

Thérapie comportementale dialectique pour le traitement des troubles de l'alimentation

par Anita Federici, PhD, CPsych, FAED

Mise à jour en mars 2024

De nombreux progrès ont été réalisés en ce qui concerne la TCD et son application aux troubles de l'alimentation depuis que j'ai rédigé cet article. Cette version mise à jour comprend des développements et des renseignements importants sur les raisons pour lesquelles nous utilisons la TCD, la façon dont nous l'utilisons et quel type de TCD appliquer.

Qu'est-ce que la thérapie comportementale dialectique?

La thérapie comportementale dialectique (TCD) a été développée par Marsha Linehan dans les années 1990 pour aider les personnes aux prises avec des comportements suicidaires et autodestructeurs récurrents¹. Le traitement est né de sa frustration face au manque d'options de traitement pour ce groupe de patients, de la mauvaise réputation qu'ils avaient dans les environnements psychiatriques et médicaux et du désir de créer un nouveau parcours de soins. Ce que Marsha Linehan a créé a changé le visage des soins psychologiques pour une population de patients considérée autrefois comme résistante au traitement. Au cœur de la TCD se trouve une vision dialectique du monde qui cherche à trouver une synthèse entre des points de vue opposés, plutôt que de trouver la « bonne » réponse. Sophistiquée et multimodale (c'est-à-dire qu'elle comprend la thérapie individuelle, la formation axée sur des compétences, le coaching téléphonique et la consultation de thérapeutes), la TCD combine des approches cognitivo-comportementales avec des pratiques méditatives et des stratégies d'acceptation pour créer une modalité de thérapie vraiment unique.

La réussite de la TCD dans le ciblage des comportements suicidaires et d'automutilation, la réduction du besoin de soins psychiatriques de haut niveau et l'amélioration de la qualité de vie a été observée dans le monde entier. Au cours des 30 dernières années et grâce à des groupes internationaux de chercheurs, la TCD est devenue une option de traitement robuste pour toute personne aux prises avec d'autres comportements impulsifs et problématiques pour lesquels la dysrégulation des émotions joue un rôle essentiel. Pour un examen des recherches actuelles sur la TCD, veuillez consulter le site suivant : [Core Evidence & Research - Behavioral Tech Institute \(behavioraltech.org\)](https://behavioraltech.org)

Qu'est-ce que la dysrégulation des émotions?

Notre capacité à ressentir des émotions, à tolérer des émotions douloureuses et à communiquer nos besoins joue un rôle fondamental dans notre santé mentale et notre bien-être global. Le terme « dysrégulation des émotions » a été utilisé lorsque les gens ont depuis longtemps de la difficulté à faire face à des sentiments désagréables ou lorsque les émotions sont ressenties comme si

écrasantes qu'elles mènent à des comportements (p. ex., automutilation, restrictions). Pour certaines personnes, les émotions deviennent si insupportables qu'elles s'adaptent en essayant d'éviter ou de supprimer les sentiments (p. ex., elles peuvent être difficiles à lire). D'autres personnes constatent que leurs émotions mènent à des comportements impulsifs ou autodestructeurs (p. ex., la honte menant à la compulsion alimentaire ou l'anxiété conduisant à la restriction alimentaire).

Comment une personne développe-t-elle une dysrégulation des émotions?

Dans la TCD, la théorie biosociale a été développée et étudiée pour expliquer ce qui cause et maintient les difficultés de régulation des émotions.

Les chercheurs croient que certaines personnes sont naturellement (ou biologiquement) plus sensibles à leurs émotions dès la naissance (p. ex., elles peuvent être particulièrement sensibles aux signaux émotionnels, éprouver des émotions plus intenses ou prendre plus de temps pour « revenir à la ligne de départ » une fois qu'elles sont activées). Mais la biologie seule ne peut pas expliquer le tableau complet. Ce que Linehan a appris, c'est que les personnes qui étaient plus sensibles sur le plan émotionnel (super-capteurs émotionnels biologiques) étaient également plus susceptibles d'avoir des antécédents significatifs d'invalidation. Les environnements invalidants indiquent que les sentiments, les besoins, les pensées ou les comportements d'une personne sont incorrects, inacceptables, mauvais ou autrement inappropriés. L'invalidation peut se produire intentionnellement ou involontairement et se produit souvent lorsqu'une personne ou un système ne comprend pas l'autre. De tels environnements amènent une personne à douter de ses sentiments internes et de ses réactions « intuitives » et à remettre en question sa perception de soi par rapport au reste du monde.

Dans le cadre de la MED-TCD (théorie comportementale dialectique) (voir ci-dessous), la théorie biosociale a maintenant été adaptée pour tenir compte des troubles de l'alimentation en ce sens qu'elle comprend les fondements neurométaboliques qui entraînent et maintiennent les troubles de l'alimentation et l'invalidation généralisée que connaissent les personnes souffrant de troubles de l'alimentation (p. ex., la culture du régime).

Pourquoi la TCD pour les troubles de l'alimentation?

1. La TCD est fondée sur un modèle de régulation des émotions

L'une des caractéristiques qui rend la TCD unique est qu'elle met l'accent sur la compréhension des émotions et le travail avec celles-ci. Le ciblage des émotions dans le traitement des troubles de l'alimentation n'était pas un élément central des traitements standards de ce type (p. ex., thérapie cognitive du comportement, thérapie familiale). Cependant, la recherche a montré que se concentrer sur la régulation des émotions est un élément nécessaire du traitement et du rétablissement. Par exemple :

- De nombreuses personnes souffrant de troubles de l'alimentation ont du mal à décrire, à tolérer et à exprimer leurs émotions. Pour beaucoup, les émotions sont vécues comme menaçantes, déroutantes et complètement accablantes. D'autres personnes déclarent se sentir engourdies, vides et incapables de se connecter avec leurs émotions^{4,5}.
- Les clients qui souffrent de troubles de l'alimentation signalent souvent qu'ils n'ont pas les compétences nécessaires pour gérer leurs émotions de façon saine et adaptative pendant un traitement ou après un traitement intensif^{6,7}.
- Sans des compétences adéquates en matière de régulation des émotions, les symptômes des troubles de l'alimentation peuvent devenir un moyen de réguler les sentiments et les états corporels accablants et inconfortables (p. ex., les troubles gastro-intestinaux), au moins temporairement. De nombreuses personnes ont signalé que leurs symptômes les aident à tolérer et à maîtriser les émotions intenses et douloureuses. La compulsion alimentaire, la purge et le jeûne ont été décrits comme des stratégies d'adaptation, des « évasions physiques », des « façons de se retirer » ou comme un « soulagement temporaire » de la douleur et de l'inconfort émotionnels.^{8,9}
- Les émotions négatives sont l'un des déclencheurs les plus courants des symptômes des troubles de l'alimentation. Des études qui ont suivi les états émotionnels avant et après des épisodes de boulimie ont montré que la dépression, la colère, la culpabilité, la solitude et le blâme de soi-même sont nettement plus élevés les jours où les gens manifestent des symptômes¹⁰.
- Si elle n'est pas traitée, la dysrégulation des émotions peut augmenter la vulnérabilité d'une personne à la rechute après le traitement. Plusieurs études ont révélé que les gens sont plus susceptibles de maintenir leur rétablissement après un trouble de l'alimentation lorsqu'ils estiment qu'ils peuvent mieux identifier, accepter et tolérer les émotions^{6,7}.

2. La TCD met l'accent sur la motivation comme cible de traitement centrale

Les troubles de l'alimentation sont connus pour leur nature égosyntonique (p. ex., avoir des qualités dont une personne ne veut pas se débarrasser) et peuvent être caractérisés par une anosognosie, une affection neurologique dans laquelle une personne n'est pas consciente de sa maladie). La motivation de changer les hauts et les bas et la TCD utilisent un ensemble de stratégies pour travailler avec cela tout au long du traitement.

3. Le moteur de la TCD est de bâtir une vie digne d'être vécue

Pour bien des clients, les traitements axés sur les symptômes n'ont pas été suffisants et, pour certains, ont été vécus comme traumatisants et coercitifs. La TCD équilibre le besoin de sécurité et de stabilité médicale avec la poursuite véritable d'une vie digne de rétablissement.

Pour beaucoup, l'objectif d'arrêter la purge parce qu'ils souffrent d'un trouble de l'alimentation ne suffit pas. Comme ma collègue Lucene Wisniewski l'enseigne, nos clients ont besoin du « *POURQUOI* » plus important (p. ex., « Je veux voyager cet été et la purge mène à l'instabilité médicale qui m'empêchera d'y aller, c'est *POURQUOI* je dois cibler ce comportement »).

4. La TCD aide les gens à acquérir et à perfectionner leurs compétences pour bâtir une vie digne d'être vécue!

Il est difficile, voire impossible, de changer des comportements surappris qui ont servi à aider une personne à s'en sortir sans apprendre de nouvelles façons d'être dans le monde (et dans son corps). Nos clients et leur famille nous disent souvent qu'ils ont besoin d'aide pour tolérer l'anxiété et la colère entourant les repas et au-delà, ou pour composer avec des pensées et des comportements suicidaires et d'automutilation tout en essayant de réduire les symptômes des troubles de l'alimentation. Dans la TCD, les clients reçoivent une formation approfondie dans quatre domaines :

Habiletés de pleine conscience : conçues pour enseigner aux gens comment concentrer leur attention sur le moment présent sans jugement. Très souvent, les personnes souffrant de troubles de l'alimentation ont de la difficulté à rester dans le « ici et maintenant ». La connexion avec les émotions, avec le corps et avec la nourriture est véritablement un déclencheur pour une personne aux prises avec des troubles de l'alimentation. Les habiletés de pleine conscience aident les personnes à mieux comprendre leurs habitudes et leurs comportements et leur permettent d'observer leurs pensées et leurs sentiments sans les juger ni y réagir.

Efficacité interpersonnelle : Les personnes souffrant de troubles de l'alimentation signalent souvent qu'elles ont de la difficulté à affirmer leurs besoins, à dire non aux autres et à faire passer leurs objectifs et leurs désirs avant ceux d'autrui. Souvent, cela vient d'un lieu de peur (p. ex., peur d'être rejetées ou détestées par les autres) ou de honte (p. ex., la croyance selon laquelle ses besoins ne sont pas importants). Le maintien des relations et la négociation des besoins avec les autres sont au cœur de notre bien-être. Les compétences en efficacité interpersonnelle enseignent aux gens comment communiquer efficacement avec les autres et comment augmenter la probabilité de répondre à leurs besoins.

Tolérance à la détresse : Ces compétences sont conçues pour aider les clients à traverser une crise sans empirer les choses. Dans ce module, les clients apprennent un éventail de stratégies pour faire face au stress et aux crises d'une manière qui minimise les dommages et qui est conforme aux valeurs de vie de nos clients. Ce sont souvent les premières compétences que les gens apprennent à utiliser pour éviter les symptômes et gagner la confiance qu'il y a une façon différente de composer avec des situations difficiles.

Régulation des émotions : Contrairement aux compétences de tolérance à la détresse, les compétences de régulation des émotions sont les choses quotidiennes que nous enseignons aux clients pour améliorer la qualité de vie et réduire la vulnérabilité à l'« esprit émotionnel ». Les gens apprendront comment observer et décrire leur monde émotionnel sans crainte, jugement ou haine de soi. Ces compétences mettent l'accent sur la nature adaptative de toutes les émotions, enseignent aux clients comment résoudre des problèmes, changer leurs émotions au besoin et défier les mythes sur les émotions.

À QUOI RESSEMBLE la TCD pour les troubles de l'alimentation?

Au cours des 20 dernières années, les chercheurs ont étudié quand et comment utiliser la TCD pour les personnes souffrant de troubles de l'alimentation. Il existe différentes façons par lesquelles la TCD a été adaptée aux troubles de l'alimentation. Il importe de savoir qu'elles ne sont pas toutes les mêmes et qu'elles comportent des différences importantes. Chacune est conçue pour différentes présentations des troubles de l'alimentation ou, dans la TCD, différents « stades » de la maladie.

Debra Safer et ses collègues ont développé le modèle Stanford¹¹ ou le modèle TCD-BN/TCD-HB (théorie comportementale dialectique, boulimie nerveuse/théorie comportementale dialectique, hyperphagie boulimique). Cette approche fondée sur les données probantes est conçue pour les personnes atteintes de boulimie ou d'hyperphagie boulimique qui N'ONT PAS d'affections concomitantes majeures nécessitant une attention particulière. Dans la TCD, ces modèles conviennent aux personnes dont les présentations sont de « stade 3 » où la personne est plus stable et n'est pas en crise. Cette approche est également axée sur les compétences seulement et offerte individuellement ou en groupe. Il ne s'agit PAS d'une TCD exhaustive et elle n'est pas conçue pour les personnes aux prises avec la problématique du suicide et de l'automutilation ou d'autres difficultés concomitantes.

La TCD radicalement ouverte, à mon avis et selon mon expérience, serait une autre approche possible du stade 3. Elle n'est PAS conçue pour les personnes souffrant de troubles de l'alimentation qui sont instables sur le plan médical ou pour celles qui ont besoin d'aide pour manger et stabiliser leur poids. Elle n'est pas conçue pour aider avec la dysrégulation qu'une personne éprouve face à des problèmes d'alimentation et d'image corporelle. Il ne s'agit pas non plus d'un traitement des traumatismes, ce qui définit principalement le travail du « stade 2 » de la TCD.

La MED-TCD¹² est un traitement pour les personnes souffrant de troubles de l'alimentation avec des difficultés de « stade 1 », ce qui signifie qu'elles sont prises dans un chaos et une souffrance émotionnels et comportementaux qui doivent être gérés avant de faire un travail sur les émotions ou les traumatismes plus en profondeur. Pour nous, cela signifie généralement que les gens ont besoin d'aide pour rester en vie, tant en ce qui touche les troubles de l'alimentation que pour gérer le suicide et l'automutilation et qu'ils requièrent une approche beaucoup plus dialectique.

La MED-TCD se compose de quatre composantes principales :

- Psychothérapie individuelle
- Thérapie de groupe pour la formation sur l'entraînement aux compétences
- Coaching en compétences par téléphone
- Équipe de consultation pour les thérapeutes

Vous trouverez ci-dessous plusieurs suggestions de lectures pour de plus amples renseignements :

Anderson, L. K, Murray, S. B., Ramirez, A. L., Rockwell, R., Le Grange, D., & Kaye, W. H. (2015). The integration of family-based treatment and dialectical behavior therapy for adolescent bulimia nervosa: Philosophical and practical considerations. *Eating Disorders*, 23(4), 325-35. doi: 10.1080/10640266.2015.1042319

Ben-Porath, D., Duthu, F., Luo, T., Gonidakis, F., Compte, E.J., & Wisniewski, L. (2020). Dialectical behavioral therapy: An update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*, 28(2), 101-121. doi: 10.1080/10640266.2020.1723371

Federici, A., Wisniewski, L., & Ben-Porath, D. (2012). Description of an intensive dialectical behavior therapy program for multidagnostic clients with eating disorders. *Journal of Counseling and Development, Special issue on prevention and treatment of eating disorders*, 90, 330-338.

Wisniewski, L., & Safer, D.L. (2021). DBT and Eating Disorders, In Linda A. Dimeff, Shireen L. Rizvi, Kelly Koerner, Elissa M. Ball, Brad Beach (eds.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications Across Disorders and Settings (2nd ed)*, Guilford Press.

References

¹ Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

² Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

³ Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.

⁴ Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J., Consoli, S. M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 321-329.

- ⁵ Zonnevijlle-Bendek, M. J. S., van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., van Elburg, A., & van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 38-42.
- ⁶ Federici, A., & Kaplan, A. S. (2007). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 26, 1-10.
- ⁷ Cockell, S. J., Zaitsoff, S. L., & Geller, J. (2004). Maintaining change following eating disorder treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 527-534.
- ⁸ Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- ⁹ Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- ¹⁰ Stein, K. F., & Corte, C. M. (2003). Ecologic momentary assessment of eating disordered behaviours. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 349-360.
- ¹¹ Safer, D. L., Couturier, J. L., & Lock, J. (2007). Dialectical Behavior Therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 157-167.
- ¹² Federici, A., Wisniewski, L., & Ben-Porath, D. (2012). Description of an intensive dialectical behaviour therapy program for multidagnostic clients with eating disorders. *Journal of Counseling and Development, Special issue on prevention and treatment of eating disorders*, 90, 330-338.

Translation of this *NEDIC Bulletin* was made possible by funding support from the BC Eating Disorders Research Excellence Cluster.



THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA

BC Eating Disorders
Research Excellence Cluster