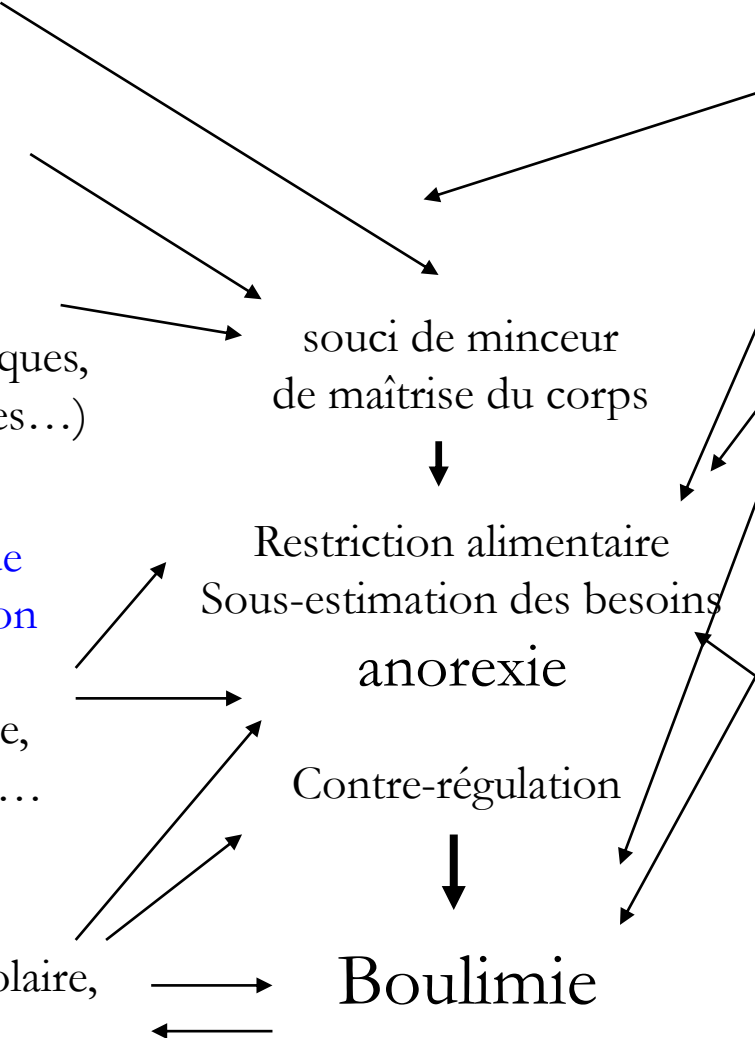
souci de minceur de maîtrise du corps

Restriction alimentaire Sous-estimation des besoins

anorexie

Contre-régulation

Boulimie BED



Indicateurs pronostiques

BON

- $\frac{1}{2}$ guérison, $\frac{1}{4}$ amélioration
- Absence de restriction
- Absence de complication médicale sévère
- Forte motivation au changement
- Bonne insertion sociale et professionnelle
- Soutien familial et des pairs

MAUVAIS

- $\frac{1}{4}$ Chronicité
- Autres addictions associées (sauf tabac)
- Complications somatiques
- Comorbidités psychiatriques
- Tr. grave de la personnalité
- Isolement social

Organisation des soins

- Quasi exclusivement en ambulatoire
- HDJ peu développés
- Hospitalisations de sevrage (protocole court / efficacité non démontrée à 60 jours)
- **Dans tous les cas :**
 - Évaluation
 - Dépistage et traitement des comorbidités et complications somatiques
 - Approche multidisciplinaire nutritionnelle, psycho-éducation, approche familiale et traitement psychologique
 - Groupes d'entraide et de soutien (self-help, et groupes thérapeutiques)

Principes du traitement

- Self-Help
- Groupes d'entraide et de soutien
- Psychothérapies individuelles et de groupe :
 - Approche motivationnelle
 - Psycho-éducation
 - TCC
 - Gestion des émotions
 - Techniques de relaxation, Mindfulness,
 - Techniques corporelles (sophrologie/psychomotricité)
 - Thérapie Multi-Familiale
 - Thérapie interpersonnelle
 - Psychanalyse
- Traitements médicamenteux:
 - ISRS: Fluoxetine 60 mg/j et/ou Naltexone

Comment sortir de la boulimie

et se réconcilier avec soi-même



Guide pour s'aider soi-même

Dr François Nef
Dr Yves Simon



Le self help: une première ligne simple et efficace



Faire face à la boulimie

Une démarche efficace pour guérir

PSYCHOTHÉRAPIE

Matériel protégé par le droit d'auteur

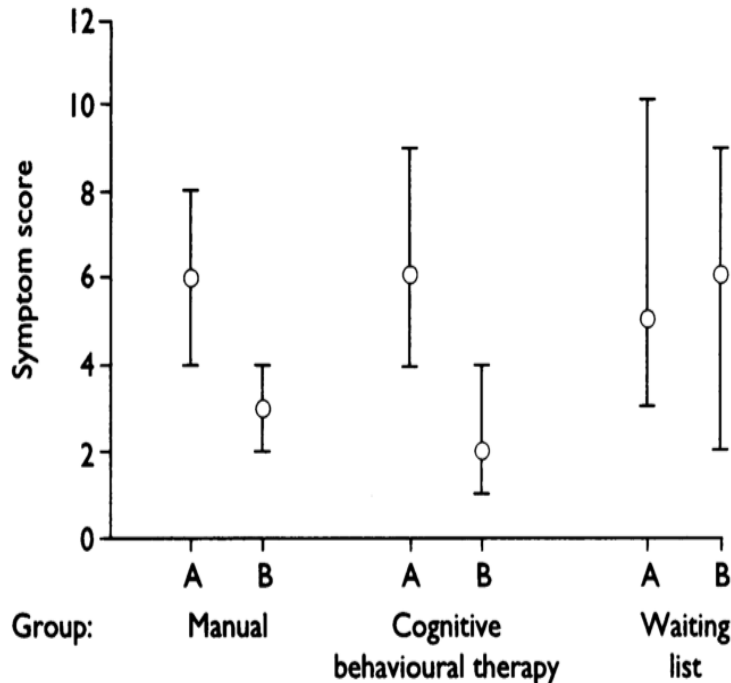
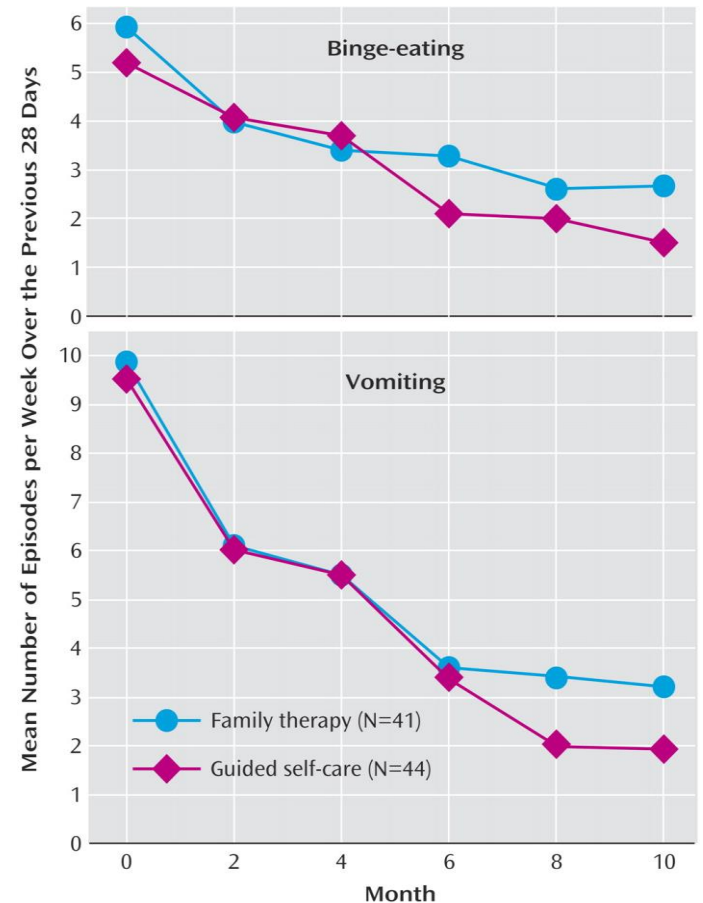


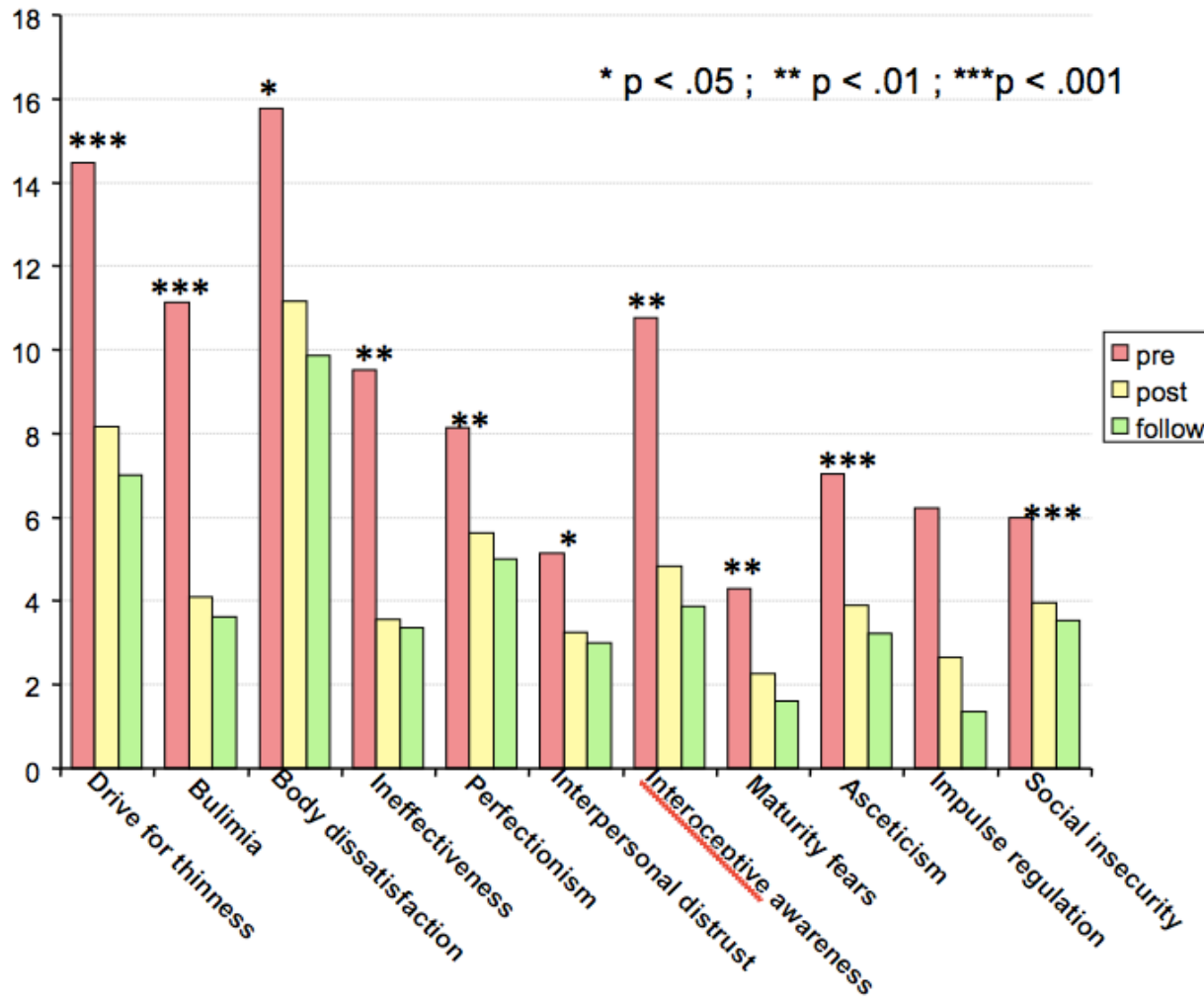
FIG 2—Median (95% confidence interval) change in total symptom score in bulimic patients allocated to use of self help manual, cognitive behavioural therapy, or remaining on waiting list. Analysis by Kruskal-Wallis analysis of variance, $\chi^2=12.18$, $P<0.005$. A=before treatment, B=after treatment

Treasure et al 1994



Schmidt et al 2007

Evolution de la symptomatologie dans le cadre d'un programme de self-help par internet



Self-help utilisable comme:

- Traitement de première ligne non spécialisé
- Facilitateur de traitement ultérieur

LES PROGRAMMES DE SELF HELP / 20 ÉTUDES

Comparé aux groupes contrôles les programmes en ligne agissent de façon significative:

- - sur l'insatisfaction corporelle ($p < 0.001$)
- - sur les préoccupations pondérales et corporelles ($p < 0.05$)
- - sur l'internalisation de l'idéal de minceur ($p < 0.05$)
- - sur la restriction alimentaire ($P < 0.001$)
- - sur la conduite de minceur ($p < 0.001$)
- - sur les symptômes boulimiques ($p < 0.001$)
- - sur la fréquence des conduites de purge ($p < 0.05$)
- - sur les émotions négatives ($p < 0.001$)

Reducing eating disorder symptoms and risk factors using internet: a meta-analytic review

- *T.Melioli, S.Bauer, and al. Int J Eat Disord 2016 jan; 49(1):19-31*

Groupes d'entraide et de soutien

- **Self-Help Eating Disorder Support Group:**
 - Les membres du groupe sont les organisateurs et les managers du groupe.
 - Ils partagent leur expérience de troubles alimentaires.
 - Ce sont des groupes d'entraide mutuelle, des groupes de pairs, des groupes de soutien.
- **Professionally operated support groups:**
 - Ces groupes sont animés par des professionnels de santé (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, paramédicaux) qui animent et dirigent le groupe avec des techniques spécifiques pour une durée déterminée (x sessions)

Ces groupes peuvent être ouverts ou fermés

Groupes versus thérapies individuelles

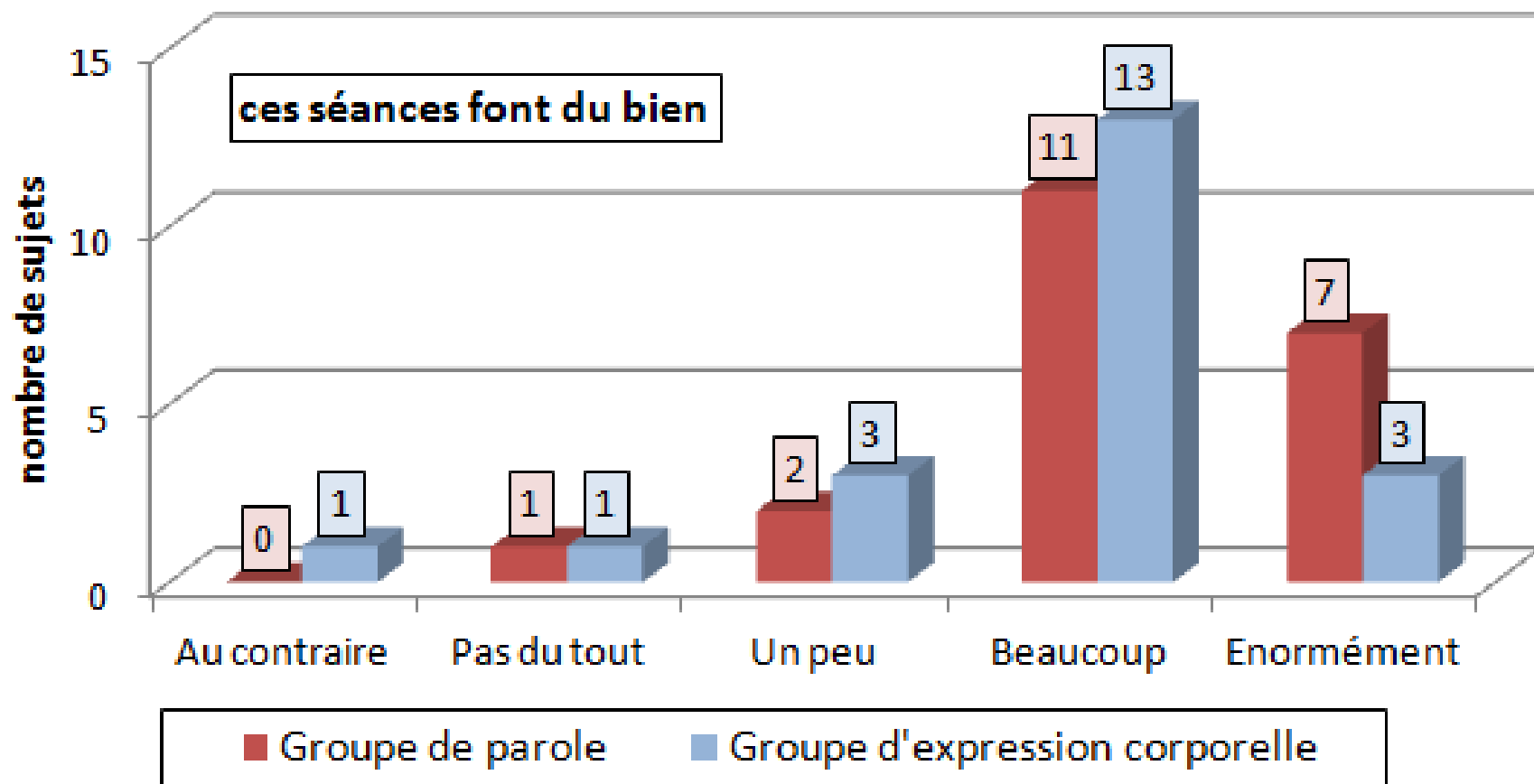
BL/HBL

- [Group psychoeducation for **bulimia** nervosa with and without additional psychotherapy process sessions.](#)
Rosenvinge JH. Acta Psychiatr Scand Suppl1990; 361. 38-43
- [Group **therapy** for anorexic and bulimic patients. Some aspects on the conduction of group**therapy** and a critical review of some recent studies.](#)
Davis R, Olmsted M, Rockert W, and al.
Int J Eat Disord. 1997 Jul;22(1):25-34.
- [Psychotherapy of **bulimia** nervosa: what is effective? A meta-analysis.](#)
Drinkmann A., Hartmann A, Herzog T
J Psychosom Res. 1992 Feb;36(2):159-67.
- [Group **therapy** for people with **bulimia** nervosa: systematic review and meta-analysis.](#)
Polnay A, James VA, Hodges L, and al
Psychol Med. 2014 Aug;44(11):2241-54./

Self-Help Eating Disorder Support Group:

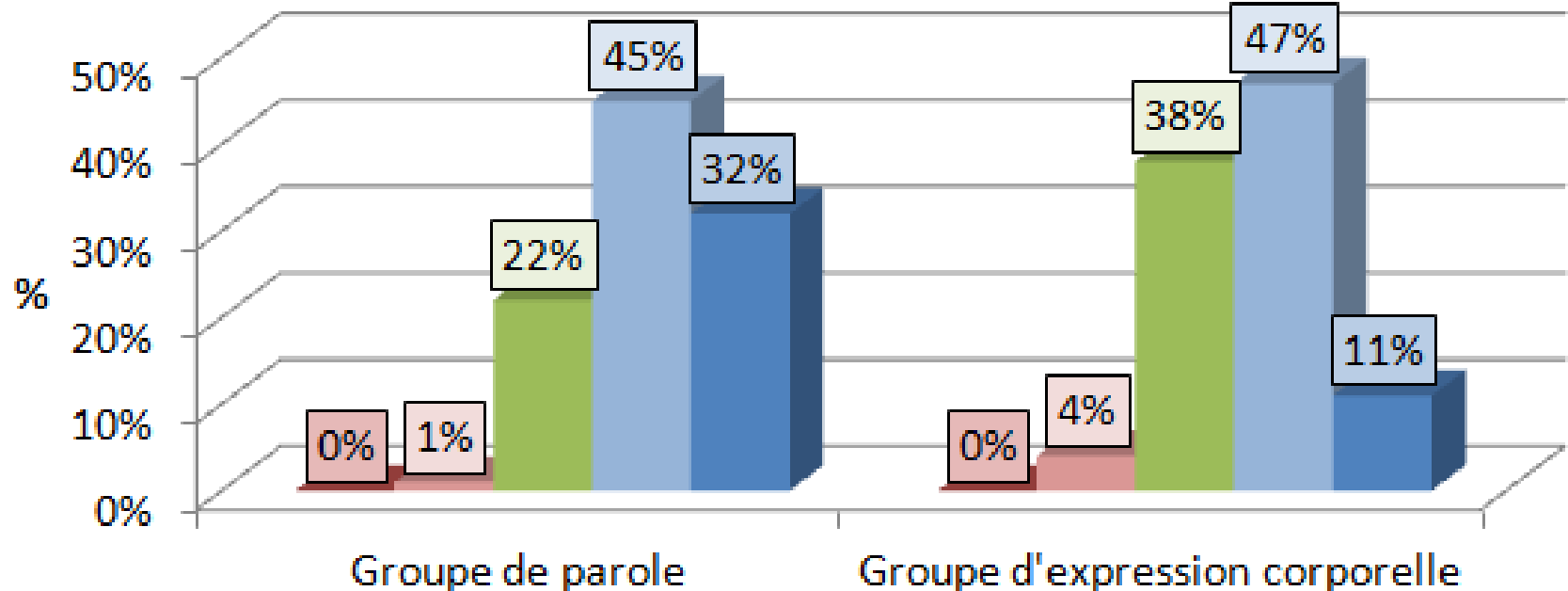
- **Association Enfine**
= Groupes de parole et permanence tel /groupes familles et proches
+ Ateliers thérapeutiques
- **ABA France**
= Groupes de parole avec ou sans les proches
- **Groupe européen pour les anorexiques et les boulimiques et les familles (Gefab)**
- **Association d'aide aux boulimiques**
- **Outremangeurs anonymes**
- **Institut des conduites alimentaires (ICA)**
- **Maison d'information et d'accueil des troubles de l'alimentation (Miata)**
- **Solidarité Anorexie Boulimie/ région**
- **Partage et Ecoute**
- **Association Autrement**
= groupes de parole patients/ groupes de soutien pour les parents (« parents pour les parents »)
+ plateforme d'information /permanence téléphonique / accueil
- ...

Association Autrement



Association Autrement

Aide à mieux comprendre la maladie



■ Au contraire ■ Pas du tout ■ Un peu ■ Beaucoup ■ Enormément

Traitements on line...

- [Bulimia nervosa: online interventions.](#)
Hay PJ, Claudino AM.
BMJ Clin Evid. 2015 Mar 4;2015. pii: 1009.
- [Evaluation of a new Internet-based self-help guide for patients with bulimic symptoms in Sweden.](#)
Nevonen L, Mark M, Levin B, and al
Nord J Psychiatry. 2006;60(6):463-8.
- [Self-help treatments for disorders of recurrent binge eating: a systematic review.](#)
Stefano SC, Bacaltchuk J, Blay SL, and al
Acta Psychiatr Scand. 2006 Jun;113(6):452-9.
- [Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa.](#)
Bailer U, de Zwaan M, Leisch F, and al.
Int J Eat Disord. 2004 May;35(4):522-37.
- [A critical evaluation of the efficacy of self-help interventions for the treatment of bulimia nervosa and binge-eating disorder.](#)
Sysko R, Walsh BT.
Int J Eat Disord. 2008 Mar;41(2):97-112. Review.

Groupe Entretiens Motivationnels

- **Objectif** : explorer l'ambivalence et favoriser le discours du changement en bénéficiant du partage des réflexions avec les pairs (adaptation du modèle de Miller et Rollnick par Treasure (1997))
- **Buts**: explorer l'ambivalence face au changement/ renforcement du sentiment de confiance en soi des compétences, des aptitudes et des progrès
- **Fonctionnement** :
 - 7 séances d'1h15
 - 2 thérapeutes
 - Collaboration, abandon de la relaxation patient-expert, susciter l'expression des motivations du patient, respect de l'autonomie du patient, et de ses choix
- **Moyens** : « cahier » d'exercices à réaliser entre chaque séance
 - Notes prises par le patient : fixer les éléments de sa réflexion pour favoriser une vue d'ensemble
 - Thèmes : Avantages vs inconvénients des comportements ; Projection dans le futur; Exploration des valeurs personnelles; Difficultés qui apparaîtraient sans la maladie; Objectifs
 - Contenu des séances : circulation de la parole en fonction des notes prises par les participants
- [Motivation to change in eating disorders: clinical and therapeutic implications.](#) Casasnovas C, Fernández-Aranda F, Granero R, and al. Eur Eat Disord Rev. 2007 Nov;15(6): 449-56.

Groupes de gestion des émotions

- Objectif : progresser dans la compréhension et la gestion des processus émotionnels en lien avec la boulimie
- Fonctionnement :
 - 6 séances d'1h30, fréquence hebdomadaire
 - Max. 10 participants (groupe fermé)
 - Groupe de suivi 1X/mois (participation libre) à l'issue du groupe
 - Orientation : psychoéducation et thérapie ACT (TCC 3^e vague)
- Thèmes :
 - Fonctionnement et reconnaissance des émotions
 - Exploration de l'évitement expérientiel
 - Travail sur les axes ACT :
 - Défusion : distinguer nos pensées de la réalité
 - Acceptation : reconnaître et accueillir ce qui existe dans le présent
 - Valeurs : faire ce qui importe pour nous

Groupes T.C.C

- 20 sessions
- Diagramme des processus favorisant le TCA
- Fiches alimentaires: contenu des prises alimentaires/crises/ contexte/ émotions/ pensées/
- Education nutritionnelle (poids de santé,apports nutritionnels, rythme et cadre alimentaires , sensations de faim, rassasiement et satiété)/
- Apprentissage de nouvelles habitudes alimentaires, rediversification, suppression des stratégies de contrôle de poids avec renforcements positifs, désensibilisation vis vis d'aliments anxiogènes, stratégies pour différer, éviter les crises, exposition in vivo...
- Restructuration cognitive (Fairburn), examen des croyances erronées
- Travail sur l'estime de soi, entraînement aux habiletés sociales
- Gestion du stress et relaxation
- Prévention des rechutes

TCC/ autres TTT

- [Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral **Therapy** for Adolescent **Bulimia Nervosa**.](#)
Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Nov;54(11):886-94.
- [\[The treatment of binge eating disorder - a review\].](#)
Papp I, Szumska I, Túry F.
Psychiatr Hung. 2015;30(3):268-77. Review. Hungarian.
- [Web-Based Cognitive Behavioral **Therapy** for Female Patients With Eating Disorders: Randomized Controlled Trial.](#)
Huurne ED, de Haan HA, Postel MG, and al
J Med Internet Res. 2015 Jun 18;17(6)
- [A randomized controlled trial of family **therapy** and cognitive behavior **therapy** guided self-care for adolescents with **bulimia** nervosa and related disorders.](#)
Schmidt U, Lee S, Beecham J. and al
Am J Psychiatry. 2007 Apr;164(4):591-8.
- [Group cognitive-behavioral **therapy** and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison.](#)
Wilfley DE, Agras WS, Telch CF, and al
J Consult Clin Psychol. 1993 Apr;61(2):296-305.
- [Internet-based cognitive-behavioral **therapy** for **bulimia** nervosa: a controlled study.](#)
Fernández-Aranda F, Núñez A, Martínez and al.
Cyberpsychol Behav. 2009 Feb;12(1):37-41. doi: 10.1089/cpb.2008.0123.

Quels sont les critères d'orientation vers une TCC ?

- Demande du patient
- Disponibilité du traitement à proximité
- Le principal problème est l'arrêt prématuré des traitements
- Pour diminuer les risques de drop out:
 - Préparation psychologique initiale/ entretiens motivationnels
 - Lecture ++
 - Cibler des patientes avec une « bonne capacités d'introspection »
 - Privilégier des patientes euthymiques avec de fortes préoccupations pour la minceur

Diagnostic subtype	a. Mild	b. DT	c. Depressive	d. DT-depressive	Comparisons
Total patients (n = 154)	19 (12.3%)	27 (17.5%)	38 (24.7%)	70 (45.5%)	contrasts ^a
Completers (n = 104)	13 (68.4%)	22 (81.5%)	15 (16.7%)	53 (69.0%)	
Dropout (n = 51)	6 (31.6%)	5 (18.5%)	23 (60.5%)	17 (24.3%)	c > a > b; c > d

^a p value in χ^2 tests <0.05 (two-tailed).

Groupes Multi-Familiaux

- Sur le modèle du Maudsley Hospital (Londres)
- Peu développés chez les sujets adultes TCA/ BL
- 3 phases/ 6 sessions
- 2 phases: gestion de l'alimentation en famille/outils à mettre en place
- 2 phases: thématique des relations familiales/ gestion des conflits/ résolution de problèmes/ modalités de communication/ expression des émotions
- 2 phases: développement personnel patient et famille/ prévention des rechutes/ autonomisation/ changements possibles réalistes

Slagerman M, Yager .J.Psychiatr Med. 1989;7(4):269-83.

Et si on proposait une autre forme de prise en charge par modules?

- Module 1: Bien démarrer la thérapie! Self monitoring et régulation du poids
- Module 2: régulation du comportement alimentaire (rythme, composition, arrêt des stratégies de contrôle de poids)
- Module 3: Stratégies alternatives aux BL et HBL (activités substitutives, identification des processus de changement)
- Module 4: Résolution de problèmes
- Module 5: Faire le point (sur ce qui fonctionne et ce qui peut s'améliorer)
- Module 6: Module image du corps: qu'en est il des préoccupations corporelles, de la sensation d'être gros, des conduites d'évitement?
- Module 7: Bien finir la thérapie!
relevé de toutes les avancées positives, prévention et traitement des rechutes

Conclusion

- Intérêt des prises en charge groupales dans les TCA BL et Hyperphagies boulimiques
- Peu de littérature sur l'efficacité comparative des thérapies de groupe
- Les groupes d'entraide ont un rôle central, et participent au maintien dans les soins.
- Intérêt des groupes ++, des groupes TCC + ou -précédés d'une thérapie motivationnelle, de modules de gestion des émotions, ainsi que des approches familiales soutenantes ++