

Walter Vandereycken

« Les patients qui présentent des troubles du comportement alimentaire sont motivés à réaliser des changements qu'ils gèrent eux-mêmes »

Interview de Carlie van Tongeren parue dans *Psychopraktijk*, 2011, 3(5), p. 8-11.

Traduit du néerlandais par Jacques Van Rillaer.

Il y a trente ans, en Belgique le psychiatre Walter Vandereycken était un pionnier du traitement des personnes souffrant d'anorexie mentale. Depuis, il est devenu un expert dans le domaine des troubles alimentaires et il a appris à connaître les pièges du statut d'expert. Nous l'avons rencontré chez lui, pour une conversation passionnante sur la motivation et l'autocontrôle des patients présentant des troubles alimentaires, l'importance de la présence d'autres patients et les dangers des centres de santé mentale spécialisés.

Le professeur Walter Vandereycken (1949) est diplômé médecin de l'université KULeuven. Il a fait sa spécialisation en psychiatrie à la clinique psychiatrique Saint-Joseph à Kortenberg. Il est également diplômé en sexologie. Il a suivi la première formation en thérapie comportementale organisée en Belgique. En 1984, il a défendu une thèse d'agrégation à l'université de Leiden (Pays-Bas) sur le traitement de l'anorexie. En 1988, il est nommé professeur de psychiatrie à la KULeuven. Depuis 1989, il dirige le service hospitalier des troubles alimentaires à la clinique psychiatrique des Frères Alexiens, à Tirlemont. Vandereycken a réalisé de nombreuses publications, en différentes langues, sur l'histoire, la recherche et le traitement des troubles alimentaires. Il est rédacteur de la revue *Eating Disorders : The Journal of Treatment and Prevention*.

Quelles sont les évolutions dans le domaine des troubles alimentaires auxquels vous avez assisté ?

Je me suis occupé d'anorexie mentale depuis 1974. À l'époque, il s'agissait d'une curiosité médicale, de quelque chose d'exotique dont les médecins ne voyaient que quelques cas au cours de leur carrière — du moins s'ils avaient de la chance. Je me suis alors posé ces questions : « est-ce vraiment exceptionnel ? », « est-ce un phénomène nouveau ? ». Il est fascinant d'envisager les troubles alimentaires comme le développement d'une variante moderne, médicalisée, d'un jeûne extrême. A l'époque, le traitement visait le rétablissement du poids grâce à une espèce de cure de repos avec beaucoup de médicaments, suivie d'une psychothérapie individuelle.

La première idée judicieuse était que les troubles alimentaires ne résultaient pas d'un dysfonctionnement cérébral, mais qu'ils constituaient un phénomène complexe dans lequel se conjugaient des facteurs sociaux, familiaux et personnels. Notons que la famille a été longtemps

considérée comme un facteur pathogène. On en déduisait que l'hôpital était l'environnement idéal pour remédier aux comportements inadéquats des parents.

L'étape suivante a été — avec raison — de ne plus considérer la famille comme « coupable », mais comme un milieu important pour le changement. Parallèlement à cette évolution des idées, les langues des patients et de leur entourage se sont déliées et le courant du *self-help* s'est développé. Ce changement de perspective a cependant basculé vers l'autre extrême : on cherche de plus en plus des explications biologiques pour toute une série de troubles mentaux. Plus on évalue une problématique comme étant de nature biologique, moins un parent ou un soignant doit s'engager pour trouver des solutions. Je trouve que c'est une évolution regrettable et je crains qu'elle se poursuive dans les années à venir.

Qu'est-ce qui vous fascine dans les troubles alimentaires ?

Les troubles alimentaires sont des problématiques intriquées à la vie quotidienne. Ils sont, au sens figuré et au sens propre, un miroir de la société. Où finit la normalité et où commence la pathologie dans la rage de la minceur ? Cela m'a fasciné dès le début. La fréquence de l'anorexie a un peu augmenté, mais ce qui frappe surtout c'est l'augmentation de la fascination pour le trouble. Comment quelqu'un peut-il à ce point se priver de nourriture ? On en vient rapidement à une sorte d'admiration pour la force de cette volonté.

Aujourd'hui, quand une mère s'aperçoit que sa fille commence un régime, elle se dit : « Aie ! pourvu que ça ne devienne pas une anorexie ». Qu'une mère connaisse le mot « anorexie » est déjà en soi significatif. On peut se demander si cette fascination n'est pas un élément moteur du problème. On peut certainement se poser la question dans notre culture de l'Internet et de Facebook. Serait-il possible que des comportements qui apparaissent comme des espèces de réactions épidémiques — comme maigrir ou se mutiler — commencent comme des copies de comportements et poursuivent ensuite leur propre trajectoire ? La contagion de comportements est un de mes nouveaux thèmes de recherche, avec la question centrale : qui est réceptif ?

Du fait de la popularité de l'anorexie et de la boulimie beaucoup de personnes pensent bien connaître ces troubles. Quelle est la plus importante des mécompréhensions ?

C'est une erreur de croire que les troubles alimentaires sont seulement une affaire de mode, un mal de notre époque et une mode comme telle : la rage de la minceur. Beaucoup de patients sont irrités parce qu'ils ne sont pas pris au sérieux et qu'on banalise leurs problèmes. On se contente d'expliquer que l'amaigrissement est la solution d'un autre problème et d'en attribuer la responsabilité aux médias ou aux défilés de mode. Le meilleur contre-argument est le fait que nous sommes tous bombardés d'incitations à la minceur, à la beauté et à la maigreur, mais que, heureusement, la majorité des gens n'en sont pas victimes. Qu'est-ce qui protège des femmes contre les troubles alimentaires ? En médecine et en psychiatrie, nous nous focalisons trop sur des manques et des défauts. Le jargon psychiatrique est une horrible langue. Il nous fait oublier de situer les troubles dans le contexte de ce qui va bien. Là se trouvent des points d'appui importants pour la thérapie et la prévention.

Certains soignants considèrent les personnes qui présentent des troubles alimentaires comme des patients difficiles. Peut-on arriver motiver cette population ?

C'est une question très intéressante. À cause de cet étiquetage négatif, les patients qui présentent ces troubles ne bénéficient pas toujours des opportunités auxquelles ils ont droit. Ces mythes et mécompréhensions suscitent chez des soignants une véritable aversion. On a fait l'erreur de confondre la motivation au changement avec la motivation pour la thérapie. Pour suivre un traitement, il faut d'abord comprendre qu'il y a un problème et ensuite qu'on a besoin d'aide. Le thérapeute doit bien voir dans quelle phase de changement se trouve le patient. Les patients ayant des troubles alimentaires éprouvent un grand besoin de contrôle. Ils sont motivés au changement,

mais au changement qu'ils réalisent par eux-mêmes. Une jeune fille n'accepte pas facilement qu'elle souffre d'anorexie, parce que la démarche que cela implique est vécue comme une menace. Elle s'accroche à son envie de maigrir, ce qui donne l'impression qu'on ne peut pas la motiver. Le soignant doit bien comprendre cela et gagner sa confiance en en tenant compte, de sorte que la patiente fasse un pas vers la thérapie. Je comprends parfaitement que des parents et des soignants, par anxiété ou par sentiment d'impuissance, veulent aider rapidement une jeune fille. Mais l'angoisse est ici mauvaise conseillère. Prenez une jeune fille de 14 ans qui ne comprend pas bien qu'elle a un problème. Quelle image peut-elle se faire de la thérapie quand elle se retrouve dans un hôpital avec une perfusion ? Dans ce cas je me dis : « zut, cela ne conduit qu'à entraver la motivation ». J'ai moi-même été autrefois en conflit avec des patients parce que j'avais adopté la position d'expert. La facilité d'entrer en contact avec ces patients dépend beaucoup de la personnalité du thérapeute.

Depuis une dizaine d'année, vous avez changé votre façon de travailler dans votre clinique des troubles alimentaires. Quel est le changement le plus important ?

Notre nouveau système est basé sur la responsabilité propre et le contrôle personnel. Il en va ainsi dès l'arrivée d'une patiente. Après une période d'essai d'une semaine, c'est elle qui décide si elle reste. Notre programme se caractérise par le fait de laisser les autres patientes faire le vrai travail. Les patientes qui ont déjà bien progressé fonctionnent comme une sorte de coach pour les nouvelles. Elles sentent bien ce qui inquiète ou angoisse. Les experts les plus doués ne peuvent faire ce que font les compagnes d'infortune. Nous ne faisons plus de thérapies individuelles. Tout se passe en groupe. Les patientes disent après-coup que c'est le point fort de notre traitement, parce que c'est ainsi qu'elles se sont tout de suite senties comprises et acceptées. Cela va-t-il tout seul ? Mais oui, les filles sont formidablement disposées à apporter de l'aide. Peut-être s'agit-il d'une caractéristique de ce type de patientes : elles sont extrêmement sensibles aux commentaires des autres, elles veulent bien faire, elles finissent par dérailler à cause de leur perfectionnisme et de leur besoin de prêter. C'est ce qui fait aussi qu'elles présentent des caractéristiques du bon soignant. Nous avons recours à ces points forts au lieu de nous focaliser sur des côtés faibles.

Ne court-on pas le danger que les patientes n'imitent l'une de l'autre des comportements inadéquats ?

C'est une question souvent posée par la famille. Il nous revient d'assurer un climat positif. Il nous arrive de devoir apporter des corrections, en particulier lorsque beaucoup de nouvelles patientes arrivent en même temps. Il est essentiel d'avoir suffisamment de modèles positifs. Nous faisons à présent davantage confiance aux patients et nous en recueillons les fruits. Autrefois nous contrôlions les bagages et nous confisquions tout ce qui paraissait suspect. On créait ainsi un climat de suspicion : tu vas faire ici ce qu'il ne faut pas. Plus on exerce des contrôles, plus les patientes deviennent rusées pour y échapper. Nous savons que de nouvelles patientes dissimulent des laxatifs et se font vomir en cachette. Dans notre programme, il n'y a quasi plus rien qui s'y oppose. De ce fait, notre équipe se comporte de façon nettement plus détendue qu'autrefois. Dans cet ordre d'idées, on discute régulièrement de la question de l'interdiction des sites « pro-ana », dans lesquels les troubles alimentaires sont exaltés comme style de vie. A mon avis, un interdit ne sert à rien ; il rend plutôt ce genre de site plus attractif. Nous devons apprendre aux gens, de préférence dès le jeune âge, à utiliser le nouveau monde de l'internet et à pouvoir s'en défendre.

Dans votre clinique, les patientes peuvent-elles décider elles-mêmes ce qu'elles mangent. Comment cela se passe-t-il ?

Les patientes sont d'abord étonnées, car elles arrivent avec une image horrible : « Aie, on va me gaver ». Elles sont tenues de se mettre à table à chaque repas, parce qu'il s'agit d'un événement social. Les filles qui sont là depuis longtemps vont faire des commentaires et poser des questions qui les visent personnellement : « Pourquoi ne manges-tu pas ? De quoi as-tu peur ? ». On constate que de nouvelles arrivées en viennent rapidement à manger spontanément sans que des

infirmières ou d'autres soignants doivent exercer une quelconque pression. Nos patientes peuvent choisir librement leur nourriture ou recevoir un repas tout compris sur lequel se trouve indiqué le nombre exact de calories. C'est tout à fait étonnant : à partir de la deuxième semaine, beaucoup de filles disent : « Donnez-moi s.v.p. le repas tout fait ; comme ça je ne dois plus discuter interminablement avec moi-même le nombre de grammes et de calories ». Ce choix c'est plus que manger normalement. Il implique l'abandon du fameux contrôle. C'est un retournement spectaculaire. Sans doute est-il suivi par l'angoisse de prendre du poids, mais pour cela les patientes se trouvent dans la clinique. Les compagnes témoignent du fait qu'on peut vaincre cette angoisse.

Quels sont les résultats de la nouvelle approche ?

Nous sommes précisément occupés à les établir. Nous recevons environ 150 patientes par an. Les résultats varient parce que les patientes viennent avec des passés différents, des degrés différents de complexité et d'implication. Les statistiques ne racontent pas tout ce qui se passe. Prenons l'exemple d'une patiente qui interrompt le traitement et quitte la clinique. Après quatre mois, elle revient et cette fois le traitement réussit. Dois-je en conclure que mon premier traitement a été un échec ? Pour le statisticien, oui. On a une mauvaise représentation des abandons. A vrai dire, on ne doit pas parler d'échec si une patiente revient d'elle-même parce qu'elle se sent prête cette fois-ci pour le traitement ou parce qu'elle a le sentiment de sombrer et veut à tout prix éviter de s'enliser. Derrière les chiffres se trouve l'histoire personnelle d'une patiente et je tiens à faire entendre cette voix dans mes recherches. Les chiffres ont bien sûr des choses à nous apprendre, ne fût-ce que faire comprendre qu'il n'y a pas de traitement miraculeux et qu'il s'agit d'un processus lent, en dents de scie. Nous devons en avertir les patientes et leur entourage. On ne peut pas penser trop vite que le problème est résolu, ni que c'est désespéré.

Dans votre clinique, vous avez reçu pas mal de patientes venant des Pays-Bas. Est-ce encore le cas ?

Actuellement nous avons un nombre croissant de patientes hollandaises. C'est sans doute une question d'argent : l'hospitalisation est moins coûteuse chez nous. Mais c'est surtout en rapport avec le groupe des patientes dites « non traitables » ou « sans espoir ». Avec une telle étiquette, vous ne trouvez plus de thérapeute. Je pense que cela en dit long sur le soignant. Celui-ci a essayé tout ce qu'il pouvait faire et n'a plus d'espoir. Dans notre clinique, tout le monde peut tenter sa chance, quels que soient son poids et la durée de son trouble. « Sans espoir », « chronique », « pas motivé » y sont des mots tabous. La tendance à la spécialisation de plus en plus étroite est un grand danger pour la médecine et la santé mentale. C'est en fonction de cela qu'on décide si vous pouvez ou non bénéficier d'un traitement et quelle procédure vous devez suivre. Si vous ne correspondez pas aux critères, c'est tant pis pour vous. Cette tendance s'est développée davantage aux Pays-Bas que chez nous. La bureaucratie y est beaucoup plus pesante. En Belgique, si vous ne pouvez pas entrer par la grande porte, il y a encore toujours quelque part une petite porte. Le nivellement peut induire un moindre engagement des soignants, parce qu'ils finissent par travailler de façon routinière, en se conformant à ce qui est indiqué dans le manuel.

A quelles évolutions vous attendez-vous dans le domaine des troubles alimentaires ?

Honnêtement, disons que les principaux développements se sont produits à la fin du siècle passé. Les connaissances récentes concernent des nuances et beaucoup de répétitions. Savons-nous vraiment beaucoup de choses ou posons-nous de mauvaises questions ? Toutes les recherches ont maintenant le même point de départ : une catégorie du DSM. Ainsi on dépense beaucoup d'argent pour savoir si les troubles alimentaires sont héréditaires. On n'a pas encore trouvé grand chose de probant, mais il semble que certains espèrent encore faire des découvertes en ce sens. Je dis : « Et alors ? » Comme psychiatre, je dois de toute façon trouver une solution car je ne peux rien changer à l'hérédité. Nous arriverons à une nouvelle vision des choses si nous osons choisir une autre façon de faire. Parfois je me demande pendant combien de temps il y a aura encore des troubles du

comportement alimentaire. Ils ont augmenté à la fin du XIX^e siècle et sont arrivés à un sommet à la fin du XX^e. Assisté-t-on à l'émergence d'un groupe de problématiques apparentées, dont on peut dire que l'emballage a changé, mais dont le contenu reste identique ? Il pourrait être judicieux de comprendre qu'il est inopportun de mettre les gens dans des cases diagnostiques et qu'il faut plutôt examiner les processus sous-jacents aux problèmes.

C'est à ces processus que vous voulez consacrer les dernières années de votre carrière ?

En effet. Qu'est-ce qui relie différents diagnostics chez une même personne ? Supposons que j'ai traité une patiente qui souffrait d'anorexie. Six mois plus tard, je la revois et elle a développé une boulimie. On lui donne alors un autre diagnostic. Mais c'est la même personne, n'est-ce pas ? Les critères de résultats que nous utilisons se limitent à des modifications de comportement superficielles. A mon avis, on ne peut parler d'une thérapie réussie que si le noyau, le mécanisme a été modifié. Tout s'américanise : la recherche doit être courte et rapidement publiée. Nous avons cependant un besoin urgent de recherches au long cours. En termes de photographie : nous devons utiliser l'objectif panoramique et non le zoom. La réalisation du DSM a été incontestablement utile, mais nous devons prendre conscience de ses inconvénients. Fort heureusement, un mouvement critique s'est développé, notamment à la faveur de discussions sur le DSM-V. Je trouve passionnant ce type de phénomène : comment nous pouvons remettre en question notre propre discipline à l'intérieur de la communauté scientifique.

Pour en savoir plus

Quelques publications scientifiques de Walter Vandereycken

Français

Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (2000). *Traumatismes et troubles du comportement alimentaire*. Bruxelles: Satas.

Maris, K. & Vandereycken, W. (1999). La tricotillomanie: analyse et traitement comportemental. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 9, 113-119.

Anglais (livres)

Van den Broucke, S., Vandereycken, W. & Norré, J. (1997). *Eating Disorders and Marital Relationships*. London-New York: Routledge.

Vandereycken, W. & Beumont, P.J.V. (1998). *Treating Eating Disorders. Ethical, Legal and Personal Issues*. London-New York: Athlone Press-New York University Press.

Vandereycken, W. & Noordenbos, G. (1998). *The Prevention of Eating Disorders*. London-New York: Athlone Press-New York University Press.

Anglais (articles)

Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Vandereycken, W. (2005). Motivation to change in eating disorder patients: A conceptual clarification on the basis of self-determination theory. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 207-219.

Claes, L., Nederkoorn, C., Vandereycken, W., Guerrieri, R., & Vertommen, H. (2006). Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating Behaviors*, 7, 196-203.

Vandereycken, W. (2006). Denial of illness in anorexia nervosa: A conceptual review. *European Eating Disorders Review*, 14, 341-368.

- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). Self-injurious behavior: Differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 137-144.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42, 611-621.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Vandereycken, W., Luyten, P., Sierens, E., & Goossens, L. (2008). Perceived parental psychological control and eating-disordered symptoms: Maladaptive perfectionism as a possible intervening variable. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 144-153.
- Bijttebier, P., Beck, I., Claes, L., & Vandereycken, W. (2009). Gray's Reinforcement Sensitivity Theory as a framework for research on personality-psychopathology associations. *Clinical Psychology Review*, 29, 421-430.
- Beck, I., Smits, D.J.M., Claes, L., Vandereycken, W., & Bijttebier, P. (2009). Psychometric evaluation of the Behavioral Inhibition/Behavioral Activation System Scales and the Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire in a sample of eating disordered patients. *Personality and Individual Differences*, 47, 407-412.
- Vandereycken, W., & Vansteenkiste, M. (2009). Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*, 17, 177-183.
- Vandereycken, W., & Vansteenkiste, M. (2009). Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*, 17, 177-183.
- Claes, L., Klonsky, E.D., Muehlenkamp, W., Kuppens, P., & Vandereycken, W. (2010). The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: Which affect states are regulated? *Comprehensive Psychiatry*, 51, 386-392.
- Vandereycken, W., & Devidt, K. (2010). Dropping out from a specialized inpatient treatment for eating disorders: The perception of patients and staff. *Eating Disorders*, 18, 140-147.
- Vandereycken, W. (2011). Can eating disorders become “contagious” in group therapy and specialized inpatient care? *European Eating Disorders Review*, 19, 289-295.
- Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals’ opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders*, 19, 145-155.
- Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Smits, D., Peat, C.M., & Vandereycken, W. (2011). Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. *Psychiatry Research*, 188, 102-108.
- Claes, L., Mitchell, J.E., & Vandereycken, W. (2012). Out of control? Inhibition processes in eating disorders from a personality and cognitive perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 407-414.
- Claes, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Vandereycken, W. (2012). The scars of the inner critic: Perfectionism and nonsuicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20, 196-202.
- Vandereycken, W. (2012). Self-change in eating disorders: Is “spontaneous recovery” possible? *Eating Disorders*, 20, 87-98.