

Anorexie mentale et EMDR : un cas clinique

Maria Zaccagnino

Martina Cussino

Chiara Callerame

Centro EMDR per l'anorexia, Milan, Italie

Faculté des sciences de la communication, Institut de la communication publique, université de Lugano, Suisse

Cristina Civilotti

Centro EMDR per l'anorexia, Milan, Italie

Université de Turin, faculté de psychologie, Italie

Isabel Fernandez

C.R.S.P. – Centre de psychotraumologie, Bovisio-Masciago, Milan, Italie

Centro EMDR per l'anorexia, Milan, Italie

De nombreuses études ont identifié des liens entre la psychopathologie et des antécédents d'événement de vie traumatiques et de relations d'attachement dysfonctionnelles. Compte tenu des origines traumatiques possibles de cette pathologie, il pourrait être utile d'apporter une intervention centrée sur le trauma comme la thérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires). Cet article s'appuie sur un cas clinique pour décrire les résultats positifs de la thérapie EMDR dans le rétablissement d'une anorexie mentale résistante chez une patiente de 17 ans en hospitalisation. Elle avait déjà été hospitalisée à quatre reprises au cours des quatre dernières années et avait suivi des thérapies psychodynamique et cognitive comportementale. Au début de la prise en charge, la patiente pesait 28 kg et son indice de masse corporelle était 14. Elle s'est vu attribuer un style d'attachement désengagé/évitant sur l'entretien de l'attachement adulte (*Adult Attachment Interview*). La thérapie EMDR lui a été proposée à l'hôpital sur une durée de six mois sous la forme de séances de 50 minutes, deux fois par semaine, correspondant aux procédures standard qui se concentraient principalement sur ses traumas relationnels ; elle était combinée à des séances de psychoéducation et intégrée à la thérapie des états du moi. À la fin de la prise en charge, la patiente pesait 55 kg et son indice de masse corporelle était 21,5. Elle ne remplissait plus les critères diagnostiques de l'anorexie mentale et son style d'attachement s'était modifié en faveur d'un état d'esprit libre-autonome acquis. Elle décrivait une confiance en soi accrue et une plus grande capacité à gérer différentes situations sociales. Les résultats étaient maintenus lors du suivi après 12 et 24 mois. Les implications de cette étude de cas pour la prise en charge sont examinées.

Mots-clés : EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) ; troubles des conduites alimentaires ; psychothérapie ; attachement ; trauma.

Au cours des vingt dernières années, compte tenu de l'augmentation considérable des troubles des conduites alimentaires (TCA) dans les pays industrialisés, plusieurs études se sont penchées sur la complexité de ces pathologies en termes d'étiopathogénie, de prévalence, de prévention et de prise en charge (Bailey et coll., 2014 ; Hudson,

Hiripi, Pope & Kessler, 2007). La survenue de TCA se produit généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et elle est souvent associée à un important fardeau psychologique et physique (Bailey et coll., 2014). Une recherche épidémiologique internationale effectuée dans des pays occidentaux, y compris l'Italie, a indiqué que l'anorexie mentale (AM) avait

This article originally appeared as Zaccagnino, M., Cussino, M., Callerame, C., Civilotti, C., & Fernandez, I. (2017). Anorexia Nervosa and EMDR: A Clinical Case. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(1), 43–53. Translated by Jenny Ann Rydberg.

une prévalence de 0,2 % à 0,8 %, la boulimie une prévalence de 3 % et les troubles des conduites alimentaires non spécifiés (TCA-NS) une prévalence entre 3,7 % et 6,4 %. De plus, l'incidence de l'AM est de 4 à 8 nouveaux cas par an par 100 000 personnes, celle de la boulimie est de 9 à 12. L'âge de la survenue est entre 10 et 30 ans, avec un âge moyen de 17 ans (Abbate Daga et coll., 2011).

Selon le National Collaborating Centre for Mental Health (2004), il existe trois catégories diagnostiques principales pour les TCA, à savoir l'AM, la boulimie et le trouble d'hyperphagie boulimique. L'AM se caractérise par le maintien du poids corporel à 15 % ou moins de la valeur normale¹, ainsi que par une peur intense de grossir. La boulimie se caractérise par des épisodes récurrents d'hyperphagie boulimique, suivis de conduites compensatrices inappropriées (par exemple, des vomissements). Enfin, le trouble d'hyperphagie boulimique se réfère à des épisodes récurrents où la personne consomme des quantités d'aliments beaucoup plus importantes en un laps de temps court que ne le feraient la plupart des individus, avec un sentiment de manque de contrôle. Cet article décrit la prise en charge d'Anna, une femme de dix-sept ans atteinte d'AM. Le DSM-5 (APA, 2013) identifie trois critères pour la classification de la maladie : (a) un refus de maintenir un poids corporel égal ou supérieur à un poids minimum normal par rapport à l'âge et à la taille, par exemple, un amaigrissement conduisant au maintien d'un poids corporel inférieur à 85 % du poids attendu ou un défaut de prise de poids normale pendant une période de croissance, conduisant à un poids corporel inférieur à 85 % du poids attendu ; (b) une peur intense de grossir ou de devenir gros(se), malgré l'insuffisance pondérale ; (c) une perturbation de la manière dont la personne vit son poids ou ses formes, une influence excessive du poids ou des formes sur l'appréciation de soi, ou un déni de la gravité du faible poids corporel actuel.

La littérature scientifique s'entend sur l'importance de promouvoir une détection précoce et une prise en charge efficace car l'AM est une affection qui engage le pronostic vital, avec une incidence supérieure de complications cardiovasculaires, d'insuffisances hématologiques marquées, du syndrome de renutrition inappropriée, de déficits au niveau du développement corporel, d'hypophosphatémie, d'une diminution de l'accrétion minérale osseuse, d'altérations cérébrales structurelles et fonctionnelles par rapport au sujet sain

1 N. D. T. En réalité, la source citée indique que « Dans l'anorexie mentale, le poids est maintenu à un niveau inférieur d'au moins 15 % au poids attendu ».

(Brown, Sabel, Gaudiani & Mehler, 2015 ; Katzman, 2005 ; Sabel, Gaudiani, Statland & Mehler, 2013). De plus, la littérature laisse penser que les complications médicales survenant chez des adolescents atteints d'AM, comme dans le cas clinique présenté, sont différentes de celles signalées chez l'adulte (Katzman, 2005).

La relation entre les troubles des conduites alimentaires et des antécédents d'expériences traumatiques à la lumière de la théorie de l'attachement

De nombreuses études de recherche se sont penchées sur le lien émergent entre les TCA et des antécédents d'événements de vie traumatiques (Johnson, Cohen, Chen, Kasen & Brook, 2006 ; Speranza & Alberigi, 2006 ; Steiger & Zankor, 1990 ; Vize & Cooper, 1995 ; Welch & Fairburn, 1994). Une recherche récente menée par Racine et Wildes (2015) a exploré le lien entre les maltraitances infantiles (émotionnelles, sexuelles, physiques) et les difficultés de régulation émotionnelle ainsi que la sévérité des symptômes de l'AM. En particulier, les maltraitances émotionnelles comme les violences ou négligences psychologiques étaient associées à des problèmes de régulation émotionnelle plus prononcés et à une symptomatologie de TCA plus sévère que les maltraitances physiques ou sexuelles dans l'enfance.

En général, une relation d'attachement dysfonctionnelle a un impact négatif sur le bien-être à long terme de l'enfant et il est possible que les traumas relationnels vécus dans l'enfance puissent constituer un facteur de risque pour le développement de TCA (Messman-Moore, & Garrigus, 2007). On émet l'hypothèse selon laquelle les individus qui éprouvent des difficultés à gérer les émotions négatives fortes pourraient se servir de conduites autodestructrices liées à l'alimentation (comme s'affamer, manger excessivement et se faire vomir) pour essayer de gérer des émotions négatives envahissantes en lien avec des souvenirs traumatiques (Hund & Espelage, 2005 ; Schwartz & Gay, 1996).

La théorie de l'attachement

Selon la théorie de Bowlby (1969, 1982), les conduites d'attachement constituent un système inné qui motive le petit enfant à rechercher la proximité avec un adulte qui s'occupe de lui (George & Solomon, 1996). Ces conduites d'attachement initiales recherchant la proximité entraînent des interactions répétées avec un parent ou un adulte responsable qui s'engramment dans des modèles opérants internes (MOI) de

l'attachement qui agissent en tant que schémas pour les relations futures (Siegel, 1999). Les MOI correspondent au script cognitif qui guide les interactions avec d'autres personnes et forment la base du style de régulation émotionnelle de la personne. La possibilité de vivre une relation bonne et sécurisante dans l'interaction parent-enfant peut permettre le développement d'une représentation de soi en tant qu'être méritant qu'on s'occupe de lui ; c'est pourquoi l'enfant avec un attachement sécure développera des stratégies de coping efficaces et sera conscient de la possibilité de compter sur les autres en cas de besoin. Dans cette perspective, un attachement insécure ou désorganisé peut, au contraire, contribuer au développement de stratégies de régulation émotionnelle inadaptées qui peuvent devenir un facteur de risque pour le développement d'une psychopathologie future. Avant tout, l'attachement désorganisé est presque toujours associé au développement de problèmes externalisés et à un état de stress post-traumatique dans l'enfance moyenne (Carlson, 1998 ; Fearon, Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, Lapsley & Roisman, 2010) et à des troubles psychiatriques à l'âge adulte (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008).

Le développement d'états du moi dans l'anorexie mentale

Comme suggéré par le modèle proposé par Liotti et Farina (2011), la désorganisation de l'attachement joue un rôle central tant comme médiateur de la régulation émotionnelle dans toutes les situations de vulnérabilité perçue, que comme prédicteur possible d'un développement dissociatif ultérieur. Van der Hart, Nijenhuis et Steele (2011) suggèrent que la dissociation peut aussi avoir lieu entre des parties dissociatives de la personnalité qui ne connaissent pas une intégration optimale. Les auteurs de cet article soutiennent que les relations d'attachement constituent les noyaux fondateurs de telles parties dissociées de la personnalité. Il faut se rappeler qu'il ne s'agit pas de personnalités multiples autonomes mais de « parties », de portions, de sous-systèmes d'un seul système, intégré par ailleurs. Au cours du développement personnel, l'activation simultanée et paradoxale des systèmes d'attachement et défensifs/d'attaque peut mener à un déficit des fonctions intégratives de la conscience, ce qui à son tour peut produire une vulnérabilité accrue aux réactions dissociatives plus tard dans la vie face aux stressors traumatiques (Liotti, 2004 ; Schore, 2001, 2002). Des affects irrésolus et perturbants résultant d'expériences traumatiques dans la petite enfance peuvent se fragmenter en des parties du soi, formant

différents états du moi (Forgash & Copeley, 2008). Plusieurs études indiquent la coexistence de processus dissociatifs et de TCA (Espírito-Santo, Gonçalves, Rocha & Cassimo, 2013 ; Farber, 2008 ; Haynos, & Fruzzetti, 2011 ; Waller, Ohanian, Meyer, Everill & Rouse, 2001). En particulier, une étude menée par Farrow et ses collègues (2002) a montré que chez un groupe d'adolescentes anorexiques, comme Anna, la dissociation servait à éviter le traitement de l'émotion de la colère ; cela semblait lié à leur utilisation de la somatisation et à des traits obsessionnels compulsifs. Malgré ces données probantes, comme le soulignent Haynos et Fruzzetti (2011), la recherche et la prise en charge des patients anorexiques ont souvent échoué à s'entendre sur le rôle de la régulation émotionnelle dans le déclenchement et le maintien du TCA.

La partie contrôle

Le contrôle est une question essentielle dans l'AM (Jarman, Smith & Walsh, 1997 ; Lao-Kaim et coll., 2015 ; Lawrence, 1979 ; Surgenor, Horn, Plumridge & Hudson, 2002 ; Zaccagnino, Civilotti, Cussino, Callera & Fernandez, sous presse). Il peut intervenir dans le mécanisme d'évitement des émotions négatives, dans l'abus de stéréotypes dans l'appréhension de la réalité environnante et dans le défaut de reconnaissance de stratégies réalisables pour gérer les situations stressantes. Généralement, les patients anorexiques n'ont pas de compassion pour eux-mêmes et sont extrêmement autocritiques (Dunkley & Grilo, 2007 ; Fennig et coll., 2008). Ces caractéristiques sont considérées comme déterminantes dans le maintien de la symptomatologie et dans la résistance à sa prise en charge (Kelly & Tasca, 2016 ; Sutandar-Pinnock, Blake Woodside, Carter, Olmsted & Kaplan, 2003). La terreur à l'idée de grossir est le composant observable de la psychopathologie, mais elle cache une terreur plus profonde et le contrôle semble jouer un rôle protecteur qui préserve l'individu (Zaccagnino, 2016).

La prise en charge des troubles des conduites alimentaires

En raison de la gravité des TCA et de leurs effets sur la santé de l'individu, de nombreuses approches ont été proposées pour prendre en charge cette pathologie. L'approche la plus efficace est la thérapie cognitive comportementale (TCC) qui se centre sur la réduction des symptômes comportementaux du trouble (par exemple, la restriction alimentaire, les crises de boulimie, les vomissements) et sur la correction des cognitions faussées sur le poids et les formes corporelles. Cette thérapie a obtenu les résultats les

plus prolongés et durables en comparaison de tout autre type de thérapie avec cette catégorie de patients (Glasofer et coll., 2013 ; Grilo, Masheb, Wilson, Gueorguieva & White, 2011).

Cependant, bien que l'approche cognitive comportementale ait prouvé son efficacité, elle ne prend pas en compte les aspects liés à l'importance de l'expérience d'événements traumatiques, à un attachement insécuré ou désorganisé, ou à la présence d'une dysrégulation émotionnelle subséquente à la survenue de TCA. Car aujourd'hui existe un besoin d'approches cliniques nouvelles et novatrices pour la prise en charge de patients anorexiques (Haynos & Fruzzetti, 2011).

Thérapie EMDR

La thérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) est une psychothérapie en huit phases destinée à résoudre les expériences négatives passées, les déclencheurs actuels des symptômes qui se sont développés à partir de ces expériences, et tout obstacle futur à un fonctionnement efficace. F. Shapiro (2001) décrit l'EMDR comme étant guidé par le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI) qui postule que les troubles psychologiques sans cause organique sont provoqués par des souvenirs non métabolisés, conservés dans le cerveau.

Le but des procédures EMDR est de réactiver le traitement neurologique de l'information du patient grâce aux stimulations bilatérales, ce qui intègre le souvenir dans des réseaux mnésiques plus vastes et lui permet d'arriver à une résolution adaptative. Le TAI conçoit ce processus comme fonctionnant normalement pour la plupart des expériences de vie ; un problème survient quand le traitement normal de l'information « se bloque » ou se retrouve autrement empêché d'atteindre une résolution de l'expérience. Plusieurs méta-analyses ont bien démontré l'efficacité de l'EMDR pour la prise en charge du trauma (par exemple, Bisson et coll., 2007 ; Watts et coll., 2013). L'efficacité de l'EMDR en tant que prise en charge du trauma fondée sur des données probantes est également soutenue par l'étude récente de Pagani et de ses collègues (2012) sur le mécanisme d'action de l'EMDR et son substrat neurobiologique ; les données suggèrent qu'après les stimulations oculaires bilatérales, les événements traumatiques sont traités sur le plan cognitif avec un déplacement significatif de l'activation depuis les aires limbiques avec une valence émotionnelle importante jusqu'aux aires corticales.

L'utilisation de la thérapie EMDR pour les patients atteints de troubles des conduites alimentaires

R. Shapiro (2000) a suggéré que l'efficacité de l'EMDR chez les patients difficiles qui tendent à la dissociation et à l'évitement d'émotions perturbantes, passe d'abord par la phase de stabilisation. Cette phase implique de construire une alliance thérapeutique forte qui permet au patient de commencer à retraiter les expériences traumatiques dans le contexte d'une relation sûre. Compte tenu des émotions et des sensations fortement perturbantes suscitées par les souvenirs traumatiques, la qualité de la relation patient-thérapeute devient extrêmement importante (R. Shapiro, 2000).

Bien que des données préliminaires suggèrent que l'EMDR pourrait être efficace dans la prise en charge des TCA (Cooke & Grand, 2006 ; Freedland et coll., 2002; York, 2000), peu de recherches ont étudié expérimentalement l'utilisation de l'EMDR auprès de cette population clinique. Une étude randomisée réalisée auprès de 86 patients anorexiques par Bloomgarden et Calogero (2008), portant sur la perception de l'image corporelle, a identifié les effets à court et à long terme de l'EMDR combiné à la prise en charge habituelle de l'établissement pour des patients atteints de TCA. Les données rapportées suggèrent que l'EMDR peut réduire la détresse liée à des souvenirs d'image corporelle négative et réduire l'insatisfaction corporelle lors du post-traitement et du suivi après trois et douze mois.

Une étude de cas unique présentée par Halvgaard (2015) sur les effets de la thérapie EMDR sur une patiente présentant des « conduites alimentaires émotionnelles » a montré que la symptomatologie des conduites alimentaires et la conceptualisation de la prise en charge étaient insérées dans le contexte d'expériences traumatiques dans l'enfance, ce qui peut contribuer au développement du trouble des conduites alimentaires et de la dysrégulation émotionnelle. Comme dans notre cas, l'auteur a mis en œuvre une version ajustée du protocole DeTUR² (désensibilisation des déclencheurs et retraitement de l'envie irrépressible) comprenant l'installation de ressources, la gestion des affects, le travail sur les états du moi et le protocole EMDR standard. La patiente a signalé une amélioration générale de ses conduites

2 N. D. T. Popky A. J. (2005). DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors, in Shapiro, R. (Ed.), *EMDR Solutions: Pathways to Healing*, Norton: New York, 167–188.

alimentaires et la prise en charge s'est avérée l'une des façons d'obtenir une perte de poids au fil du temps et d'assurer une meilleure stabilisation du poids après l'amaigrissement.

Étude de cas

Cette étude de cas présente un exemple de l'intégration de l'application du protocole EMDR dans la prise en charge individuelle d'une jeune femme ayant reçu un diagnostic d'AM et de la manière dont elle a apporté une amélioration du bien-être mental et physique de la patiente. Des détails ont été modifiés afin de dissimuler l'identité de la patiente et de préserver son anonymat.

Problème énoncé

Anna était une fille de dix-sept ans avec des antécédents de restriction alimentaire et de conduites alimentaires anormales. Elle avait une sœur plus jeune qui souffrait d'une maladie auto-immune. Ses parents étaient séparés et elle souffrait d'un manque de soins et d'attention de la part de ses parents en raison de la maladie de sa sœur. À l'âge de treize ans, Anna a reçu le diagnostic d'AM selon les critères du DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition révisée ; APA, 2000). Avant cette étude, elle avait été hospitalisée à quatre reprises sur une période de quatre ans, avec des durées allant de deux à huit mois. Elle avait suivi une thérapie psychodynamique pendant un an et une TCC pendant deux ans. Au moment de cette étude, elle était hospitalisée ; elle mesurait 160 cm et présentait une insuffisance pondérale prononcée (28 kg), avec un indice de masse corporelle de 14.

Prise en charge

Son plan de stabilisation médicale reposait sur une première phase de réalimentation (un mois) suivie de la mise en œuvre de plans nutritionnels dans le contexte hospitalier. La prise en charge de l'hôpital comprenait également les soins médicaux apportés par un médecin pour traiter les effets de la malnutrition. Cette prise en charge ressemblait fortement à ce dont elle avait déjà bénéficié pendant chacune de ses quatre hospitalisations antérieures.

L'intervention EMDR était apportée à l'hôpital, deux fois par semaine (des séances de 50 minutes environ) pendant six mois à l'âge de dix-sept ans. La prise en charge consistait en une thérapie EMDR, un développement et une installation de ressources, une thérapie fondée sur la parole et une thérapie des états du moi.

Développement et installation de ressources. Le développement et installation de ressources (DIR) est une procédure utilisée pour renforcer les associations positives dans des souvenirs et une imagerie positifs, et améliorer la résilience émotionnelle et les aptitudes de coping. Il est souvent employé dans la phase de préparation de la thérapie EMDR (Korn & Leeds, 2002).

Thérapie fondée sur la parole. Les séances de thérapie fondée sur la parole servaient au débriefing et à la psychoéducation. Ces séances sont utiles pour permettre au patient de mieux comprendre le développement de l'enfant, la dynamique associée aux problèmes d'attachement et les perceptions faussées du monde et de soi, afin de changer ces perceptions et de découvrir de nouveaux modes comportementaux. Elles servent également à renforcer la construction difficile de l'alliance thérapeutique en tant que relation collaborative – un élément important dans le travail avec des patients dont l'attachement est perturbé (Liotti, Cortina & Farina, 2008 ; Liotti & Farina, 2011).

La thérapie des états du moi. Il est important que le thérapeute explique le sens du concept des « états du moi » (Forgash & Copeley, 2008 ; Forgash, & Knipe, 2012 ; Van der Hart, Groenendijk, Gonzalez, Mosquera & Solomon, 2013 ; Van der Hart, Nijenhuis, & Solomon, 2010) au patient, particulièrement dans la phase préparatoire, mais également tout au long du processus thérapeutique ; il lui faut également préciser que de telles parties jouent un rôle fondamental dans son histoire et dans l'histoire du trouble des conduites alimentaires. Afin qu'un climat de confiance puisse être établi, le thérapeute et le patient doivent construire ensemble des connaissances partagées sur la partie contrôle telle que décrite auparavant. Cet aspect dissocié de sa personnalité est compris comme jouant un rôle essentiel dans le maintien de la symptomatologie. Ce n'est qu'en travaillant avec la partie contrôle dans un contexte de co-conscience, d'acceptation et de reconnaissance qu'un accès ouvert à l'élaboration d'expériences traumatiques passées devient possible (Zaccagnino, 2016).

Thérapie EMDR. Les souvenirs stockés de manière dysfonctionnelle sont considérés comme étant à l'origine de la pathologie clinique. Le retraitement de ces souvenirs conduit à une résolution à travers la consolidation et l'intégration en des réseaux mnésiques adaptatifs plus vastes. Le thérapeute aide le patient à identifier les détails de chaque souvenir/cible et à le retraire (Oren & Solomon, 2012). Pour toute cible (souvenirs, déclencheurs présents et situations futures), on leur demande d'identifier la partie/image

la plus perturbante. On leur demande d'identifier les mots qui accompagnent cette image, exprimant une croyance actuelle sur soi qui est limitante et irrationnelle (dite cognition négative [CN]) ainsi qu'une croyance positive désirée (cognition positive [CP]). On leur demande d'évaluer la crédibilité perçue de la CP lorsqu'ils se centrent sur l'image cible, au moyen d'une échelle de validité de la cognition (VOC) en sept points (où 1 est *complètement faux* et 7 *totalement vrai*). On leur demande ensuite d'identifier les émotions actuelles liées au souvenir, leur niveau présent de perturbation sur l'échelle des unités subjectives de perturbation (SUD) (où 0 est *aucune perturbation* et 10 *la perturbation la plus importante*) et la localisation des sensations physiques associées à la perturbation.

Dans le cas d'Anna, la thérapie EMDR a suivi le protocole AM (Zaccagnino, 2016 ; Zaccagnino et coll., sous presse). En résumé, il se base sur le retraitement de traumatismes relationnels et sur toutes les CN qui ont émergé autour d'eux. Un point clé du protocole EMDR pour l'AM est le travail clinique avec la partie contrôle car le contrôle lui-même et la tendance au perfectionnisme constituent des parties essentielles dans la survenue et le maintien du trouble.

Évaluation prétraitement

La présentation d'Anna répondait aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR pour l'AM, avec des symptômes dépressifs et des traits obsessionnels comorbides. Elle avait des conduites alimentaires rigides et extrêmement restrictives, se manifestant par un refus marqué de la nourriture, en lien avec une terreur profonde de grossir. Elle présentait un déni de la gravité de l'insuffisance pondérale et de plus, ses parents ne semblaient pas conscients de la condition physique et mentale critique de leur fille. En raison de ses hospitalisations récurrentes, elle n'avait pas fréquenté le lycée régulièrement depuis ses quinze ans. Sa vie sociale était très compromise et restreinte à une relation avec ses pairs de mauvaise qualité.

Évaluation du statut d'attachement et des antécédents traumatiques. Afin d'évaluer l'état d'esprit d'Anna concernant ses expériences d'attachement passées et d'investiguer d'éventuels événements traumatiques, on lui a administré l'entretien d'attachement adulte (*Adult Attachment Interview [AAI]*) avant et après la prise en charge. L'AAI est un entretien semi-structuré qui évalue « l'état d'esprit » d'un adulte concernant ses relations d'attachement passées. Les patients peuvent être classés comme libres, enchevêtrés ou désengagés. De plus, on leur attribue également un score pour les deuils non résolus et pour

les traumatismes non résolus. L'administration de l'AAI en début et en fin de thérapie aide les thérapeutes à comprendre comment la prise en charge peut aider les patients à atteindre une vision plus équilibrée, réfléchie et cohérente de soi et de sa vie.

Avant la prise en charge, Anna s'est vu attribuer à l'AAI un style d'attachement désengagé/évitant avec ses deux parents. Plus précisément, elle était classée Ds1 (rejetant l'attachement) en raison d'une forte idéalisation de ses deux parents, d'un déni des expériences et émotions négatives ainsi que de scores élevés pour l'insistance sur l'absence de souvenirs. Anna décrivait sa mère et son père comme émotionnellement négligents à plusieurs moments de sa petite enfance. Ses comportements étaient particulièrement associés à la préoccupation des parents à l'égard de la maladie de leur autre fille. De plus, Anna manifestait une divergence marquée entre le portrait général de sa mère décrite comme quelqu'un de très gentil et des épisodes de l'enfance lors desquels elle décrivait sa mère comme déprimée : cette affection empêchait souvent le contact et les opportunités d'interaction avec elle. La description de ses relations passées montrait qu'Anna avait à plusieurs reprises été persuadée d'essayer de faire plaisir à sa mère. En fait, elle ne pouvait pas parler de ses propres problèmes à sa mère car elle s'attendait à une réaction bouleversée ou anxieuse. Le score de l'échelle d'implication (*Involvement Scale*) en lien avec sa mère était élevé : Anna se sentait excessivement responsable des émotions de sa mère et de la défendre dans la relation avec son père. En outre, elle n'avait pas le sentiment d'avoir de lien avec son père en raison de son côté protecteur envers sa mère.

Les seuls événements traumatiques identifiés par Anna étaient la séparation de ses parents, la maladie de sa sœur et les comportements négligents de sa mère. L'AAI ne considère pas ces expériences comme des traumatismes. Ils sont plutôt envisagés comme des expériences défavorables de l'enfance (*Adverse Childhood Experiences [ACE]*) ; Dube, Felitti & Rishi, 2013). Le récit d'Anna montrait qu'elle avait perdu la capacité de raisonnement et manifestait un défaut d'organisation et de cohérence en décrivant ces expériences.

Conceptualisation de cas

L'objectif thérapeutique principal avec Anna était d'atteindre puis de maintenir un indice de masse corporelle approprié par rapport à sa structure physique. Ses corollaires, qui ne sont pas d'une importance moindre, correspondaient à (a) une compréhension approfondie du sens et de l'histoire des problèmes relationnels et sociaux, tels que

perçus à travers les lunettes des problématiques d'attachement ; (b) la compréhension, la prise de renseignements à travers des lectures et la régulation des aspects émotionnels et de la relation avec le soi ; (c) l'apprentissage de la confiance dans la relation et la recherche d'aide et de coopération avec ses parents, sa sœur et ses pairs.

Comme Anna se trouvait dans la phase aiguë de l'AM, il importait de travailler d'emblée sur les ressources pour travailler activement sur sa motivation envers la prise en charge et pour assurer sa coopération.

Les premières cibles explorées et traitées en EMDR étaient l'événement déclencheur et tous les épisodes reliés qui ont provoqué l'apparition de l'AM. Ensuite, le passé relationnel d'Anna était étudié pour repérer les mécanismes qui ont conduit à la dysrégulation émotionnelle dans le contexte d'attachement. Ceci était suivi du noyau critique lié à l'alimentation en se centrant sur le sens le profond qui y était associé. Pour atteindre ces objectifs et pour traiter les expériences défavorables traumatiques relationnelles, nous avons utilisé le travail avec les parties par le biais de la « table dissociative au moment des repas » (Zaccagnino, 2016). Ce travail s'adressait précisément à la partie contrôle afin d'affronter l'urgence des repas. Le thérapeute utilisait la technique du *floatback* pour retracer dans sa vie passée toutes les cibles plus directement en lien avec sa vulnérabilité. En parallèle, conformément au protocole EMDR standard, les cibles étaient identifiées et retraitées en suivant la séquence passé-présent-avenir. La dernière partie du processus thérapeutique se basait sur le travail sur l'histoire de la maladie, sur la symptomatologie et sur les souvenirs qui y étaient associés, conformément au protocole EMDR standard.

Déroulement de la prise en charge

Anna a participé à cinq séances de développement de ressources, à sept séances de thérapie fondée sur la parole et de psychoéducation et à 36 séances de retraitement EMDR sur une période d'environ six mois en intégration avec la thérapie des états du moi. L'alternance entre séances d'EMDR, de psychoéducation et d'entretiens de soutien dépendait du souhait de la patiente de faire un débriefing.

Séances de développement et d'installation de ressources. Anna a participé à trois séances de DIR avant et à deux séances de DIR pendant le retraitement EMDR. On a présumé que l'installation de ressources positives l'aiderait en termes de stabilisation, de régulation émotionnelle et d'aptitudes de *coping* (Korn & Leeds, 2002 ; Leeds & Shapiro, 2000). La première ressource proposée était le protocole du lieu sûr. Anna a visualisé un « endroit relaxant et confortable » et ceci était renforcé à l'aide de stimulations bilatérales. L'étape suivante consistait à identifier les ressources dont elle avait besoin, en demandant à Anna quelles étaient les qualités personnelles positives qui lui serait utiles pour ses problèmes particuliers (Tableau 1). Ses buts étaient de devenir plus efficace dans diverses situations sociales, de communiquer ses besoins et ses sentiments, et de s'affirmer davantage en étant plus confiante lors des interactions sociales.

Au cours des séances DIR suivantes, on a demandé à Anna de se centrer sur des souvenirs autobiographiques positifs précis dans lesquels elle avait éprouvé cette qualité ou d'autres expériences de ressources associées à cette qualité, et qui n'avaient pas de lien avec les souvenirs négatifs à traiter en EMDR. Pour elle, ils comprenaient des souvenirs de moments où elle se rappelait s'être sentie « méritante et aimée, comme une personne dotée d'aptitudes ». Ces souvenirs

TABLEAU 1. RÉSUMÉ DES BUTS ET DES RESSOURCES DANS LES SÉANCES DE DÉVELOPPEMENT ET D'INSTALLATION DE RESSOURCES.

Buts	Ressource
Améliorer la communication avec les membres de la famille Gérer la détresse dans la relation imparfaite avec les parents Demander au père si elle peut vivre avec lui et en informer la mère	Un souvenir visuel où elle demande de l'aide lors d'une hospitalisation précédente, avec le sentiment d'y avoir droit
Communiquer plus clairement avec les médecins et les nutritionnistes Affronter l'hospitalisation	Le modèle d'une tante qui a de l'assurance et qui se sent à l'aise dans ce genre de relations
Renforcer les aptitudes sociales, notamment dans les relations stressantes avec d'autres patients de l'hôpital	Le souvenir de moments où elle a résolu des malentendus et des disputes avec des amis ou quand elle avait confiance en ses aptitudes sociales

de l'état adulte compétent et adéquat ainsi que les émotions et sensations associées ont été installées et renforcées à l'aide de stimulations bilatérales. Ensuite on a demandé à Anna, pendant de courtes séries de mouvements oculaires, de se centrer sur l'utilisation de chaque ressource dans une situation future.

Séances de thérapie fondée sur la parole. Dans les séances de soutien, le but était de favoriser la régulation émotionnelle, particulièrement en lien avec les conduites alimentaires. De plus, ces séances servaient à renforcer les résultats atteints peu à peu en soutenant une plus grande maîtrise et une meilleure confiance en ses capacités dans les situations stressantes présentes.

Thérapie des états du moi. Le but de la thérapie des états du moi d'Anna était de développer des frontières, des buts coopératifs et un style d'attachement plus sain. On a aidé Anna à décrire une « base principale » dans laquelle ses états du moi pouvaient trouver la sécurité et la détente, et à créer un lieu de travail (une table ovale avec un siège pour chaque partie) donnant accès à ses parties selon la technique de la table dissociative de Fraser (1991) (cf. également Martin, 2012). À travers le dialogue avec la thérapeute et une orientation accrue, on a aidé Anna à créer une carte interne de tous ses états du moi et de leurs rôles, souffrances et qualités. La prise en charge comprenait le développement d'empathie pour toutes les parties du système et d'une conscience et d'une « coconscience » entre les parties. Pendant la thérapie, la thérapeute a formé des alliances avec les parties d'Anna et l'a aidée à reconnaître ses états du moi destructeurs, punitifs et emplis de haine de soi. Elle a reconnu la partie contrôle et a décrit son rôle protecteur à partir des émotions envahissantes identifiées. Les priorités thérapeutiques ont été définies en travaillant avec les parties qui étaient les plus douloureuses pour Anna et l'EMDR a permis de retraiter les souvenirs douloureux associés.

Séances d'EMDR. Après trois séances de DIR et en lien avec le travail sur les états du moi, les souvenirs difficiles qui ont émergé pendant l'AAI et l'évaluation ont été sélectionnés en tant que cibles initiales pour le retraitement. Le protocole EMDR standard a utilisé les huit phases de la prise en charge au sein de l'approche en trois volets temporels (F. Shapiro, 2001). La plupart des cibles comportaient des CN reflétant des représentations de soi de manque de mérite. Quelques expériences récentes ont été retraitées très rapidement, permettant un travail sur le scénario futur dans la même séance (Tableau 2). Lors des séances de retraitement EMDR d'Anna, le VOC commençait généralement à 2 et atteignait 7 avant la clôture. Ses scores SUD démarraient à 10 en moyenne et se

réduisaient à 0 ou à 1 avant la clôture. Les scores SUD de 1 étaient écologiquement appropriés.

Au départ, le retraitement EMDR se centrait sur les cibles concernant des CN d'insuffisance et d'autoaccusation au sujet de ses comportements, prenant leur source dans le contexte familial. En réalité, le matériel de l'enfance a pu être abordé rapidement pendant le retraitement et les souvenirs d'enfance sont vite devenus les cibles thérapeutiques. Progressivement, Anna a mieux compris comment ses réponses présentes trouvaient leurs racines dans son passé.

Après le travail sur les premières cibles, les suivantes ont été sélectionnées à l'aide d'un pont d'affect (Watkins, 1971) ou d'un *floatback* (F. Shapiro, 2001) : la thérapeute demandait à Anna de remarquer les croyances négatives, les émotions et les sensations associées aux événements déclencheurs récents puis de permettre à son esprit de flotter en arrière dans le temps jusqu'à son enfance, identifiant ainsi un incident associé. Les séances de retraitement étaient suivies d'une meilleure acceptation de soi, du sentiment d'avoir de la valeur et d'une diminution significative des conduites alimentaires dysfonctionnelles. Le Tableau 2 présente un résumé des dix cibles de retraitement d'Anna et des cognitions associées.

D'autres séances comprenaient du travail EMDR avec le passé récent et avec le scénario présent dans lequel Anna s'entraînait à (a) faire face à une adolescente qui lui disait qu'elle était grosse ; (b) gérer des émotions gênantes tandis que d'autres patients la regardaient manger ; (c) mieux communiquer avec la nutritionniste qui avait peur de sa prise de poids ; et (d) affronter sa mère quand elle devait lui dire qu'elle allait chez son père. Au cours du retraitement, Anna a pris conscience qu'elle pouvait exprimer ses émotions et elle s'est alors sentie à la hauteur. Elle a reconnu qu'avant la prise en charge, elle s'était généralement servie de ses conduites alimentaires dysfonctionnelles pour gérer ses émotions ; maintenant, elle pouvait plutôt exprimer son ressenti et ses besoins d'une manière satisfaisante dans les moments difficiles. Elle a également pris conscience de sa capacité à faire des choix et à choisir des comportements plus fonctionnels.

Anna pouvait se rappeler ces scènes sans aucune perturbation émotionnelle et avec une confiance élevée en sa CP « Je suis méritante ». Elle n'éprouvait plus de sentiment de solitude ou de ne pas être à la hauteur.

Résultats post-traitement

Modification des conduites alimentaires. À la fin de la prise en charge, Anna manifestait des améliorations

TABLEAU 2. LES DIX CIBLES EMDR ET LES COGNITIONS.

Cible	Image du souvenir	Cognitions
1 Survenue du trouble des conduites alimentaires (à l'âge de treize ans)	Le pédiatre lui a dit de maigrir car personne ne voudrait qu'elle soit aussi grosse	CN : « Je ne suis pas comme il faut » CP : « Je suis bien comme je suis »
2 Séparation des parents (à l'âge de quatre ans)	La mère lui disant que le père avait quitté la famille	CN : « Je ne suis pas méritante » CP : « Je suis méritante »
3 Maladie auto-immune de sa sœur (à l'âge de huit ans)	La sœur était particulièrement malade et Anna culpabilisait de ne pas être malade	CN : « Je ne suis pas méritante » CP : « Je suis méritante »
4 Maladie auto-immune de sa sœur (à l'âge de huit ou neuf ans)	La mère ne s'occupait pas d'elle pendant la maladie de sa sœur	CN : « Je ne mérite pas qu'on s'occupe de moi » CP : « Je mérite qu'on s'occupe de moi »
5 Séparation des parents (à l'âge de neuf ans)	La mère prend le rôle de victime vis-à-vis du père	CN : « Je suis contrainte » CP : « Je ne suis pas contrainte »
6 Négligences de la mère (à l'âge de sept ans)	Image de la mère dépressive	CN : « Je suis démunie » CP : « Je peux gérer la situation »
7 Séparation des parents (à l'âge de dix ans)	Elle voit son père qui lui demande de ne pas aller avec lui	CN : « J'ai tort » CP : « J'ai raison »
8 Trouble des conduites alimentaires (à l'âge de quinze ans)	Elle était très malade, avait perdu beaucoup de poids, donc elle a été hospitalisée	CN : « Je ne suis pas importante » CP : « Je suis importante »
9 Trouble des conduites alimentaires (à l'âge de quinze ans)	Elle devait rester à la maison plutôt que d'aller au lycée	CN : « Je ne suis pas capable » CP : « Je suis capable »
10 Trouble des conduites alimentaires (à l'âge de quinze ans)	D'autres personnes l'ont forcée à manger	CN : « Je ne contrôle rien » CP : « Je peux me contrôler »

Note. CN = cognition négative ; CP = cognition positive.

au niveau de son poids et elle ne répondait plus aux critères diagnostiques de l'AM. Elle montrait également une motivation accrue à changer et elle pouvait voir les avantages de l'amélioration de ses conduites alimentaires. « Quand j'ai faim, je mange, puis je me sens mieux. Je suis contente de ne plus y penser 24 heures sur 24. Maintenant j'ai d'autres chats à fouetter. »

Lors du suivi après 12 et 24 mois, le poids d'Anna était stable (55 kg) et son IMC était dans les limites normales (21,5).

Modification du statut d'attachement. Après la thérapie EMDR, nous avons observé la perte du statut désengagé/évitant avec une augmentation de la sécurité de l'attachement. Alors qu'auparavant, Anna tentait d'éviter la vulnérabilité et l'anxiété en niant les vérités douloureuses et en minimisant les souvenirs perturbants, après la prise en charge, elle était plus à l'aise dans les conversations et pouvait évoquer les expériences traumatiques. Son statut d'attachement est devenu « sécurisé acquis » (F1/2 ; Saunders, Jacobvitz,

Zaccagnino, Beverung & Hazen, 2011) ; bien que son récit demeure légèrement dépourvu d'émotion, elle montrait plus de cohérence et était plus nuancée dans la description de ses relations.

Relation à soi. Le but était de changer la CN sur son insuffisance et le sentiment qui en découlait d'être exclue et anormale. Elle montrait une meilleure acceptation d'elle-même et de sa valeur personnelle. Par exemple, elle disait : « Je peux me sentir à l'aise pour rester avec mes amis et maintenant je peux m'amuser avec eux. »

Régulation émotionnelle. Le but était d'augmenter la capacité d'Anna à maintenir un contrôle psychologique dans des situations exigeantes ou stressantes, de réduire le contrôle exagéré et d'augmenter son accès à des comportements régulateurs plus utiles et fonctionnels. Anna manifestait une bonne reconnaissance, expression et régulation des émotions en lien avec l'alimentation. Elle a apporté de nombreux énoncés qui soutenaient ces changements, comme : « . . . En ce qui concerne l'alimentation, je me sens calme, je la

gère comme quelque chose de normal. Effectivement, il me semble que je ne me défoule plus sur la nourriture. Si je me fâche, je crie et ça me suffit. »

Changements de vie

Anna a développé une meilleure relation avec ses parents et avec sa sœur, réduisant le niveau général de stress dans sa vie. Elle a continué à vivre chez sa mère, mais elle a commencé à voir son père plus souvent.

Elle a repris le lycée. Elle a amélioré ses compétences sociales avec de meilleures interactions avec ses pairs, une confiance accrue dans sa capacité à interagir avec les autres et sans plus éviter les situations sociales.

Discussion

Le cas d'Anna est évocateur dans une perspective clinique car il permet de proposer quel est le véritable facteur de changement. Notre approche était différente de celles qui se centrent sur les symptômes. Nous avons utilisé notre conceptualisation de cas pour développer une stratégie d'intervention qui incluait la prise en compte du passé, des mécanismes de maintien et des ressources subjectives. En particulier, cette étude de cas a montré que la prise en compte des traumatismes relationnels dans la thérapie EMDR a manifestement permis de remédier au trouble des conduites alimentaires d'Anna.

Implications thérapeutiques

Il pourrait être utile d'incorporer l'EMDR dans la prise en charge des symptômes associés à des expériences traumatiques relationnelles particulières, telles que celles illustrées dans cette étude d'un cas de trouble des conduites alimentaires. Il apparaît que la sélection de souvenirs négatifs liés tant à l'histoire d'attachement qu'à l'histoire des conduites alimentaires, en tant que cibles thérapeutiques en EMDR, était appropriée dans notre cas unique d'AM. Bien qu'actuellement, il n'existe que peu d'études sur l'efficacité de l'EMDR pour la prise en charge des TCA, cette description de cas pourrait être un exemple d'une prise en charge efficace de la régulation des affects, pensées et émotions perturbants des patients en la présence de nourriture ou pendant l'acte de se nourrir. De plus, les données montrent le potentiel d'une prise en charge brève avec des améliorations significatives et à long terme au niveau du poids corporel, comme constaté lors du suivi. Dans cette étude de cas, l'efficacité du protocole EMDR est bien démontrée également par la présence des trois années de psychothérapie

(psychodynamique et TCC) précédentes qui n'ont pas apporté de succès.

L'article montre aussi comment l'évaluation du statut d'attachement peut s'intégrer avec l'approche EMDR, tant lors de l'évaluation que dans le développement d'un plan de prise en charge. L'évaluation des représentations de l'attachement à l'aide de l'AAI implique davantage que la simple détermination du statut d'attachement d'un patient, qui chez Anna était désengagé/évitant. Dans une perspective de méthodes plurielles, cette évaluation s'avère particulièrement utile dans la détection de traumatismes relationnels de la petite enfance et de leur statut irrésolu associé en tant que cibles à retraiter.

Conclusion

Plusieurs limites de cette étude doivent être prises en compte. Nous n'avons présenté qu'un seul cas, ce qui signifie que les résultats obtenus pourraient ne pas être représentatifs de ceux qui seraient obtenus dans d'autres cas similaires ou dans un échantillon plus important. Anna était hospitalisée lors de cette intervention et il n'est pas possible d'établir dans quelle mesure les résultats peuvent être attribués à la prise en charge hospitalière. Néanmoins, il s'agissait de la cinquième hospitalisation de longue durée d'Anna et si les prises en charge avaient produit des effets positifs, ceux-ci ne se maintenaient pas. Dans ce cas, les effets thérapeutiques étaient maintenus lors du suivi après 24 mois.

De plus, l'efficacité de la thérapie EMDR pour d'autres TCA, comme la boulimie ou l'hyperphagie boulimique, n'est pas encore établie. Pour finir, l'intention de cette étude était de tester l'efficacité de la thérapie EMDR dans la prise en charge d'un cas unique d'AM. Des études expérimentales randomisées avec un suivi à long terme sont nécessaires pour déterminer son efficacité pour les pathologies plus vastes de TCA.

Bibliographie

- Abbate Daga, G., Quaranta, M., Notaro, G., Urani, C., Amianto, F., & Fassino, S. (2011). Family therapy and eating disorders in young female patients: State of the art. *Journal of Psychopathology*, 17(1), 40–47.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Bailey, A. P., Parker, A. G., Colautti, L. A., Hart, L. M., Liu, P., & Hetrick, S. E. (2014). Mapping the evidence for the

- prevention and treatment of eating disorders in young people. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 1.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Pharmacology*, 190, 97–104.
- Bloomgarden, A., & Calogero, R. M. (2008). A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eating Disorders*, 16, 418–427.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678.
- Brown, C. A., Sabel, A. L., Gaudiani, J. L., & Mehler, P. S. (2015). Predictors of hypophosphatemia during refeeding of patients with severe anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 898–904.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107–1128.
- Cooke, L., & Grand, C. (2006, September). *Treating eating disorders using EMDR and its variations*. Paper presented at the Annual EMDR International Association Conference, Philadelphia, PA.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., & Rishi, S. (2013). Moving beyond childhood adversity: Associations between salutogenic factors and subjective well-being among adult survivors of trauma. In M. Linde & K. Rutkowski (Eds.), *Hurting memories and beneficial forgetting: Posttraumatic stress disorders, biographical developments and social conflicts* (pp. 139–153). Waltham, MA: Elsevier.
- Dunkley, D. M., & Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 139–149.
- Espírito-Santo, H., Gonçalves, L., Rocha, P., & Cassimo, S. (2013). Psychoform and somatoform dissociation severity in eating disorders. *European Psychiatry*, 28, 1547.
- Farber, S. K. (2008). Dissociation, traumatic attachments, and self-harm: Eating disorders and self-mutilation. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 63–72.
- Farrington, A., Waller, G., Neiderman, M., Sutton, V., Chopping, J., & Lask, B. (2002). Dissociation in adolescent girls with anorexia: Relationship to comorbid psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(11), 746–751.
- Fearon, R. M. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., Lapsley, A., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81, 435–456.
- Fennig, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A., & Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 762–765.
- Forgash, C., & Copeley, M. (2008). *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy*. New York, NY: Springer Publishing.
- Forgash, C., & Knipe, J. (2012). Integrating EMDR and ego state treatment for clients with trauma disorders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6, 120–128.
- Fraser, G. A. (1991). The dissociative table technique. *Dissociation*, 4, 205–213.
- Freedland, K. E., Skala, J. A., Carney, R. M., Raczynski, J. M., Taylor, C. B., Mendes de Leon, C. F., . . . Veith, R. C. (2002). The Depression Interview and Structured Hamilton (DISH): Rationale, development, characteristics and clinical validity. *Psychosomatic Medicine*, 64, 897–905.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 198–216.
- Glasofer, D. R., Haaga, D. A., Hannallah, L., Field, S. E., Kozlosky, M., Reynolds, J., . . . Tanofsky-Kraff, M. (2013). Self-efficacy beliefs and eating behavior in adolescent girls at-risk for excess weight gain and binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 4, 663–668.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson G. T., Gueorguieva R., & White, M. A. (2011). Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 675–685.
- Halvgaard, K. (2015). Single case study: Does EMDR psychotherapy work on emotional eating? *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(4), 188–197.
- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183–202.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
- Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2005). Childhood sexual abuse, disordered eating, alexithymia, and general distress: A mediation model. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 559–573.
- Jarman, M., Smith, J. A., & Walsh, S. (1997). The psychological battle for control: A qualitative study of health-care professionals' understandings of the treatment of anorexia nervosa. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7(2), 137–152.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 579–587.
- Katzman, D. K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 37(Suppl. 1), S52–S59.

- Kelly, A. C., & Tasca, G. A. (2016). Within-persons predictors of change during eating disorders treatment: An examination of self-compassion, self-criticism, shame, and eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 716–722.
- Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1465–1487.
- Lao-Kaim, N. P., Fonville, L., Giampietro, V. P., Williams, S. C., Simmons, A., & Tchanturia, K. (2015). Aberrant function of learning and cognitive control networks underlie inefficient cognitive flexibility in anorexia nervosa: A cross-sectional fMRI study. *PLoS One*, 10(5), e0124027.
- Lawrence, M. (1979). Anorexia nervosa: The control paradox. *Women's Studies International Quarterly*, 2(1), 93–101.
- Leeds, A. M., & Shapiro, F. (2000). EMDR and resource installation: Principles and procedures for enhancing current functioning and resolving traumatic experiences. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *Brief therapy strategies with individuals and couples* (pp. 469–534). Phoenix, AZ: Zeig/Tucker.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 4, 472–486.
- Liotti, G., Cortina, M., & Farina, B. (2008). Attachment theory and multiple integrated treatments of borderline patients. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 36, 295–316.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa* [Traumatic developments. Etiology, clinical issues and treatment of dissociative dimension]. Milan, Italy: Raffaello Cortina.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 666–697). New York, NY: Guilford Press.
- Martin, K. M. (2012). How to use Fraser's dissociative table technique to access and work with emotional parts of the personality. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(4), 179–186.
- Messman-Moore, T. L., & Garrigus, A. S. (2007). The association of child abuse and eating disorder symptomatology: The importance of multiple forms of abuse and revictimization. *Journal of Aggression Maltreatment and Trauma*, 14, 51–72.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. British Psychological Society (UK). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49318/>
- Oren, E., & Solomon, R. (2012). La thérapie EMDR : Un aperçu de ses développements et mécanismes d'action [EMDR Therapy: An overview of its developments and mechanisms of action]. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 62, 197–203.
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., . . . Siracusano, A. (2012). Neurobiological correlates of EMDR monitoring—an EEG study. *PLoS One*, 7(9), e45753.
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: An exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 55–58.
- Sabel, A. L., Gaudiani, J. L., Statland, B., & Mehler, P. S. (2013). Hematological abnormalities in severe anorexia nervosa. *Annals of Hematology*, 92(5), 605–613.
- Saunders, R., Jacobvitz, D., Zaccagnino, M., Beverung, L. M., & Hazen, N. (2011). Pathways to earned-security: The role of alternative support figures. *Attachment & Human Development*, 13(4), 403–420.
- Schore, A. (2001). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7–66.
- Schore, A. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9–30.
- Schwartz, M., & Gay, P. (1996). Physical and sexual abuse, neglect and early disorder symptoms. In M. F. Schwartz & L. Cohn (Eds.), *Sexual abuse and eating disorders* (pp. 15–30). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 7, 43–75.
- Shapiro, R. (2000, September). *An EMDR two-hand interweave*. Paper presented at the 5th EMDR International Association Conference, Toronto, ON.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford Press.
- Speranza, A. M., & Alberigi, E. (2006). La relazione tra abuso e disturbi alimentari: Il ruolo della dissociazione [The relationship between abuse and eating disorders: the role of dissociation]. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 8(1), 23–47.
- Steiger, H., & Zankor, M. (1990). Sexual Traumatized among eating-disordered, psychiatric, and normal female groups: Comparison of prevalences and defense styles. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 74–86.
- Surgenor, L. J., Horn, J., Plumridge, E. W., & Hudson, S. M. (2002). Anorexia nervosa and psychological control: A reexamination of selected theoretical accounts. *European Eating Disorders Review*, 10(2), 85–101.

- Sutandar-Pinnock, K., Blake Woodside, D., Carter, J. C., Olmsted, M. P., & Kaplan, A. S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6–24-month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders, 33*(2), 225–229.
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2013). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in the stabilization phase. *Journal of EMDR Practice and Research, 7*(2), 81–94.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research, 4*(2), 76–92.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2011). *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale* [The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization]. New York, NY: Norton.
- Vize, C. M., & Cooper, P. J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls: A comparative study. *British Journal of Psychiatry, 167*, 80–85.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J., & Rouse, H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 40*(4), 387–397.
- Watkins, J. G. (1971). The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 19*, 21–27.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 74*, 541–550.
- Welch, S., & Fairburn, C. (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case control comparisons. *American Journal of Psychiatry, 151*, 402–407.
- York, C. (2000, November). *The use of EMDR in the treatment of eating disorders*. Paper presented at the annual Renfrew Center Foundation Conference for Professionals, Philadelphia, PA.
- Zaccagnino, M. (2016). *EMDR protocol for the management of dysfunctional eating behaviors in anorexia nervosa*. Paper presented at the 17th EMDR Europe Conference, The Hague, The Netherlands.
- Zaccagnino, M., Civilotti, C., Cussino, M., Callera, C., & Fernandez, I. (in press). *EMDR in anorexia nervosa: From theoretical framework to treatment guidelines*. Manuscript submitted for publication.

Merci d'adresser toute correspondance concernant cet article à Cristina Civilotti, PhD, Psychologist, Psychotherapist, Centro EMDR per l'anoressia, Via Pergolesi 14, 20124 Milan, Italie. Courriel : c.civilotti@gmail.com