

Doctorat de l'Université de Toulouse

préparé à l'Université Toulouse - Jean Jaurès

Auto-compassion et acceptation inconditionnelle de soi dans
les troubles des conduites alimentaires : quelles perceptions,
fonctions, et applications ?

Thèse présentée et soutenue, le 26 juin 2026 par

Océane MURONI

École doctorale

CLESCO - Comportement, Langage, Éducation, Socialisation, Cognition

Spécialité

Psychologie

Unité de recherche

CERPPS - Centre d'Études et de Recherches en Psychopathologie et Psychologie de la Santé

Thèse dirigée par

Jean-Luc SUDRES

Composition du jury

Mme Sylvie BOURDET-LOUBÈRE, Présidente, Université Toulouse - Jean Jaurès

M. Patrick Ange RAOULT, Rapporteur, Université Catholique de Lyon

Mme Lydia FERNANDEZ, Rapporteur, Université Lumière Lyon 2

M. Jean-Luc SUDRES, Directeur de thèse, Université Toulouse - Jean Jaurès

Auto-compassion et acceptation inconditionnelle de soi dans les
troubles des conduites alimentaires : quelles perceptions,
fonctions et applications ?

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes sans qui ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

Mes premiers remerciements vont aux participantes des études de cette thèse. Merci d'avoir confié vos mots, vos craintes et espoirs, à la recherche. Pour les patientes de la clinique de Saint Vincent de Paul, merci pour votre engagement et votre participation sincère. Je vous souhaite de continuer à explorer le chemin de l'auto-compassion, vous avez le droit à cette douceur.

Mes plus grands remerciements vont à mon directeur de thèse, Jean-Luc Sudres. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis de mener ces quatre années à bien. Au-delà de ma gratitude pour votre accompagnement, j'ai eu grand plaisir à nos discussions fertiles et à nos échanges cliniques. Merci pour votre présence contenante, votre humanité et vos précieux conseils.

Sylvie Bourdet-Loubère, Patrick Ange Raoult, Lydia Fernandez, merci à vous trois d'avoir accepté de juger ce travail. Je mesure la chance d'être évaluée par des chercheurs dont j'admire les travaux, et je vous remercie pour votre précieuse relecture et contribution experte.

Je remercie également Morgane Métral et Gésine Sturm, qui ont accompagné l'évolution de cette thèse au fil des Comités de suivi. Vos conseils méthodologiques et votre regard clinique ont beaucoup apporté à ce travail, et je vous remercie pour l'attention que vous portez au bien-être des doctorants.

Je remercie l'équipe de la clinique Saint Vincent de Paul et tout particulièrement Louis Carrier, Nathalie Chazalet et Valérie Lévine pour m'avoir permis de mettre en place dans leurs murs ce dispositif thérapeutique basé sur la compassion. Un grand merci à Elsa Tran-Tien, Rime Aris, et Hélène Tran pour leur implication et leur chaleureux accueil.

Je tiens aussi à remercier le laboratoire du CERPPS et Amélie Rousseau pour m'avoir accueillie au sein de l'équipe des doctorants, pour m'avoir permis de bénéficier d'une formation de qualité et pour ces nombreuses opportunités de partage entre chercheurs. Même si j'ai effectué ma thèse à distance de Toulouse, j'ai eu grand plaisir à entretenir des liens avec mes camarades doctorants à chaque occasion qui s'est présentée. Merci à Arthur Becquignon pour notre si belle amitié, à Stéphane Scotto Di Rinaldi et Clémence Cier pour votre soutien et nos riches échanges,

à Jean Chassagne pour tes conseils statistiques, et à tous les autres doctorants avec qui j'ai pu partager du temps et de l'entre-aide.

Bien sûr, je tiens aussi à remercier mes proches :

À mes parents, pour leur soutien indéfectible, leurs conseils, et leur confiance en moi. Grace à votre écoute, vos relectures bienveillantes, vos précieux et très complémentaires regards sur ce travail, cette réussite est aussi la vôtre.

À mes plus vieilles amies, sans qui je n'en serai pas là. Merci à Julie, Maud, Lou et Elizabeth, pour votre amour immense. Merci Elizabeth pour toutes ces soirées enveloppées de chuchotements à cœur ouvert, ta pensée affûtée me fait toujours grandir. Merci Lou pour ton amour inconditionnel, ta confiance, et ton humour (bien meilleur que celui de T.). Merci Maud pour ta loyauté et ta présence, être avec toi est aussi confortable qu'être avec moi-même. Merci Julie pour ton écoute et ta douceur, j'ai hâte de continuer nos aventures, qu'elles soient sur la route ou dans nos coeurs. Grandir à vos côtés a été une des plus grandes chances de ma vie, vous êtes mes lumières dans l'obscurité.

Aux amis qui ont rendu si dur mon départ de la ville rose. Alexandra, je chéris nos mille débats interminables et la franchise qui caractérise notre amitié. Merci pour ton cœur généreux et ton esprit solaire. Il me tarde de voir ta vie s'embellir de tous les « meilleurs trucs » que tu mérites. Arthur, ta douceur et ton esprit papillon m'ont réchauffé l'âme de si nombreuses fois, merci pour ta présence, ton écoute, et nos précieux enfantillages. À Juliano, merci pour ta finesse émotionnelle glissée entre tous ces rires.

À Rémi, écrire ici toute la gratitude que j'ai pour toi prendrait cent nouvelles pages. Alors j'écirai juste ceci : je suis fière de marcher à tes côtés et j'ai hâte de découvrir notre chemin.

Enfin, merci à toutes les personnes qui liront cette thèse. J'espère que ma contribution à la recherche vous sera utile. Ce travail n'a pas pour vocation de prendre la poussière, n'hésitez pas à le partager, le discuter, le critiquer aussi ; faites-le vivre.

Sommaire

Table des matières

Curriculum vitæ	2
Résumé.....	5
Abstract	7
Préambule	9
PARTIE THÉORIQUE.....	13
Chapitre 1 : l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse	13
1. Généralités : de quoi parle-t-on ?	13
2. La trajectoire développementale de l'anorexie et de la boulimie	17
3. Prises en charges actuelles et leurs limites.....	36
4. Rétablissement : un mot, de multiples définitions	39
Chapitre 2 : L'auto-compassion	41
1. Auto-compassion : définitions et origines	41
2. Acceptation inconditionnelle de soi, une compétence complémentaire	44
3. Pertinence de l'auto-compassion et de l'acceptation inconditionnelle de soi dans les troubles des conduites alimentaires	47
4. Problématique et objectifs de recherche	50
PARTIE EMPIRIQUE.....	55
ÉTUDE 1 : L'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion face aux facteurs de maintien de l'anorexie mentale	57
ÉTUDE 2 : Places et fonctions de l'AIS et de l'AC dans la trajectoire des TCA.....	71
ÉTUDE 3 : Ateliers thérapeutiques basés sur l'AIS et l'AC	103
Discussion générale	140
1. Rappels des objectifs de recherche et principaux apports.....	140
2. L'AIS et l'AC : des antidotes ?	145
3. L'AIS, plus acceptable que l'AC ?	150
4. Une autre façon de se penser, et de panser le trouble	152
5. Limites de ce travail	158
6. Conclusion et perspectives cliniques	159
Bibliographie.....	164
Annexes.....	194

Curriculum vitæ

Océane Muroni

Psychologue clinicienne, doctorante au laboratoire Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et Psychologie de la Santé (CERPPS) de l'Université Toulouse - Jean Jaurès (UT2J)

Expériences professionnelles et universitaires

- Depuis 2024 : Psychologue en activité libérale, Grenoble
- **Depuis 2024 : Chargée d'enseignement au diplôme inter-universitaire « Approche intégrative des troubles des conduites alimentaires (TCA) chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte », Université Grenoble Alpes**
- Depuis 2023 : Psychologue au Centre référent des troubles du comportement alimentaire de l'arc alpin, CHU Grenoble Alpes
- 2023-2024 : Psychologue dans un lieu d'écoute psychologique, Fondation ARHM (Action Recherche Handicap et Santé Mentale) et Grenoble Alpes Métropole
- 2023 : Psychologue et animatrice d'ateliers EVRAS (éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle) en milieu scolaire, Centre de santé sexuelle de Fontaine
- **Depuis 2021 : Chargée de TD, Université Toulouse Jean Jaurès**
- 2020-2022 : Psychologue en centre médico-psychologique et unité d'hospitalisation complète, Centre hospitalier Gérard Marchant Toulouse

Formations

- 2026 : Intervention du psychologue auprès des patients présentant des troubles psychosomatiques, ARFRIPS, CHU Grenoble Alpes
- 2024 : Formation à l'écoute groupale et au travail institutionnel avec les familles, Synchronie, CHU Grenoble Alpes
- 2022-2025 : Diverses formations du parcours doctoral (133h au total) :
 - 2025 : Ethique et intégrité scientifique, Comité d'éthique de la recherche
 - 2024 : S'approprier le RGPD, Mettre en œuvre une veille scientifique, Anglais scientifique
 - 2023 : Initiation au photolangage, Organiser sa stratégie de recherche

- 2020 : Master Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé, parcours psychothérapies et psychopathologie, Université Toulouse Jean Jaurès – Mention Très Bien
- 2018 : Diplôme universitaire Pathologies Psychiatriques, Université Claude Bernard Lyon 1 – Mention Très Bien

Articles scientifiques

Publiés

- Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2023). L'acceptation inconditionnelle de soi et l'autocompassion : Une autre clinique de l'anorexie mentale ? *Soins ; La Revue De Reference Infirmiere*, 68(881), 41-44. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2023.10.011>
- Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2026). Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires (étude mixte) : Quelles places et fonctions ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2026.03.006>

Soumis

- Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2026). Self-compassion and unconditional self-acceptance group therapy for adult patients with eating disorders: a non-randomised controlled trial [soumis à publication]

Communications

- Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2025). Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires (anorexie/boulimie) : quelles places et fonctions ? Séance de communications libres de la Société Médico-Psychologique, 18 décembre, Paris, France
- Muroni, O. (2025). La place de l'auto-compassion dans le rétablissement des troubles des conduites alimentaires, 7ème colloque des Troubles du Comportement Alimentaire, Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, 24 janvier, La Tronche, France

Prix de recherche

- 2025 : 2^{ème} Prix de la Fondation Sandrine Castellotti (récompense les initiatives mettant en place des prises en charge singulières et innovantes pour les TCA)

Résumé

Issus de la troisième vague des thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles, l'acceptation inconditionnelle de soi (AIS) et l'auto-compassion (AC) sont des construits associés à de larges bénéfices psychologiques, notamment vis-à-vis de variables impliquées dans la chronicisation des troubles des conduites alimentaires (TCA). Les approches thérapeutiques basées sur la compassion pour les TCA ont montré des résultats positifs, mais ont également mis en évidence des freins pour l'anorexie mentale. En parallèle, les études évaluant l'utilisation de l'AIS auprès de cette population sont presque inexistantes. Après un état des lieux des connaissances à propos des différents facteurs prédisposants, précipitants, et chronicisants des TCA, nous nous sommes penchés sur les objectifs et limites des prises en charge actuelles pour ces troubles. Puis, nous avons exploré la littérature existante sur l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi, y compris en lien avec les variables psychologiques entretenant les TCA. Suite à cette partie théorique, nous avons fait l'hypothèse que l'AIS pouvait être une variable préalable à l'AC et potentialisante de ses effets. Notre thèse visait donc à répondre à cette question : « *Comment l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi peuvent-elles améliorer les facteurs de maintien sous-jacents à l'anorexie mentale et à la boulimie nerveuse ?* ».

Étude 1 — Objectif : Articuler les dimensions de l'AIS et de l'AC aux facteurs de maintien de l'anorexie mentale. La revue de littérature nous a permis de dégager des pistes thérapeutiques intéressantes : la dimension *Soi comme fluide* pour la rigidité psychologique, les dimensions *Soi comme faillible* et *Auto-bienveillance* pour l'auto-critique et la honte, la dimension *Humanité commune* pour l'isolement, la dimension *Soi complexe* pour l'égosyntonie, et la dimension *Pleine conscience* pour l'évitement émotionnel.

Étude 2 — Objectifs : Analyser les relations entre AIS/AC et différentes variables de maintien des TCA, et explorer les perceptions et croyances des participantes sur ces deux concepts. 130 femmes souffrant ou rétablies d'anorexie (67,7%) ou de boulimie (32,3%) ont participé à une enquête en ligne composée d'auto-questionnaires et d'un questionnaire semi-directif. Les résultats ont montré des corrélations positives entre AC/AIS et la qualité de vie, l'image du corps, certains mécanismes de défenses, et la tolérance à la détresse. Le discours des participantes montrait une

perception positive de l'AIS et de l'AC, et a permis d'identifier des craintes et des attentes vis-à-vis de ces construits.

Étude 3 — Objectifs : Évaluer l'acceptabilité et l'efficacité d'un dispositif thérapeutique de groupe basé sur l'AC et l'AIS auprès de patientes hospitalisées pour anorexie ou boulimie. 20 patientes (groupe expérimental) ont bénéficié du dispositif thérapeutique, et 17 patientes ont uniquement bénéficié de leur prise en charge usuelle hospitalière (groupe contrôle). Le dispositif a été évalué par auto-questionnaires en pré-ateliers (T0), post-ateliers (T1), et les participantes du groupe expérimental ont également répondu à une nouvelle évaluation en follow-up (T2) et à un entretien semi-directif de recherche. Les résultats du groupe expérimental ont montré une amélioration significative et maintenue en follow-up sur de nombreuses variables : auto-compassion et peur de l'auto-compassion, acceptation inconditionnelle de soi, tolérance à la détresse, schémas précoces inadaptés, image du corps, et qualité de vie. En contrôlant l'effet spécifique du dispositif par rapport au groupe contrôle, nous retenons un effet sur l'auto-compassion, la peur de la compassion, et la tolérance à la détresse. La quasi-totalité des participantes ont rapporté un bon vécu et investissement des ateliers.

Au terme de ce travail de thèse, l'AIS et l'AC apparaissent comme des concepts pertinents dans le traitement de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse, qui semblent faciliter l'entrée dans le rétablissement via l'acquisitions de compétences émotionnelles. Ces deux concepts répondent à des facteurs de maintien différents et privilégiés selon le profil clinique des patientes, et permettent de mieux comprendre les freins et leviers au rétablissement des TCA. Autrement dit, ce travail est en l'instant pionnier dans l'articulation théorique et thérapeutique de l'AIS et de l'AC.

Abstract

Originating from the third wave of Cognitive Behavioral Therapy, unconditional self-acceptance (USA) and self-compassion (SC) are constructs associated with significant psychological benefits, particularly in relation to variables that are heavily affected in eating disorders (EDs). Compassion-based therapy for EDs have shown positive results, but have also highlighted limitations when applied to anorexia nervosa. At the same time, studies evaluating the use of USA in this population are almost non-existent. After reviewing the current state of knowledge regarding the various predisposing, precipitating and perpetuating factors of EDs, we examined the objectives and limitations of current treatment approaches for these disorders. We then explored the existing body of literature on self-compassion and unconditional self-acceptance, including in relation to the psychological variables that sustain EDs. Following this theoretical section, we hypothesised that USA could be a pre-requisite for SC and could enhance its effects. Our thesis therefore aimed to answer the following question: ‘How can self-compassion and unconditional self-acceptance improve the chronicity factors underlying anorexia nervosa and bulimia nervosa?’.

Study 1 — Aim: To articulate the dimensions of USA and SC in relation to the chronicity factors of anorexia nervosa. The literature review led us to identify some interesting therapeutic leads: the ‘Self as fluid’ dimension for psychological rigidity; the ‘Self as fallible’ and ‘Self-kindness’ dimensions for self-criticism and shame; the ‘Common humanity’ dimension for isolation; the ‘Complex self’ dimension for egosyntony; and the ‘Mindfulness’ dimension for emotional avoidance.

Study 2 — Aims: To analyse the relationships between USA/SC and various psychological variables associated with the chronicity of EDs; to explore the participants’ perceptions and beliefs regarding these two concepts. 130 women suffering from or recovered from anorexia (67.7%) or bulimia (32.3%) took part in an online survey consisting of self-questionnaires and a semi-structured questionnaire. The results showed positive correlations between USA/SC and quality of life, body image, certain defence mechanisms, and distress tolerance. The participants’ comments revealed a positive perception of USA and SC, and helped to identify fears and expectations regarding these constructs.

Study 3 — Aims: To evaluate the acceptability and effectiveness of a group-based therapeutic programme using SC and USA among patients hospitalised for anorexia or bulimia. Twenty patients (experimental group) benefited from the therapeutic programme, whilst 17 patients received only their treatment as usual (control group). The programme was assessed using self-report questionnaires before the workshops (T0) and after the workshops (T1), and participants in the experimental group also completed a follow-up assessment (T2) and a semi-structured research interview. The results for the experimental group showed a significant and sustained improvement at follow-up across numerous variables: self-compassion and fear of self-compassion, unconditional self-acceptance, distress tolerance, maladaptive early schemas, body image, and quality of life. By controlling for the specific effect of the intervention compared to the control group, we found an effect on self-compassion, fear of compassion, and distress tolerance. Almost all participants reported a positive experience and engagement with the workshops.

Through this PhD thesis, USA and SC emerge as relevant concepts in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa, which appear to facilitate the transition to recovery through the acquisition of emotional skills. These two concepts address different chronicity factors, prioritised according to the patients' clinical profiles, and provide a better understanding of the barriers and drivers to EDs recovery. This work is pioneering in the theoretical and therapeutic articulation of USA and SC.

Préambule

Ce travail s'inscrit dans la suite d'une première réflexion en master de psychologie, lors d'un stage où j'ai été intriguée par ces étranges troubles alimentaires qui ne semblent répondre à aucun traitement médicamenteux et qui résistent trop souvent aux psychothérapies, toutes approches confondues. Ma pratique clinique en hôpital psychiatrique (unité d'hospitalisation, centre médico-psychologique, centre expert des troubles du comportement alimentaire), en milieu médico-social (centre de santé sexuelle) et en libéral, n'a fait qu'approfondir ces questions. J'ai un grand intérêt pour les pathologies « résistantes » qui agitent les services, où l'impuissance des soignants laisse souvent place à de l'agacement, voire à du rejet de ces patients qui « mettent en échec ». Personnalités limites, dépressions chroniques, anorexies que certains corps supportent durant des décennies en défiant les lois de la nature... La question des émotions insupportables, de la honte et de la détresse, de la recherche d'aide tout en la rejetant ; m'a conduite à me pencher sur le concept de compassion d'abord, et d'auto-compassion ensuite. Le rétablissement, « c'est loin et ça fait peur », disent beaucoup de patientes qui souffrent d'anorexie et de boulimie. Elles nous font comprendre qu'écouter leur corps, ce n'est pas pour tout de suite, qu'il faut d'abord apprendre à se parler différemment, avec moins de critique et plus de douceur. Pour reprendre les mots de Kristin Neff et Christopher Germer (2020), « la motivation de l'auto-compassion vient de l'amour, tandis que la motivation de l'auto-critique naît de la peur. L'amour est plus puissant que la peur » (p. 6). Pour bien comprendre ces troubles et cette conception si sévère que les patientes ont d'elles-mêmes, je ferai dans les pages suivantes quelques pas de côté vis-à-vis de la psychologie pour me rapprocher de l'histoire, de l'anthropologie et de la sociologie, trois disciplines que j'ai également pu côtoyer durant mes études et qui continuent de m'animer. Ces connexions interdisciplinaires me semblent essentielles pour ne pas oublier que les troubles des conduites alimentaires s'inscrivent dans un contexte qui dépasse et enveloppe l'histoire personnelle des patientes.

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) forment une entité nosographique vaste, qui ne décrit pas toujours les mêmes réalités cliniques ni les mêmes processus psychologiques. J'ai choisi de me concentrer sur les troubles aux pronostics les plus graves, et qui convoquent souvent une grande incompréhension, même des équipes soignantes : l'anorexie mentale et la boulimie

nerveuse. Par simplicité et sauf mention contraire, j'utiliserai dans ce travail l'acronyme TCA pour référer uniquement à ces deux troubles, et compte tenu de la prévalence écrasante des femmes dans cette population clinique, j'utiliserai le genre féminin.

Ce travail de thèse est auto-financé, et ma pratique de psychologue dans un service spécialiste des TCA m'a permis d'ancrer mes réflexions de recherche dans mon travail clinique. Cette thèse puise donc dans un constat répété dans ma pratique de terrain : les patientes souffrant de TCA accordent une grande valeur morale à l'auto-critique excessive, et pensent que la douceur est soit une faiblesse, soit quelque chose qu'elles ne mériteront qu'en atteignant la perfection. Or, je pense que la valeur d'un être humain est intrinsèque et inconditionnelle, et les connaissances actuelles démontrent que la bienveillance aide mieux à s'épanouir que la sévérité (Chwyl et al., 2021; Ewert et al., 2021). Alors, comment amener les patientes à se questionner sur leur façon de s'adresser à elles-mêmes ? Comment leur amener l'idée qu'elles (et donc leurs corps) sont dignes de respect, que leurs besoins méritent de l'attention même (et surtout) quand elles se jugent sévèrement, et que leurs exigences personnelles sont irrationnelles et illusoire ? Ces idées sont-elles entendables en tout temps de thérapie ou à certaines étapes clefs du soin ? En d'autres termes, cette thèse cherche à répondre à trois questions :

1. Quelles places ont l'auto-compassion et l'acceptation de soi dans la trajectoire de l'anorexie et de la boulimie ?
2. L'acceptation inconditionnelle de soi peut-elle aider au développement de l'auto-compassion ?
3. Quelle est l'acceptabilité et l'efficacité d'un dispositif de thérapie de groupe basé sur l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi ?

Le premier objectif de cette thèse est d'explorer, dans la population française et limitrophe francophone, les liens entre symptomatologie anorexique/boulimique, facteurs émotionnels et cognitifs de maintien, auto-compassion, et acceptation inconditionnelle de soi.

Le deuxième objectif est de concevoir, expérimenter, et évaluer un dispositif thérapeutique de groupe basé sur ces nouvelles connaissances, à destination de patientes hospitalisées.

Cette thèse est dite « par articles », elle comportera donc des redondances inévitables d’une introduction d’article à l’autre, mais ce format permettra également de filer la logique de cette recherche, chaque article se construisant sur les réponses du précédent. Nous avons donc réalisé au fur et à mesure de son avancée des communications à des congrès/colloques, des publications, et obtenu le second Prix de de la Fondation Sandrine Castellotti, récompensant les innovations thérapeutiques pour les troubles des conduites alimentaires.

Dans un premier temps, **la partie théorique** aura pour but de faire un état des lieux (non exhaustif) des connaissances générales sur les troubles des conduites alimentaires, sur l’auto-compassion et sur l’acceptation inconditionnelle de soi.

La partie empirique présentera dans un deuxième temps trois études réalisées au cours de ce doctorat. Un premier travail présentera l’intérêt théorique de l’acceptation inconditionnelle de soi (AIS) et de l’auto-compassion (AC) dans le cadre des troubles des conduites alimentaires, notamment la façon ces construits peuvent répondre à plusieurs freins au rétablissement identifié dans la littérature. Une deuxième étude explorera les liens entre AIS, AC et symptomatologie alimentaire, et donnera aussi la parole aux participantes souffrant ou ayant souffert de TCA, en questionnant la perception qu’elles se font de ces deux concepts. Une troisième étude se centrera sur le cœur de cette recherche : l’évaluation d’un dispositif thérapeutique groupal basé sur l’AC et l’AIS auprès de patientes hospitalisées pour TCA, en leur donnant une nouvelle fois la parole vis-à-vis de leur vécu de ces ateliers.

Enfin, une **discussion générale** regroupera les résultats de ces trois études afin d’en tirer une compréhension plus fine du rôle de l’AC et de l’AIS dans le rétablissement des TCA, de soulever des pistes pour de futurs travaux, et de proposer des recommandations pratiques pour les psychothérapeutes souhaitant s’inspirer de ces concepts et des approches dont ils sont issus.

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre 1 : l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse

1. Généralités : de quoi parle-t-on ?

Un peu d'histoire

Malgré leur apparente modernité, les troubles des conduites alimentaires sont anciens, et des pratiques semblables à l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse sont mentionnées tout le long de l'histoire. Si la pratique du jeûne, notamment rituel, est décrite durant l'antiquité et le haut Moyen Âge dans les cultures du bassin méditerranéen et d'Asie (Bemporad, 1996), elle concerne principalement des hommes saints influents. C'est au Moyen Âge central que les mentions de jeûnes féminins affluent à travers le terme d'*anorexia mirabilis*, décrivant une forme d'ascétisme religieux caractérisé par une conduite de jeûne chronique, parfois accompagné de vomissements, et conduisant souvent au décès (Davis & Nguyen, 2014; Brumberg, 2000; Bynum, 1998). On peut bien sûr citer Catherine de Sienne (XIV^{ème} siècle), qui, suite à la mort en couches de sa sœur, refuse le mariage et se livre à des pratiques pénitentielles extrêmes (jeûne, vomissement, port de la cilice, auto-mutilation), mais aussi Pélagie d'Antioche/Frère Pelage (IV^{ème}-V^{ème} siècle), ancienne prostituée devenue moine travestie et morte d'inanition, ou encore Marie d'Oignies (XII^{ème} – XIII^{ème} siècle), femme mariée refusant la sexualité qui pratiquait à la fois jeûne chronique et la mortification. La dimension religieuse dans l'attitude de ces jeunes femmes est presque toujours mise en avant dans les écrits historiques, mais le refus du mariage et des rôles sociaux féminins de leur époque est tout aussi souvent le point de départ de l'acte de cesser de s'alimenter.

Il serait anachronique d'utiliser le terme d'anorexie mentale pour ces cas de figure aux contextes socioculturels très différents de l'époque moderne¹, mais nous pouvons retenir des similitudes indiquant un continuum entre « anorexie sainte » et « anorexie mentale », non seulement à travers le jeûne auto-imposé, mais aussi par rapport à d'autres éléments que l'on retrouve dans le discours des patientes du XIX^{ème} siècle : idéal de pureté, sentiment de supériorité dans la maîtrise du corps, perfectionnisme, recherche d'auto-punition, rejet des injonctions sociales féminines, ou encore réactions à des traumatismes sexuels (Brumberg, 2000; Bynum, 1998).

Concernant la boulimie, si quelques comportements purgatifs sont décrits dans ces cas de jeûne, le fait d'ingérer de grandes quantités de nourriture puis de compenser cet acte trouve également des traces dans l'histoire. D'abord décrite comme de la gloutonnerie chez Sénèque et Celse qui rapportent le faste des banquets romains (« *ils vomissent pour manger, mangent pour vomir* » (Badel, 2012)), d'autres écrits dont celui du médecin Lazare Rivière évoquent la « faim de chien » (*De fame canina*), un appétit insatiable suivi de vomissements, qui agite certains sujets suite à des événements douloureux (Di Fiorino et al., 2009).

Peu à peu, les descriptions de femmes cessant de s'alimenter changent, et sont perçues après la Renaissance comme des maladies à comprendre à la lumière de théories scientifiques et non plus religieuses. La seconde apparition historique d'un phénomène se rapprochant de l'anorexie mentale se situe donc entre la Renaissance et l'époque moderne, via des descriptions de John Reynolds et de Richard Morton au XVII^{ème} siècle sous le terme de *phtisis nervosa*. Ce terme décrit d'abord une perte d'appétit et un état d'amaigrissement sans cause organique, puis est appelé au fil des siècles par d'autres noms : sitophobie, chloro-anorexie, hystérie apépsique... Au XIX^{ème} siècle, l'anorexie mentale est définie plus clairement par les médecins Ernest-Charles Lasègue, William W. Gull, Louis-Victor Marcé et Charles Huchard, jusqu'à donner à la maladie son nom moderne en 1883. Ces médecins dépeignent des patientes refusant de s'alimenter tout en présentant

¹ On peut cependant mentionner un cas permettant de croiser ces deux anorexies : Jeanne, une jeune fille née en 1948 ayant entamé un jeûne chronique dès l'âge de 13 ans dans l'objectif de devenir sainte, mais qui reconnaissait également une peur de prendre du poids et une dysmorphophobie (Davis & Nguyen, 2014).

une obsession pour la nourriture, une hyperactivité motrice, et une absence de conscience du trouble et de ses conséquences somatiques (Bemporad, 1996). L'anorexie mentale (sous sa forme restrictive et purgative) est le premier trouble du comportement alimentaire à être repéré comme une pathologie psychiatrique, et un siècle plus tard, le psychiatre Gerald Russel en définit une « variante » qu'il nomme boulimie nerveuse. Les autres troubles du comportement alimentaire (hyperphagie boulimique, trouble de l'alimentation sélective et évitante, Pica...) reconnus aujourd'hui par les classifications occidentales sont également décrits au fil du XX^{ème} siècle, et les formes subcliniques comme l'orthorexie éveillent de nouvelles questions (Dajon & Sudres, 2022 ; Goutaudier & Rousseau, 2021).

Manifestation de pénitence spirituelle, symptôme de mélancolie, symptôme post-traumatique ou encore fuite de la féminité, les motivations sous-tendant l'acte de refuser de se nourrir sont différentes selon le contexte socioculturel des précédents siècles. Dans les sociétés occidentales du XIX-XX^{ème} siècle où la nourriture abonde à nouveau chez les strates aisées de la population et où les vêtements s'ajustent à la silhouette, celle-ci devient un marqueur social, et la minceur préoccupe pour la première fois les femmes (Perez, 2024; Calogero et al., 2007). Depuis, cette tendance n'a fait que s'accroître et c'est aujourd'hui la peur d'être perçue comme grosse (et tout ce que cela veut dire socialement) qui est au premier plan du discours des patientes, ce qui marque une rupture avec les formes pré-industrielles des troubles des conduites alimentaires. La conception du monde change, et le langage avec : ne pas répondre aux besoins du corps passe d'un référentiel de pureté à un référentiel de contrôle. Dans le premier, ne pas manger permet de s'immatérialiser, d'abandonner un corps source de vices ; dans le second, ne pas manger permet de performer un idéal, de maîtriser un corps perçu comme un objet de représentation.

Définitions contemporaines et épidémiologie

L'anorexie mentale est aujourd'hui définie par la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) comme un trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, une peur de grossir, et une dysmorphophobie. Elle peut être de type restrictif (restriction alimentaire et/ou exercice physique), ou de type boulimique (alternance entre restriction et ingestion massive de nourriture puis conduites compensatoires : vomissements provoqués, laxatifs, exercice physique...). Pour le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5 TR), les

critères de l'anorexie sont composés d'une triade : (1) Restriction de la prise alimentaire aboutissant à un poids trop faible ; (2) Peur intense de prendre du poids ou comportement persistant qui empêche la prise de poids ; (3) Perturbation de l'image corporelle ou déni de la gravité de la maladie. Les chiffres sont variables, mais la prévalence de l'anorexie au cours de la vie peut être estimée entre 0,8 et 6,3% chez les femmes et entre 0,1 et 0,3% chez les hommes (Silén & Keski-Rahkonen, 2022), avec deux pics d'apparition : un autour de 14-15 ans (changements pubertaires, relations aux pairs plus sexualisées) et un autre autour de 18 ans (aube de la vie adulte et crainte de l'autonomie) (Voyer et al., 2017). D'après l'Inserm (2020), l'anorexie mentale dure en moyenne un à trois ans, et se résorbe pour près de la moitié des patientes, mais 33% n'atteignent qu'un rétablissement partiel, 21% se chronicisent, et 5% décèdent. D'après une méta-analyse plus récente, on observe un rétablissement total dans 45% des cas, un rétablissement partiel dans 24% des cas, et une chronicisation dans 23% des cas (Solmi et al., 2024). La mortalité des personnes souffrant d'anorexie mentale est cinq fois supérieure à la population générale, ce qui constitue le plus haut taux de mortalité des pathologies psychiatriques (Krug et al., 2025), notamment vis-à-vis des conséquences somatiques de la dénutrition mais aussi du risque accru de suicide. La prévalence de l'anorexie mentale est stable depuis plusieurs décennies, mais on note une augmentation des formes plus précoces (avant 15 ans, voire avant la puberté) (van Eeden et al., 2021), et une sensibilité de la prévalence du trouble aux facteurs environnementaux tels que la période du COVID-19 (Tavolacci et al., 2022).

La boulimie nerveuse est quant à elle caractérisée par des accès répétés d'hyperphagie auxquels succèdent des comportements compensatoires, avec là aussi une préoccupation excessive du poids et une dysmorphophobie, mais le poids reste dans la norme. Le DSM-5 TR propose une autre triade diagnostique : en moyenne au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois : (1) Accès hyperphagiques récurrents accompagnés d'un sentiment de perte de contrôle sur son alimentation ; (2) Comportement compensatoires récurrents inappropriés pour compenser ces accès et stabiliser le poids corporel ; (3) Estime de soi fortement influencée par le poids et la silhouette. Moins de revues de littératures sont conduites à propos de la boulimie, mais les plus récentes estiment la prévalence au cours de la vie à 0,8 à 2,6% pour les femmes et à 0,1 à 0,2% pour les hommes (Silén & Keski-Rahkonen, 2022), et identifient un pic d'apparition autour de 20 ans. La boulimie nerveuse semble prendre plus fréquemment la forme d'un trouble épisodique plutôt que chronique,

montrant des taux similaires de rétablissement total (autour de 46%), de plus hauts taux de rétablissement partiel (autour de 40%), mais présente des risques plus élevés de rechute que l'anorexie mentale (31% contre 25%) (Solmi et al., 2024). Les personnes souffrant de boulimie nerveuse ont une mortalité deux fois plus élevée que la population générale (Krug et al., 2025), notamment vis-à-vis des conséquences cardiaques des vomissements répétés (hyponatrémie et hypokaliémie) et du risque accru de suicide.

De par leur forte similarité clinique, leur fréquente continuité dans l'évolution pathologique des patientes, leur traitement souvent conjoint dans les espaces de soin, et leur important risque de chronicisation et d'impact somatique, ce travail de thèse se concentre sur ces deux troubles.

Les causes de l'anorexie et la boulimie questionnent, en témoignant la littérature ancienne et riche sur le sujet. Nous ne ferons pas ici de revue exhaustive des différentes conceptualisations étiologiques de ces troubles, mais nous tenterons de faire dialoguer des visions issues de différentes approches psychologiques, afin de mieux comprendre ce qui se joue souvent en amont et en maintien de l'anorexie et la boulimie.

2. La trajectoire développementale de l'anorexie et de la boulimie

Entre les premières descriptions psychopathologiques de ces troubles et aujourd'hui, de nombreux chercheurs et chercheuses se sont attelées à essayer d'en comprendre les mécanismes d'apparition et de maintien.

Un développement précoce entravé du Soi

Certaines trajectoires développementales précoces semblent être des facteurs de risques importants dans le développement de troubles du comportement alimentaire futurs, et tout particulièrement certaines particularités du développement psycho-affectif entravant l'apprentissage sensoriel et émotionnel (Oldershaw et al., 2019 ; Amianto et al., 2016).

Les expériences émotionnelles primaires émergent d'activation internes (par exemple : gêne physique de la sensation de faim) ou externes (par exemple : détresse à voir sa mère quitter la pièce), et cette activation suppose d'être perçue par une conscience intéroceptive (c'est-à-dire des sensations internes) pour pouvoir être correctement traitée cérébralement (Barrett et al., 2007 ;

Greenberg, 2004). Pour comprendre ces informations nouvelles, le bébé a besoin d'aide. Les travaux de John Bowlby permettent de mieux saisir le rôle central de l'accordage mère-enfant dans l'acquisition d'un sens de soi stable et d'un mode de relation sécuritaire. En répondant de façon adaptée à ses expériences émotionnelles, la figure d'attachement primaire de l'enfant lui permet d'identifier, comprendre, et exprimer ses ressentis, et ce faisant, de former une conception cohérente de soi, des autres, et du monde (Bowlby, 1969). Une perception adaptée de ses sensations physiques permet donc un premier niveau de perception émotionnelle puis de conscience de soi-même, et le sens donné à ces expériences est fondamental pour construire un sens de « Soi » à la fois matériel et émotionnel (Seth, 2013 ; Damasio, 2003), différencié de celui de son parent. Le Self, ou Soi, est défini différemment selon l'approche théorique, nous choisirons ici de le définir comme une représentation interne stable de son identité, basée sur des stimuli internes et externes et permettant de coordonner différentes fonctions (sensorielles, émotionnelles, cognitives, sociales) (Northoff, 2013). La petite enfance est une période cruciale pour le développement du Soi, à travers des expériences répétées permettant l'acquisition de la séparation-individuation, c'est-à-dire tout ce qui permet à l'enfant de faire la différence entre le *Soi* et le *non-Soi*, entre lui et l'autre, et donc que son corps est bien le sien et une composante de son identité (Blatt & Blass, 1990).

Hilde Bruch, qui a consacré une grande partie de son travail à l'accompagnement de l'anorexie, considère la perception intéroceptive altérée comme un facteur prédisposant des troubles des conduites alimentaires. Soit parce que la figure d'attachement de l'enfant lui impose son interprétation de ses sensations et besoins au détriment de l'exploration propre de l'enfant, soit parce que l'enfant présente de base un défaut intéroceptif que ses parents viennent combler (Bruch et al., 1975). C'est ce qui est fréquemment observé dans l'anorexie du nourrisson et du petit enfant, parfois prédicteur de troubles des conduites alimentaires futurs (Cascales & Olives, 2016). Bruch considère que cette entrave à l'appropriation de ses éprouvés corporels et émotionnels fragilise l'identité de l'enfant et l'empêche de développer son autonomie.

L'adolescence intervient comme une nouvelle occasion d'individuation-séparation mais aussi comme une période particulièrement vulnérable où les différents bouleversements physiques, psychiques et sociaux sont difficilement affrontables pour une personne qui n'était déjà pas en

mesure de bien comprendre ses éprouvés sensoriels et émotionnels. Comme l'expliquent Anna Oldershaw et col. (2019) :

« pour quelqu'un qui entre dans cette phase de la vie avec une faible conscience de ses émotions et un besoin de plaire aux autres, ces défis sont amplifiés et peuvent être exacerbés par les schémas familiaux. L'émergence de l'identité dans ce contexte est particulièrement susceptible de dépendre de sources d'évaluation et de validation externes ».

Différentes études qualitatives vont dans ce sens, les participantes souffrant de troubles des conduites alimentaires rapportant fréquemment un clivage psycho-corporel (Skårderud, 2007), une impossibilité de symboliser ce qu'il se passe à l'intérieur de leur corps quand elles mangent (Durif-Bruckert, 2003) et une grande difficulté à comprendre leurs expériences internes (Tapajóz P. de Sampaio et al., 2013). Face à ce problème, les patientes ont tendance à utiliser le trouble alimentaire comme un repère identitaire fiable, rassurant car rigide et validé par le regard extérieur. En complément de précédents travaux psychanalytiques (Corcos, 2015 ; Jeammet, 2011 ; Bruch, 1979), Oldershaw propose donc une grille de lecture développementale des troubles du comportement alimentaire : un accordage pauvre et un attachement insécure ne permettant pas d'explorer un sens de Soi différencié de ses figures d'attachement ne pourra pas permettre à l'adolescente d'expérimenter, comprendre et exprimer sereinement ses affects. Ceci conduit à une dysrégulation émotionnelle importante qui poussera à l'adoption de stratégies de régulation évitantes, elles-mêmes entretenant une intolérance à la détresse et rigidifiant des schémas cognitifs inadaptés, et donc le besoin toujours plus rigide d'utiliser ces stratégies (Oldershaw et al., 2019).

Il devient alors clair qu'un déficit dans ce développement intéroceptif, émotionnel, et identitaire, fragile grandement les fondations du développement psycho-affectif. Un déficit intéroceptif, un style d'attachement insécure ainsi qu'une dysrégulation émotionnelle sont établis comme des facteurs importants de développement et de maintien des troubles du comportement alimentaire (Eibl & Nicoleta Turliuc, 2025; Henderson et al., 2021 ; Duffy et al., 2019; Gander et al., 2015; Oldershaw et al., 2015 ; Tasca & Balfour, 2014 ; Seth, 2013). En résulte une forte association entre TCA et alexithymie (Corcos & Dupont, 2008), intolérance à la détresse (Rand-Giovannetti, 2019), et schémas précoces inadaptés (notamment Imperfection, Dépendance/incompétence, Assujettissement, et Surcontrôle émotionnel) (Maher et al., 2022). Les émotions sont perçues par

les patientes comme floues, intenses, et dangereuses, et l'alimentation s'en retrouve troublée, tant dans la restriction que dans l'hyperphagie, ce qui peut apparaître comme une stratégie de régulation émotionnelle pour éteindre, étouffer, ou anesthésier ces éprouvés si craints.

Les troubles des conduites alimentaires sont des illustrations frappantes de ce que l'économie psychique peut coûter au corps. Dans la pratique clinique, on observe une présentation particulière des patientes, qui semblent (sur)vivre dans une ambivalence indicible entre désirs et rejets, et entre contrôle et passivité. « *La dépression est liée à la perte de l'objet contre laquelle prévient l'angoisse. Ici, il n'y a ni dépression, car pas d'identification narcissique, ni angoisse, car pas de déploiement agressif* », remarque Serge Lebovi (1972) en parlant de l'anorexie. La plupart des auteurs s'accordent sur ce constat d'une identité absente, ou masquée voire perdue, et de la sorte de pause (illusoire) dans le temps que permet l'anorexie. D'autres envisagent plutôt de multiples angoisses camouflées par cette torpeur, notamment celle de la perte et de la séparation. Le développement altéré du Soi constitue un déséquilibre effrayant qui nécessite compensation : les patientes cherchent à prouver leur existence à travers la recherche de réussite (hyperactivité physique, hautes exigences intellectuelles, rigidité et discipline de fer face à leurs interdits). Ce fonctionnement anxieux (car la peur de l'échec est toujours là) prendrait donc pour ces auteurs la forme d'une « performance défensive » (Vibert & Chabert, 2022) permettant d'éviter l'effondrement dépressif qui guette. Ce fonctionnement est rarement tenable sur le long-terme, ce qui peut en partie expliquer la fréquente bascule de l'anorexie vers la boulimie dans l'histoire de vie des patientes.

Des relations intrafamiliales particulières

Si les conditions familiales ne permettent pas le développement d'un sens de Soi stable et d'un attachement sécure, c'est-à-dire n'ont pas les conditions nécessaires pour que l'enfant puisse exprimer sereinement ses affects et les réguler grâce au cadre bienveillant et fiable de ses parents, alors son développement psychoaffectif peut être perturbé. John Bowlby décrit trois types d'attachements insécures : détaché (face à des parents froids ou absents, l'enfant apprend à inhiber ses affects), anxieux (face à des parents trop expressifs, perçus comme non contenant, les affects de l'enfant débordent), ou ambivalent (une alternance entre ces deux attitudes). L'attachement insécure est consensuellement identifié comme un facteur d'entrave du développement de

compétences émotionnelles, et est un risque majeur d'alexithymie (Gilbert et al., 2011) et d'apparition de troubles psychiques ultérieurs, dont les troubles des conduites alimentaires (Amianto et al., 2016 ; Tasca & Balfour, 2014 ; Fairburn et al., 2005).

Pour préciser la nature de cette insécurité affective, différents travaux ont pu observer les dynamiques familiales des patientes souffrant de TCA. La plupart des autrices et auteurs ayant travaillé sur les troubles des conduites alimentaires, et particulièrement l'anorexie, repèrent également des dynamiques particulières souvent observés dans les familles de patientes, au point d'en dépeindre une famille « type » caractérisée par une valorisation du conformisme, de la performance, et du contrôle des affects (Bruch, 1979). Il convient de rappeler que s'il s'agit de profils familiaux souvent retrouvés dans la clinique des troubles des conduites alimentaires, toutes les familles de patientes anorexiques et boulimiques n'y ressemblent pas, et toutes les familles présentant ces caractéristiques ne conduisent pas à l'apparition de ces troubles. A ce jour, les recherches récentes s'accordent à nuancer ces anciennes observations cliniques, mais certaines dynamiques relationnelles restent néanmoins pertinentes pour une part importante des patientes.

Donald Winnicott (Houssier & Vlachopoulou, 2019) rapporte chez ces familles un surmoi écrasant, façonné par les identifications projectives parentales qui empêchent le développement serein du Soi, et contraignent les adolescentes anorexiques à museler leurs désirs, leurs besoins, et leurs limites, au point de ne plus pouvoir y accéder. Évelyne Kestemberg et Simone Decobert (Kestemberg et al., 1972) poursuivent cette observation, expliquant le surinvestissement académique des patientes par une terrible angoisse de performance, derrière laquelle se cache souvent une recherche d'approbation et d'affection parentale, celle-ci leur semblant conditionnée par la réussite (scolaire, musicale, sportive...). Maurice Corcos et Marie-Estelle Dupont ajoutent :

« Être en tête de la classe n'est pas une manière d'être la meilleure, mais seulement de calmer un idéal du moi qui exige du sujet un paiement comptant, quels que soient les effets de la dénutrition. Il ne s'agit pas d'arrogance, seulement de survivre narcissiquement : il lui faut partout être la première, être la plus maigre, la plus sportive, la plus active, la plus efficace, la plus irréprochable, "exceller ou mourir" » (2008).

Les cliniciens et chercheurs d'approche systémique éclairent sur ce fonctionnement familial à haut degré de perfectionnisme. Hilde Bruch est l'une des thérapeutes ayant le plus exploré cette

question du lien entre les relations familiales et l'alimentation troublée, constatant des relations mère-fille marquées par une anticipation systématique des besoins, où l'enfant n'a donc pas l'occasion d'apprendre à écouter ses signes physiologiques et émotionnels. En n'apprenant pas à exprimer ses besoins, la séparation d'avec la mère est difficile car l'enfant est dépendante de celle-ci pour comprendre son monde interne. La base nécessaire au développement d'un Soi clairement défini et autonome est absente, et donne lieu à la place au développement d'un faux-self, c'est-à-dire une présentation de soi soumise aux attentes de l'Autre (Winnicott, 1970). D'après Bruch (Bruch et al., 1975), c'est à l'arrivée de la puberté que ce Soi entravé et dépendant des désirs de l'autre montrera ses limites : les bouleversements psychiques et physiques sont trop importants. L'adolescente qui n'a pas intégré les signaux de son corps comme venant d'elle-même et comme compréhensibles, perçoit la puberté comme une force extérieure qui la menace, et elle va chercher à contrôler ce corps qui lui échappe.

Dans une approche systémique, Mara Selvini Palazzoli (Palazzoli et al., 2002) complète cette grille de lecture du trouble, l'identifiant comme jouant un rôle à la fois de maintien d'une homéostasie familiale fragile (*si je suis malade, alors ma famille doit rester soudée autour de moi*), et à la fois de lutte contre le fonctionnement de celle-ci (*parce que je suis malade, nos liens sont bouleversés et ces tensions me permettent de m'affirmer*). Elle décrit des familles aux conflits larvés car menaçant l'intégrité familiale, et chez qui la surprotection des uns et des autres entraîne nécessairement un conformisme rigide où l'enfant ne peut pas s'autonomiser. Salvador Minuchin (1978) peint un portrait familial similaire où les membres fonctionnent en vas-clos, de façon fusionnelle et enchevêtrée, où la loyauté familiale ne permet pas d'accueillir la conflictualisation inhérente à l'adolescence et donc au processus d'individuation et d'autonomisation de la patiente. Si l'autonomisation (le « être ») n'est pas possible, elle n'aura d'autres choix que de trouver de la substance ailleurs, dans le « faire » et le contrôle perfectionniste. D'après Maurice Corcos, cet investissement massif de rituels et de règles rigides se cristallise peu à peu autour de ce qui est à la fois le plus facilement maîtrisable et ce qui symbolise le mieux la recherche d'affect : ce qui entre et qui sort du corps, ce qui le nourrit ou le prive, pour peu à peu se figer dans une restriction à la fois des apports alimentaires, du poids, et des relations (Corcos, 2015).

Pour comprendre cette rigidification, Corcos propose de voir le trouble alimentaire restrictif comme un mécanisme de défense de formation réactionnelle, c'est-à-dire une canalisation des

éprouvés sensoriels, émotionnels et relationnels, vécus avec incompréhension et honte, par l'abnégation et l'ascétisme. L'adolescence étant une nouvelle étape de séparation et d'individuation, la jeune fille ayant jusque-là vécu avec un faux-self est perdue face à ses nouveaux désirs, perçus comme une avidité (du plaisir alimentaire, des relations amicales, des expériences, de la sexualité...) qui menace son autonomie (Jeammet, 2011). Accéder à ces désirs demande une alternance entre séparation et réassurance parentale qui n'est possible qu'avec un attachement sécure : chercher l'autonomie, tout en sachant que le refuge parental est bien là, comme un nid sécurisant dans lequel il est possible de faire des allers-retours. Mais comment envisager de se séparer quand l'attachement est déjà si fragile, et l'identité si atrophiée ? Pour reprendre des travaux plus récents, cet attachement insécure, résultat de dysfonctionnements familiaux, semble être le premier domino entraînant la cascade des autres : l'enfant est en difficulté pour réguler ses états internes sans la sécurité affective de ses parents, la puberté bouleverse son fonctionnement déjà précaire, le trouble alimentaire permet de trouver un sens de Soi externalisé dans l'image corporelle et le regard de l'autre, entraînant enfin un sentiment positif de contrôle et de valeur. Cependant, les conséquences physiologiques du trouble conduisent à des affects anxio-dépressifs que l'adolescente ne peut toujours pas réguler, la conduisant à se montrer de plus en plus rigide dans son fonctionnement, créant un cercle vicieux d'évitement émotionnel qui l'empêche de s'épanouir (Lamas et al., 2012 ; Tasca et al., 2011). Retrouver un réel sentiment de maîtrise, d'indépendance, et de confiance en son identité, semble donc l'étape préalable au rétablissement somatique (Ghosh, 2025 ; Treasure & Cardi, 2017 ; Bruch, 1979). Sans cela, la renutrition est contrainte et entérine les patientes dans l'expérience d'un monde où elles n'ont aucune prise, et les met à risque de glisser dans une manifestation boulimique de leurs symptômes.

Ces descriptions familiales sont pertinentes dans certains cas, mais la variabilité des modèles familiaux modernes observés dans les familles de patientes conduit les thérapies familiales actuelles à moins chercher une étiologie familiale que des facteurs de maintien du trouble dans ces relations, d'abord avec les thérapies familiales précurseuses de Palazolli (Selvini et al., 2003), puis avec le modèle thérapeutique familial plus moderne de Maudsley (Le Grange, 2005).

Un corps féminin scruté par un lourd regard social

L'anorexie mentale et la boulimie nerveuse sont, rappelons-le, des troubles où le corps se fait le théâtre d'une souffrance psychique intense, et tout spectacle a un public. Le corps n'est pas un objet neutre, mais la présentation extérieure de soi soumise aux regards et aux nombreuses règles sociales qui la valident ou non (Breton, 2023). Au-delà des enjeux classiques de l'adolescence (découverte de son corps sexué et investissement de ces changements pubertaires, structuration identitaire, autonomisation), cette période forme un moment pivot de l'existence sociale des jeunes filles, passant d'une recherche de filiation à une recherche d'affiliation. La construction de leur nouveau rôle social, celui d'adultes, certes, mais aussi d'adultes *femmes*, implique de nombreux enjeux qui dépassent leur individualité et leur famille :

« l'expérience vécue par ces jeunes filles conduit à penser que [leur] corps se situe dans un entre-deux : entre l'enfance et l'âge adulte, entre le féminin et le masculin » (Tinat, 2008)

Ces deux troubles concernant dans l'écrasante majorité des filles et des femmes, se pose nécessairement la question de l'influence du genre dans le développement de ces pathologies alimentaires et corporelles (Valls et al., 2013). Pour les conceptions sociologiques féministes, le genre, c'est-à-dire le « sexe social » (Delphy et al., 2012) ou les « rapports sociaux de sexe » (Kergoat, 1992), est envisagé comme « l'ensemble de ce qui, des différences entre les sexes, apparaît comme social et arbitraire » résultant d'un système permettant une « division hiérarchique de l'humanité en deux moitiés inégales » (Delphy, 2013). Le développement entravé du sens de Soi dont nous parlions plus tôt n'est pas uniquement influencé par des dysfonctionnements familiaux ou psycho-affectifs, mais aussi par un contexte social qui défavorise l'affirmation des enfants de sexe féminin dans leur développement. Très tôt, ce contexte les pousse à se conformer autant que possible à un idéal féminin valorisé (penser aux autres avant soi, être généreuses, gentilles, douces, ne pas faire de bruit, ne pas déranger...), au détriment du développement de leur identité propre, et il est attendu de ces petites filles qu'elles entretiennent ce fonctionnement dans leurs relations futures (Jack, 2011).

De par leur population quasi-exclusivement féminine, certaines chercheuses dépeignent l'anorexie et la boulimie comme des manifestations bruyantes de ce conditionnement social (Laws, 1979). Pour ces autrices, sans Soi clair et autonome, les jeunes filles et femmes deviennent dépendantes

du regard des autres, et principalement des hommes, pour maintenir un sentiment de valeur sociale. La manipulation de leur propre corps au détriment de leurs besoins et au bénéfice d'un sentiment de valeur attribué en fonction de leur minceur, a été théorisé comme la manifestation d'une expérience culturelle où les femmes expérimentent le monde non pas en « étant un corps », mais en « ayant un corps » qu'il faut contrôler (Boskind-Lodahl, 1976). Cette aliénation du corps par une intériorisation des injonctions sociales faites à leur sexe (c.-à-d. le genre) entraîne une pathologie du contrôle double : à la fois physique (le poids, la silhouette, les sensations corporelles de faim, de douleur, de désir) et psychique (négarion de ses émotions, de ses besoins et envies perçus comme égoïstes ou débordantes). Sans Soi, pas de sécurité interne ni de confiance en ses propres capacités de régulation, alors le contrôle devient nécessaire pour baliser une menace de débordement constant chez les patientes (qui s'illustre par des biais de surgénéralisation comme « *si je m'autorise ce biscuit, je vais manger jusqu'à devenir obèse* »).

Pour Marylin Lawrence (1979), ce contrôle est pour les patientes une façon de « *résoudre leur impuissance et leur dénigrement social en tant que femmes, en s'engageant dans une lutte interne pour la maîtrise de soi. Cette lutte, c'est un effort de transcendance du corps qui les avilit, afin d'atteindre le respect de soi par l'abnégation* ». En complément de cette interprétation, d'autres autrices voient dans ce contrôle une forme de muliébrité, c'est à dire une conduite de soumission volontaire aux injonctions faites aux femmes afin d'éviter toutes représailles sociales (Molinier, 2002 ; Dejours, 2000). Performer les injonctions sociales féminines serait alors une stratégie d'adaptation pour en tirer quelque bénéfice, celui d'un positionnement social, en lieu et place d'un Soi affirmé (Holmes, 2016). Autrement dit :

« *Le pouvoir, au centre de l'anorexie, n'est pas acquit en investissant le monde, mais en se tournant vers l'intérieur pour exercer un contrôle de soi. Alors, contrôler son poids est perçu par ces femmes comme un substitut à l'exercice d'un réel pouvoir sur leur vie et leurs difficultés sur lesquelles elles n'ont aucun contrôle* » (Dittmar & Bates, 1987).

Performer, donc, mais à l'extrême : pas seulement être mince, mais être la plus maigre possible, pas seulement s'effacer dans les relations, mais effacer son corps lui-même, pas seulement être disponible pour les autres, mais aller jusqu'à leur préparer des festins sans y toucher une miette. Chez certaines patientes, souvent celles chez qui le désir a été si entravé qu'il en devient presque inexistant, la restriction se cristallise, tandis que pour celles chez qui l'ascétisme est une torture,

les crises de boulimie sont le seul espace de plaisir acceptable, à condition de l'annuler vite. Ces conceptions théoriques trouvent écho dans les perceptions que les femmes « tout-venant » ont de leur corps et de la nourriture, mais aussi des femmes souffrant ou ayant souffert de troubles des conduites alimentaires (Malka, 2025).

Pour aller plus loin, d'autres travaux proposent de voir l'anorexie comme l'expression d'une forme de dysphorie de genre. Certaines adolescentes percevraient avec malaise et insécurité l'identité sociale féminine, et s'engageraient dans l'anorexie en y trouvant une ambivalence leur permettant à la fois de performer le genre féminin (finesse, délicatesse, abnégation, passivité) et de le rejeter (effacement des formes féminines, mise en pause du développement sexuel, rejet des relations amoureuses, aménorrhée) (Mahowald, 1992). Plusieurs études qualitatives vont dans ce sens, relevant chez certaines patientes un discours de misogynie intériorisée perceptible à travers la détestation de tout attribut féminin physique, qu'elles associent à des stéréotypes moraux négatifs (Bordo, 1993) ou à une condition sociale indésirable (Holmes, 2016). Comme le résume Rebecca Lester :

« Les femmes anorexiques ne sont pas individuellement malades - elles ont simplement été de bonnes élèves de leur culture [...] Se sentant détachée de son corps (qu'en tant que femme, elle a été conditionnée à considérer comme une marchandise), l'anorexique se délecte de cette séparation, s'éloignant de plus en plus de sa « féminité » et embrassant le moi « masculin » désincarné, détaché, logique, intellectuel, moralement et spirituellement supérieur que sa culture vénère. [...] Il est préférable de considérer son corps de femme comme une prison, qui retient son moi « masculin », par ailleurs brillant et resplendissant. Elle - son moi intérieur - n'est pas le corps féminin mou, rond et charnu qu'elle porte sur elle - son « vrai » moi transcende le physique et la haine, la tension sexuelle et l'anxiété que son corps suscite chez les autres. Elle est au-dessus, à l'extérieur, à l'écart de tout jugement porté sur cette chair qui n'est pas la sienne. La ténacité avec laquelle elle s'accroche à cette croyance, la rage et la destruction qu'elle dirige contre son corps et ses « trahisseurs » de féminité (seins, hanches, ventre) ne me disent pas que la femme anorexique est aliénée ou détachée de son corps. En fait, ils me disent tout le contraire - qu'elle est douloureusement consciente qu'elle, culturellement parlant, est son corps de femme et tout ce qu'il véhicule. » (1997)

La minceur est perçue dans les sociétés occidentales de deux façons opposées qui existent simultanément : à la fois associée à une idée de maîtrise de soi, de sophistication, d'intellect, et à la fois à une idée de fragilité, de soumission et de superficialité (McBride & Kwee, 2021). Pour Lester, plus une patiente tente d'échapper à la féminité en s'affamant, plus, paradoxalement, elle s'y conforme. Et à l'inverse, plus elle cherche à incarner la féminité en s'affamant, plus elle s'en éloigne. Coincé dans cette aporie, son corps reste encore un objet de regard et de jugement social. C'est face à cette impasse que la maladie perd son bénéfice psychique et devient un poids terriblement lourd pour les patientes, qui reconnaissent alors leur lassitude et leur paradoxe, et peuvent donc enfin accepter de s'investir dans les soins.

La trace des traumatismes

La souffrance liée à la socialisation féminine est parfois marquée dans la chair, par le biais de violences sexistes ou sexuelles (harcèlement sexiste, agression physique, cyberviolence sexuelle, agression sexuelle, mutilation génitale, viol). L'association entre traumatismes sexuels et troubles alimentaires est régulièrement constatée dans la pratique clinique, et l'estimation du pourcentage de personnes ayant subi un traumatisme avant l'apparition du TCA se situe autour de 18% à 24% selon les études (Convertino & Mendoza, 2023). Le décalage entre ce qui est constaté sur le terrain par les cliniciens et ce qui est évalué dans ces études questionne. Il peut en partie s'expliquer par deux facteurs : le temps nécessaire à l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique (conditionnant la possibilité d'évoquer l'horreur) n'est souvent pas possible dans les protocoles de recherche, et ceux-ci utilisent l'évaluation des symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT) pour déceler un vécu traumatique, alors que la plupart des personnes traumatisées ne développent pas d'ESPT, ou sur du moyen terme seulement (Trottier et al., 2016) ou présentent un tableau clinique plus proche du traumatisme complexe que du traumatisme unique (Eibl & Nicoleta Turliuc, 2025). Chez les patientes ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques à teneur sexuelle, la symptomatologie alimentaire est fortement intriquée à la symptomatologie traumatique : croyances négatives sur soi et auto-culpabilisation, auto-agressivité corporelle, rituels de purification et recherche de maîtrise, dysrégulation émotionnelle (Mitchell et al., 2021 ; Trottier et al., 2016). Le TCA est alors présenté dans plusieurs recherches, notamment qualitatives, comme une stratégie d'adaptation au traumatisme, par une recherche dissociative et punitive (notamment dans le cadre des troubles purgatifs), et par une recherche

d'inhibition émotionnelle et de reprise de contrôle (notamment dans le cadre des troubles restrictifs). Ce fonctionnement est plus particulièrement observable dans la boulimie, et si la présence de traumatisme ne conditionne pas la sévérité du trouble, sa dimension dissociative est un facteur prédisposant (Eibl & Nicoleta Turliuc, 2025), et elle est généralement prédictrice de plus de comorbidités psychiatriques et de risque de rechute (Convertino & Mendoza, 2023 ; Zelkowitz et al., 2021 ; Groth et al., 2020 ; Brewerton, 2007).

Un corps effracté exige de réparer ses barrières, voire, de se barricader. La question des limites entre le Soi et le non-Soi, entre le dedans et le dehors, est centrale dans les troubles des conduites alimentaires. La nourriture est un perturbateur de cette muraille entre le dedans et le dehors, entraînant une anxiété insupportable. Dans les cas de patientes traumatisées, maîtriser avec la plus grande des rigidités cette ouverture temporaire est la condition pour maintenir l'illusion de contrôle (Lester, 1997). La prise en compte du traumatisme est alors absolument nécessaire dans les soins (Gnatt et al., 2025).

Des traits de personnalités singuliers

Les patientes anorexiques sont historiquement décrites comme étant de tempérament perfectionniste, consciencieux, obsessionnel, anxieux et évitant (Wildes et al., 2011 ; Wonderlich et al., 2005), et comme utilisant des mécanismes de défenses (Chabrol & Callahan, 2018) plutôt tournés vers l'intellectualisation et l'inhibition (Orsolini et al., 2020). La rigidité cognitive est si souvent observée dans les TCA que certaines études plus récentes se sont penchées sur un lien entre anorexie (particulièrement à début précoce) et traits autistiques (trouble du spectre de l'autisme avéré, ou traits subcliniques comme la tendance à la systématisation, la pensée autocentrée limitant les compétences sociales, ou le défaut de cohérence centrale) (Baron-Cohen et al., 2013). Ces traits de personnalités sont moins souvent retrouvés dans la boulimie, les patientes boulimiques étant souvent définies comme plus labiles, extraverties, avec des traits de personnalité limites ou histrioniques (Rousset et al., 2004) et des mécanismes de défenses plus punitifs (Orsolini et al., 2020). L'anorexie et la boulimie semblent également se situer chacune à l'opposé du spectre de la recherche de nouveauté, une forte recherche de nouveauté étant plus souvent associée à la boulimie et à l'alimentation compulsive, tandis qu'un évitement de la nouveauté tend à figer l'anorexie dans le temps (Wagner & Vitousek, 2019). Le consensus actuel

place le perfectionnisme et les traits obsessionnels comme étant les caractéristiques psychologiques les plus fortement associées aux deux troubles du comportement alimentaire (Miles et al., 2025), même si d'autres traits de personnalité (paranoïaque, schizoïde, évitant) moins fréquemment associés aux TCA sont prédicteurs d'un pronostic plus sombre (Muzi et al., 2021).

Si certains traits sont transdiagnostiques (perfectionnisme, traits de personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle) (Wagner & Vitousek, 2019), il est cependant à noter qu'une partie non négligeable des patientes traverseront plusieurs diagnostics de TCA au fil de leur vie, ce qui complique considérablement la recherche de traits prémorbides et spécifiques à tel ou tel trouble. Le tempérament, les traits de personnalité, et les troubles de la personnalité sont considérés comme influençant grandement la trajectoire de chronicisation et de rétablissement des TCA et tendent à être de meilleurs prédicteurs que le diagnostic seul (Muzi et al., 2021 ; Wagner & Vitousek, 2019 ; Wildes et al., 2011). En complément des éléments psychoaffectifs vus précédemment, de nombreuses études s'accordent sur un fondement neurobiologique de tempérament sous-tendant ces traits de personnalité : altération du système de la dopamine et de la sérotonine (via un fonctionnement particulier des régions limbiques et du noyau caudé) influençant l'anxiété, circuits de la récompense dysrégulés entraînant une forte peur de la punition et une grande satisfaction à la perte de poids, ou encore une altération du fonctionnement du cortex insulaire engendrant des déficits intéroceptifs (Kaye et al., 2015).

Concernant la façon de faire face à ces traits, il n'y a pas de consensus sur les mécanismes de défenses les plus utilisés chez les patientes TCA comparativement à la population générale, certaines études repérant une plus grande tendance à l'intellectualisation et à la sublimation, tandis que d'autres retrouvent une grande variabilité interpersonnelle et transdiagnostique, les mécanismes utilisés par les patientes ayant d'ailleurs tendance à changer au cours du traitement psychothérapeutique (Conversano et al., 2023a).

Dans l'ensemble, les différentes recherches sur la personnalité dans les troubles du comportement alimentaire permettent de dégager trois grands groupes de personnalités transdiagnostiques (Levine-Keini & Shalev, 2024 ; Wagner & Vitousek, 2019) : Résilient/Névrotique (psychopathologie assez faible et similaire aux personnes tout-venant, hormis un plus haut degré de perfectionnisme), Sur-contrôlé/Psychotique (rigidité cognitive importante, inhibition, hauts niveaux d'anxiété et d'introversion), et Dysrégulé/Limite (impulsivité, labilité émotionnelle,

attachement ambivalent). Cette conceptualisation plus large à l'avantage d'englober de nombreux éléments à la fois de tempérament et de personnalité, et de dépasser les barrières catégorielles des nosographies psychiatriques.

Des renforçateurs qui maintiennent le trouble

Les troubles du comportement alimentaire ne sont pas des épisodes fugaces d'inconfort avec la nourriture et l'image du corps, mais se cristallisent par le biais de nombreux renforçateurs, qu'ils soient de nature physiologique, cognitive, émotionnelle ou relationnelle.

Au niveau physiologique, le déficit intéroceptif évoqué plus haut conduit à un évitement des sensations intéroceptives par l'intellectualisation et des règles alimentaires. Ces règles, toujours plus rigides, entretiennent le perfectionnisme antérieur au trouble alimentaire et consolident cette incompréhension des patientes envers les signes physiologiques que leur envoient leurs organes (Duffy et al., 2019). L'image corporelle, c'est-à-dire les pensées et affects que les patientes posent sur leur corps, est négative, mais ce jugement s'accompagne aussi d'une perturbation plus inconsciente. Le schéma corporel, c'est-à-dire la représentation sensori-motrice du corps, est altéré par le changement drastique de la silhouette et nécessite du temps pour se réactualiser (Propice et al., 2024 ; Metral et al., 2020). Cette représentation erronée alimente la dysmorphophobie et la recherche vaine de satisfaction corporelle à travers la poursuite d'amaigrissement, car le cerveau des patientes n'a pas le temps de mettre à jour ce schéma corporel. Ce décalage entre réalité du corps et représentation mentale, compromet donc la reprise de poids.

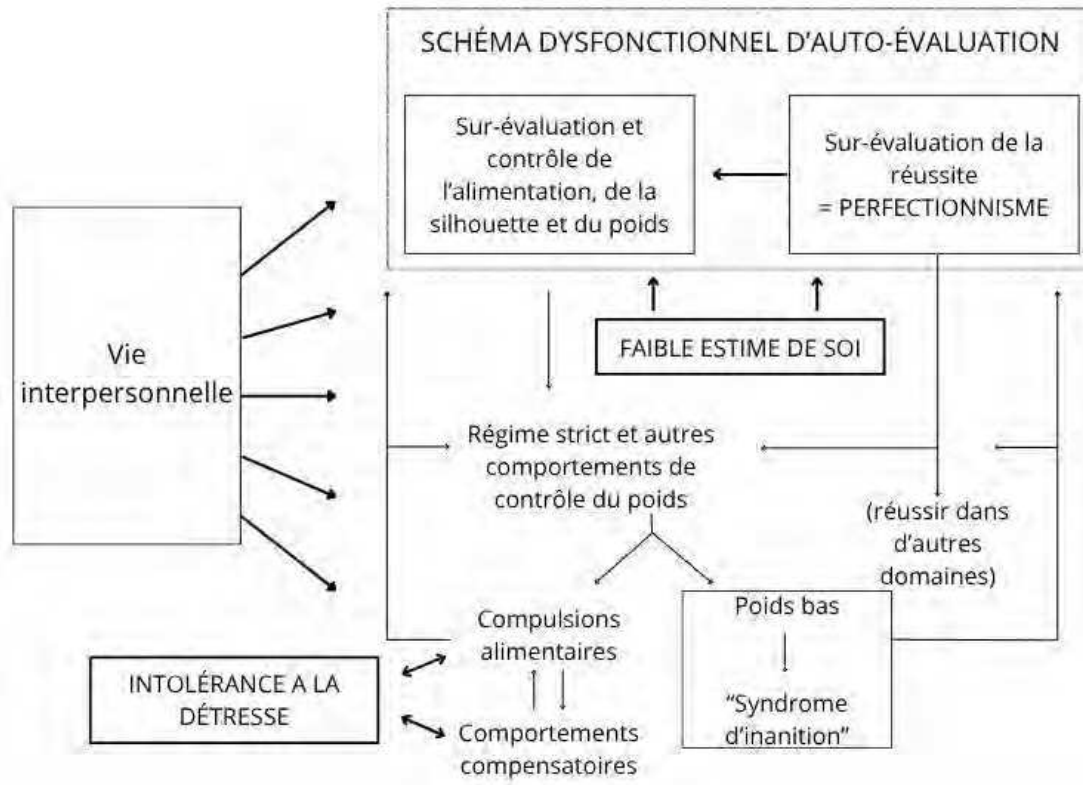
Un autre renforçateur à la fois physiologique et psychique est à trouver dans le fonctionnement des addictions comportementales. Les théories psychanalytiques envisagent depuis le milieu du XXème siècle la boulimie comme une « toxicomanie sans drogue » (Fenichel & Fain, 1987), et l'association entre troubles des conduites alimentaires et addictions comportementales est fréquente. Ces dernières étant décrites comme un « *processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* » (Goodman, 1990), il est aisé de reconnaître là le mécanisme de la boulimie (Munguía et al., 2022) et de l'hyperactivité physique. L'anorexie s'inscrivant dans l'anti-consommation, il est moins évident de l'associer aux addictions comportementales et pourtant, la

recherche continuelle d'amaigrissement et la satisfaction temporaire qui découle de la perte de poids et du contrôle alimentaire s'inscrit dans un système dopaminergique déficitaire où le sentiment de contrôle amené par le jeûne est source de satisfaction (Collombat et al., 2024 ; Duriez & Gorwood, 2018). Certains auteurs comme Bernard Brusset voient alors l'anorexie comme une « contre-toxicomanie » (Brusset, 2008), tandis que d'autres comme Jean Corcos et Philippe Jeammet voient dans l'anorexie une addiction à une pulsion d'emprise (Corcos, 2005 ; Jeammet, 1985). Corcos et Jeammet proposent deux types de renforçateurs du trouble, d'abord dans l'illusion d'indépendance et le rejet de la responsabilité de ses besoins sur autrui (les soignants, ses proches), mais aussi dans l'extinction des affects négatifs liés à des angoisses de perte et d'individuation (Corcos, 2010).

Sur le plan cognitif, de nombreux renforçateurs sont également identifiés. Dans un contexte social où les femmes et filles sont conditionnées à penser que leur valeur réside dans leur beauté (caractérisée par un idéal de minceur), les traits de personnalités obsessionnels associés à une estime de soi basse viennent surévaluer le besoin de contrôler sa silhouette. On observe aussi chez elles de nombreux biais cognitifs (dramatisation, raisonnement dichotomique, surgénéralisation, fausses obligations) et croyances dysfonctionnelles négatives (« *j'ai fait une erreur, donc je suis nulle* » « *si je ne suis pas mince, je suis grosse* » « *si je prends du poids on ne m'aimera plus* ») et positives (« *c'est plus beau d'être très mince* » « *le trouble me donne de la sécurité* » « *le trouble me donne du contrôle et de la discipline* ») (Serpell et al., 1999). A la base de ces pensées, on retrouve des schémas précoces inadaptés, c'est-à-dire un ensemble de croyances sur le monde, soi et les autres, basées sur des expériences précoces répétées négatives (Young et al., 2005). Les plus présents chez les personnes souffrant d'anorexie et de boulimie sont ceux ayant trait à la question de la séparation et du rejet, ainsi qu'à ceux en rapport avec le sentiment de honte et d'imperfection (Maher et al., 2022), et participent eux aussi au maintien du trouble.

Sur le plan émotionnel enfin, l'utilisation de restriction alimentaire ou de purge comme stratégie de coping évitant les affects désagréables, favorise également l'intolérance à la détresse, et donc maintien le besoin du trouble (Fairburn et al., 2003, 1999). Cet évitement crée des cercles vicieux conceptualisés par Christopher Fairburn à travers le « syndrome d'inanition » (voir figure 1), et sont eux-mêmes entretenus par l'isolement social auquel conduit la restriction alimentaire, coupant la patiente de ses sources de soutien (amical, amoureux, familial).

Figure 1 : Représentation schématique de la théorie transdiagnostique du maintien des troubles du comportement alimentaire (Fairbairn et al., 2003)



L'anorexie et la boulimie peuvent donc être conceptualisées comme une réponse à l'intolérance à la détresse conduite par l'absence de sens de soi émotionnel et physique solide (Oldershaw et al., 2019). En cherchant des expériences répétitives et maîtrisables via la focalisation sur le corps et l'alimentation, les patientes se distraient de leurs sensations, émotions, et pensées insupportables. Cet évitement est compris par Paul Gilbert (Gilbert, 2014) comme une hyperactivation du système de protection de la menace, les patientes percevant leurs éprouvés comme dangereux et effrayants. Cependant, cette stratégie a un prix lourd, entretenant leur intolérance à la détresse et leur sentiment de honte, limitant leurs expériences de vie et leurs relations, ce qui les empêche à terme de développer leur maturité psychoaffective.

Le modèle bio-psycho-social

L'anorexie mentale et la boulimie nerveuse sont donc des troubles à l'étiologie complexe. De nombreux facteurs prédisposants existent, qu'ils soient innés (tempérament anxieux-obsessionnel, déficits intéroceptifs, défauts de cohérence centrale) ou issus des relations précoces

(attachement insécure, surprotection familiale, dysrégulation émotionnelle, alexithymie), auxquels s'ajoutent des facteurs précipitants tout aussi variés (puberté mal vécue, insatisfaction corporelle et faible estime compensée par un premier régime, pertes, traumatismes). Ces éléments permettent de mieux comprendre la mise en place insidieuse des troubles alimentaires, se nourrissant de nombreux facteurs de vulnérabilité, et s'entretenant dans un cercle vicieux d'évitement et de bénéfices secondaires.

Dans les années 80-90, David Garner et Paul Garkinfel proposent de rejoindre plusieurs de ces explications étiologiques en une vision multifactorielle des troubles du comportement alimentaire (Garner, 1993 ; Garner et al., 1982). Ils développent un modèle en trois grands facteurs prédisposants : individuels, familiaux, et culturels, auxquels s'ajoutent des facteurs précipitants et de maintien (voir figure 2). Janet Treasure et Ulrike Schmidt enrichissent ce modèle avec des dimensions psychoaffectives plus vaste (voir figure 3).

Figure 2: Modélisation multifactorielle de l'anorexie mentale (Garner, 1993)

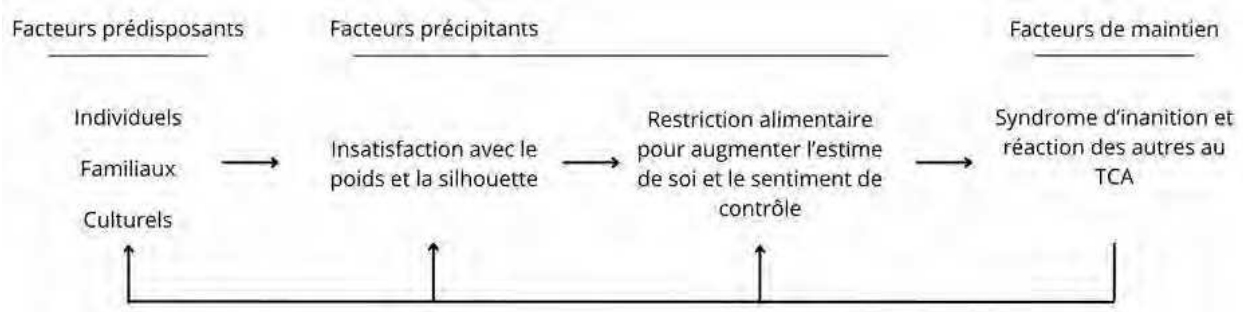
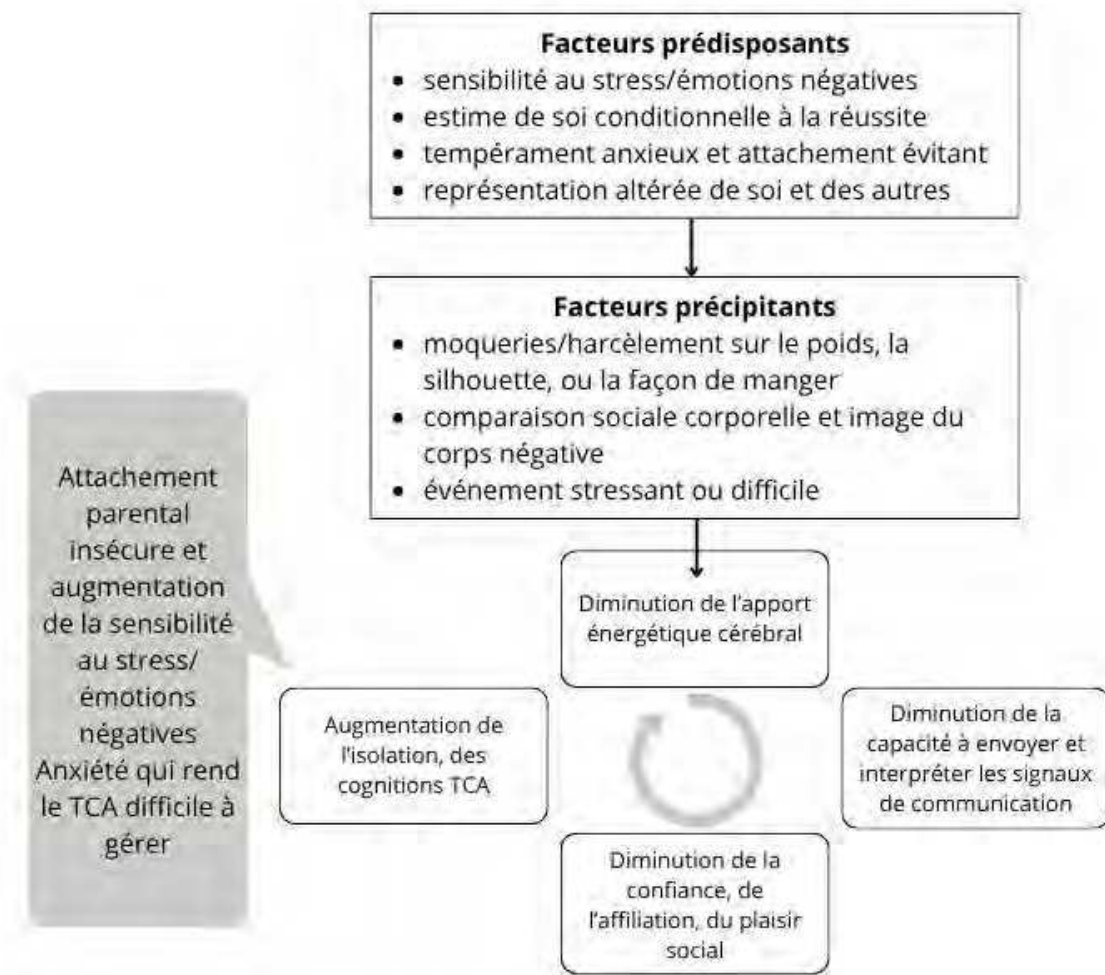


Figure 3 : Modélisation psychosociale des TCA (Treasure & Schmidt, 2013)



Ces différents modèles proposent des facteurs prédisposants individuels variés :

- Biologiques (génétiques, périnataux, hormonaux, anatomiques)
- Psychologiques : dysrégulation émotionnelle, épisode dépressif, anxiété sociale, symptômes obsessionnels-compulsifs, trouble de la personnalité évitante chez les patientes restrictives, trouble de la personnalité limite chez les patientes boulimiques, biais cognitifs marqués, estime de soi centrée sur l'apparence physique, distorsion de l'image corporelle, traumatismes sexuels...
- Sociaux et environnementaux (systèmes familiaux avec certaines caractéristiques : évitement du conflit, perfectionnisme valorisé, surprotection, dysfonctionnements relationnels), idéal sociétal de minceur (Valls et al., 2013)

Concernant les facteurs précipitants, ces modèles évoquent principalement les périodes de changements comme la puberté, la fin du lycée, ou le départ du domicile familial. Pour expliquer le maintien du trouble malgré ses nombreux inconvénients, les auteurs pointent les modifications somatiques importantes induites par la restriction (ballonnements, sensation de lourdeur, constipation et transit ralenti), souvent rapportées par les patientes comme des freins à la renutrition. Ils évoquent également le fléchissement thymique entretenu par la dénutrition et la cristallisation des pensées des patientes autour de l'alimentation qu'elles ne peuvent se permettre, entérinant un cercle vicieux. Les autres facteurs de maintien évoqués dans les précédentes parties sont également intégrés dans ces modèles. Cette conceptualisation biopsychosociale des troubles des conduites alimentaires est majoritairement utilisée aujourd'hui (Chabrol, 2013).

Figure 4 : Schématisation des facteurs explicatifs de l'anorexie et de la boulimie dans, basée sur ce travail de thèse



A noter, qu'au-delà de la question des facteurs prédisposants, précipitants, et de maintien, la recherche autour des troubles des conduites alimentaires éclaire également sur des facteurs protecteurs, notamment l'appréciation et le soin porté à son corps, le sentiment d'autonomie, la régulation émotionnelle, la communication familiale, et l'auto-compassion (Shankland, 2020). Il est à noter que si ces facteurs ont tendance à prévenir l'apparition des TCA, ils peuvent également être présents chez certaines patientes et constituer d'importantes ressources sur lesquelles s'appuie le rétablissement.

3. Prises en charges actuelles et leurs limites

La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise un accompagnement pluridisciplinaire (psychologique, psychiatrique, somatique, diététique, social) en ambulatoire (première intention) ou en hospitalisation (seconde intention) pour l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse, tout comme d'autres organismes de santé publique européens comme le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) au Royaume-Uni.

Pour les patientes adultes, l'HAS et la NICE recommandent en premier lieu les psychothérapies cognitivo-comportementales centrées sur le TCA (CBT-ED), puis les thérapies comportementales et dialectiques (DBT) pour les patientes boulimiques ou émotionnellement dysrégulées, les thérapies systémiques et notamment la thérapie Maudsley pour adultes (MANTRA), les thérapies psychodynamiques centrées sur le TCA et notamment la thérapie psychodynamique focale (FPT), et reconnaissent l'intérêt des approches corporelles et médiatisées (art-thérapie) en complément.

Dans l'approche cognitivo-comportementale, la thérapie se centre sur le besoin de contrôle, le perfectionnisme, la peur de prendre du poids, l'estime de soi, et la régulation émotionnelle, avec l'aide d'outils de restructuration cognitive et un travail sur les croyances irrationnelles des patientes (Fairburn et al., 2015).

Dans l'approche systémique, la thérapie se centre également sur la rigidité cognitive et le perfectionnisme, mais aussi sur les croyances positives à propos du trouble, les bénéfices secondaires et effets du trouble sur les relations sociales de la patiente, et sur l'amélioration des liens relationnels ou familiaux (Schmidt et al., 2015). Certains espaces de soin proposent également des groupes thérapeutiques destinés aux parents de patientes (Clerc et al., 2023).

Dans l'approche psychodynamique, le travail se centre principalement sur les croyances positives à propos du trouble et des comportements pro-anorexiques, mais aussi sur les conflits inconscients et expériences relationnelles précoces sous-tendant le trouble alimentaire, ainsi qu'à l'assouplissement des mécanismes de défense immatures pour tendre vers une maturité émotionnelle et relationnelle (Zipfel et al., 2014).

Peu d'approches thérapeutiques intègrent le défi majeur que pose le genre dans le développement des troubles alimentaires (Holmes, 2016), et les thérapeutes s'essayant à la création de thérapies d'approche féministe pour les patientes atteintes de TCA font souvent face à des réactions hostiles (LaMarre et al., 2022 ; Holmes et al., 2017). Pourtant, comme développé précédemment, les premières visions féministes matérialistes des troubles alimentaires ont été très riches, ont nourri des travaux plus récents sur l'impact de la socialisation féminine dans les facteurs d'apparition du trouble (Malson, 2024 ; McBride & Kwee, 2021 ; Holmes et al., 2017 ; Saukko, 2008 ; Burns, 2004), et gagneraient à être à nouveau intégrées dans les thérapies proposées aux patientes.

D'autres approches comme la thérapie centrée sur les émotions, la thérapie comportementale et dialectique, ou la thérapie des schémas, sont également prometteuses compte-tenu des difficultés affectives des patientes (Ejdemyr et al., 2025 ; Oldershaw & Startup, 2023 ; Joshua et al., 2023 ; Kleszczewska-Albińska, 2023 ; Oldershaw & Startup, 2023 ; Osoro et al., 2022 ; Archonti et al., 2019 ; Mącik & Sas, 2015), de même que les thérapies médiatisées par l'art (Scotto Di Rinaldi et al., 2026 ; J. L. Sudres, 2025 ; Clerc et al., 2023 ; J.-L. Sudres et al., 2020 ; Doumenc et al., 2005), mais sont trop peu étudiées pour être évoquées dans les recommandations nationales. Enfin, des approches thérapeutiques médicamenteuses existent, ciblant principalement les affects dépressifs comorbides au TCA via l'administration d'antidépresseurs (notamment la mirtazapine, ou encore la kétamine pour ses effets sur l'humeur (Monteleone et al., 2022)), mais une récente revue de littérature constate le manque de robustesse des études en évaluant les effets (Besjes et al., 2026).

La question de l'efficacité des thérapies pour les troubles du comportement alimentaire chez les adultes est complexe et sujette à débats (Jean-Luc, 2023 ; Monteleone et al., 2022 ; Solmi et al., 2021 ; van den Berg et al., 2019), surtout quant à savoir s'il peut exister une thérapie efficace pour la majorité des patientes, compte tenu de leurs tableaux cliniques variés. Tout TCA confondus, les thérapies cognitivo-comportementales démontrent régulièrement une efficacité légèrement supérieure aux autres approches à court-terme, mais le taux de rétablissement reste bas et le niveau

d'abandon de thérapie élevé, et les évaluations en follow-up ne maintiennent pas toujours cette supériorité (Zipfel et al., 2014). Pour la question spécifique de l'anorexie, les thérapies associées au plus haut degré de rétablissement sont plutôt les thérapies systémiques et familiales, les thérapies psychodynamiques, et les thérapies multidisciplinaires, tandis que pour la boulimie ce sont plutôt les thérapies comportementales et dialectiques, les thérapies psychodynamiques, et les thérapies multidisciplinaires qui donnent les meilleurs résultats (Solmi et al., 2024 ; Monteleone et al., 2022). Concernant les groupes thérapeutiques, malgré leur utilisation fréquente dans le traitement des TCA et de nombreuses études utilisant cette modalité de soin (Beattie, 2017 ; Holmes et al., 2017 ; S. Wade et al., 2017 ; Salbach-Andrae et al., 2008), les études randomisées contrôlées pour les thérapies de groupes sont trop peu nombreuses pour que nous puissions statuer sur leur efficacité (O'Connor et al., 2024). Ils semblent néanmoins très pertinents tant sur le plan clinique (ouverture à l'autre, soutien social du groupe, diminution de la honte, etc.) que pratique (plus facilement applicables au sein des structures de soin).

Autre point pour mieux comprendre la faible efficacité des soins actuels : les différentes études d'évaluation d'efficacité des thérapies n'ont pas toutes les mêmes critères de rétablissement et se centrent souvent sur l'amendement des symptômes nutritionnels et comportementaux (reprise de poids ou disparition des crises de boulimie), mais tendent à oublier les symptômes psychologiques des TCA (perfectionnisme, estime de soi faible, affects négatifs, isolement social, dysrégulation émotionnelle). Ces symptômes pourraient pourtant répondre positivement aux psychothérapies, peut-être avant les symptômes physiologiques (Kopland et al., 2025). Certains auteurs suggèrent également que la faible puissance des psychothérapies pour les TCA et plus particulièrement pour l'anorexie de l'adulte, indiquerait un décalage entre les modèles théoriques et leurs applications cliniques (Oldershaw et al., 2019). Il pourrait être pertinent de ré-individualiser les soins, en cherchant l'efficacité des thérapies selon le profil des patientes plutôt qu'en fonction de leur diagnostic (Robinson et al., 2024 ; Stice, 2002) . Les profils de personnalités de Wagner et Vitousek (2019) (Résilient, Sur-contrôlé, et Dysrégulé) forment une proposition allant dans ce sens, en transformant les facteurs de maintien en appuis au rétablissement :

« Par exemple, les personnes qui correspondent au profil de contrôle excessif peuvent être particulièrement réticentes à abandonner la restriction alimentaire parce qu'elle exige et récompense les caractéristiques mêmes qui définissent ce sous-type : la constriction, la

persévérance, la focalisation sur les détails et la disposition à supprimer ou à différer les élans de plaisir. Ces patients peuvent bénéficier de traitements conçus pour améliorer la flexibilité cognitive ; en même temps, leur capacité à utiliser des stratégies de régulation descendante peut devenir un atout dans le processus de traitement. De même, le perfectionnisme peut être considéré à la fois comme une cible et un outil de changement pour les patients à faible psychopathologie qui considèrent leurs symptômes alimentaires comme faisant partie d'un processus d'amélioration personnelle. La volonté d'exceller dans un domaine valorisé peut être un attribut puissant lorsqu'elle est réorientée au service de la guérison. Simultanément, l'autocritique sévère qui accompagne le perfectionnisme chez ces patients peut être traitée par l'utilisation de techniques d'auto-compassion. » (Wagner & Vitousek, 2019)

L'accompagnement des patientes et l'amélioration des prises en soin des troubles des conduites alimentaires posent encore de nombreuses questions. Cet accompagnement est toujours le fruit d'un travail transdisciplinaire, croisant différents métiers et visions du trouble afin de le penser au mieux pour mieux le soigner (Scotto Di Rinaldi et al., 2023). Mais les représentations de ce que veut dire « soigner », « guérir », ou « rétablissement » sont variées, et nécessitent des précisions.

4. Rétablissement : un mot, de multiples définitions

L'anorexie et la boulimie sont trop souvent chroniques et entretenues par de nombreux facteurs de maintien (Solmi et al., 2021). La réluctance au changement est parfois admise par les patientes elles-mêmes, et certaines recherches qualitatives permettent de mieux la comprendre : peur que les proches s'éloignent en cas de guérison, crainte d'un échec en cas de reprise d'études/travail, impossibilité de s'imaginer une vie sans la maladie, absence d'objectifs de vie, grossophobie intériorisée ; de nombreux facteurs peuvent freiner la motivation aux soins (Nordbø et al., 2006). Pourtant, l'amélioration d'un trouble du comportement alimentaire chronique est possible, souvent le fruit d'un long parcours sous-tendu par différentes phases de changement (Drinkwater et al., 2022 ; Saffi Biasetti, 2016 ; Dawson et al., 2014 ; Lamoureux & Bottorff, 2005). Les études qualitatives sur le sujet mettent en lumière de nombreux leviers permettant ce processus : augmentation de l'estime de soi, attitude d'auto-compassion, soutien social de qualité (amical, familial, amoureux, soignant, inter-patients), réaménagements identitaires, réduction des

comorbidités psychiatriques, et réduction des bénéfices secondaires du trouble (sentiment de fierté, de discipline, de contrôle, d'identité) (Robinson et al., 2024 ; Duncan et al., 2015).

La plupart des études portant sur cette question de rétablissement, et plus largement sur la trajectoire du trouble ou l'efficacité des thérapies, constatent une grande diversité de termes utilisés (guérison, rétablissement, rémission, *recovery*). Cette variabilité est en partie expliquée par l'opposition de deux principaux modèles : le modèle médical et le modèle des usagers de la psychiatrie (Mountain & Shah, 2008). Le premier, plus associé à l'idée de guérison, implique un retour à un état antérieur à la maladie, et donc à la disparition des symptômes. Dans le cadre des TCA, cette vision médicale du rétablissement est historiquement limitée à la disparition des symptômes cognitifs et comportementaux du trouble, à un IMC normal, et à un retour des menstruations. Cependant, cette vision d'un retour à un état antérieur fait l'objet de débats depuis plusieurs décennies dans le cadre des troubles psychiques (Anthony, 1993 ; Deegan, 1988) : après une telle épreuve, parfois durant de longues années où toutes les sphères de la vie ont été durablement impactées, est-il vraiment possible de « redevenir comme avant » ? De nombreux usagers de la psychiatrie estiment que non, et des études qualitatives auprès de personnes ayant souffert de TCA proposent une vision du rétablissement plus large, en englobant le bien-être et l'épanouissement, la qualité de vie et le sens qui y est donné, ainsi que l'acceptation de soi, l'engagement social, et la reprise de contrôle et d'autonomie (Tomba et al., 2019 ; Mitchison et al., 2016 ; Jaeger & Hoff, 2012). La disparition totale de symptômes comme celui de la peur de prendre du poids, de la focalisation sur sa silhouette, ou du contrôle alimentaire, semble utopique dans une société où trône l'idéal de minceur et la stigmatisation des personnes en surpoids ou obèses (LaMarre et al., 2022). D'autres auteurs font un pas de côté et proposent une autre vision où les symptômes résiduels fréquents (perfectionnisme, focalisation sur les détails, rigueur) seraient des caractéristiques à mettre au service d'un mieux-être plutôt que des défauts à combattre (Hower et al., 2021 ; Wagner & Vitousek, 2019).

Ces recherches amènent à poser la nécessaire question de l'objectif des psychothérapies dans le cadre des troubles du comportement alimentaire. Il semble essentiel de ne pas nous-mêmes faire preuve de rigidité, mais d'au contraire cultiver une certaine souplesse vis-à-vis de nos objectifs de soin. Si le rétablissement peut chez certaines patientes prendre la forme d'une disparition complète des symptômes, il s'aménage parfois sous la forme d'une orthorexie (Dajon & Sudres, 2022), ou

encore sous la forme d'un trouble chronique mais avec une réelle amélioration de la qualité de vie². S'adapter aux attentes des patientes permet de faciliter l'adhésion thérapeutique, et d'intégrer la rechute comme une étape parfois nécessaire avant des changements pérennes. Chez les patientes considérées comme rétablies sur le plan somatique, les symptômes résiduels cognitifs sont la norme plutôt que l'exception (Tomba et al., 2019). Elles ont plutôt tendance à s'estimer rétablies quand elles ne perçoivent plus le TCA comme faisant partie de leur identité (Lamoureux & Bottorff, 2005) et qu'elles parviennent à être plus douces et compréhensives envers elles-mêmes (de Vos et al., 2017). En ce sens, la capacité des patientes à s'accepter et à se traiter avec bienveillance sont des concepts clefs qu'il convient d'intégrer à notre compréhension du rétablissement.

Chapitre 2 : L'auto-compassion

1. Auto-compassion : définitions et origines

La compassion, parfois définie comme une valeur, comme une émotion ou encore comme une attitude, est reconnue comme faisant intrinsèquement partie du bon fonctionnement des espèces sociales dont l'humanité fait partie (Darwin, 1871). Son utilisation en psychothérapie est principalement liée à la Thérapie basée sur la compassion (TBC) développée par Paul Gilbert (Gilbert, 2014, 2005), qui tire son origine de la philosophie bouddhiste et des théories psycho-évolutionnistes, et se place dans la troisième vague des thérapies cognitives comportementales et émotionnelles (TCCE). Cette approche thérapeutique conceptualise trois systèmes influençant les comportements humains : (1) le système de protection de la menace, permettant de détecter les situations de danger via des émotions de colère, de stress ou de dégoût, et d'y réagir, (2) le système de motivation et d'excitation positive, qui, via des émotions de joie, d'amusement ou de plaisir,

² Pensons à ces patientes boulimiques qui parviennent à réduire drastiquement la fréquence des vomissements à quelques épisodes par mois, ou à certaines patientes anorexiques qui maintiennent leur poids juste en dessous de 18.5 mais parviennent à équilibrer leur vie autour de cette maigreur relative.

renforce les situations agréables, et (3) le système d'apaisement et de sécurité, dont les affects de détente, de paix et d'affiliation, permet à la personne de repérer les situations où elle peut s'autoriser le repos et le contentement. Gilbert remarque que le premier système est particulièrement activé chez les personnes en détresse psychologique, tandis que les deux autres systèmes peuvent être paradoxalement craints, car associés à des croyances négatives de type « *si je suis content, ça veut dire que quelque chose de mal va arriver, le bonheur ne dure jamais et le perdre est pire que ne jamais l'avoir* » ou « *si je m'apaise, je baisse ma garde et suis vulnérable, donc on risque de me faire du mal* » (Gilbert et al., 2011 ; Gilbert, 2014). La Thérapie basée sur la compassion permet de réguler ces trois systèmes en développant des compétences compatissantes (pour les autres, des autres à soi, et de soi à soi) : pleine conscience, sens de Soi, régulation émotionnelle, attitudes pro-sociales, etc., ce qui a tendance à être confirmé par des recherches sur les processus biologiques de la compassion (Khoury & Dionne, 2022).

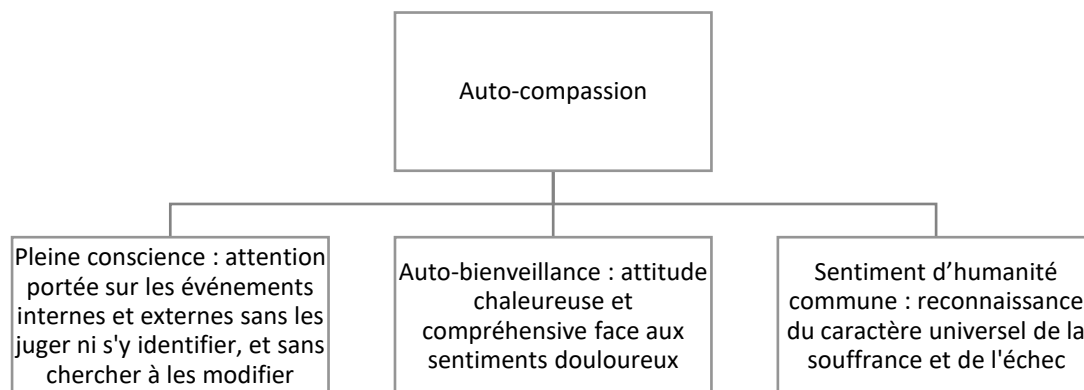
Les définitions modernes de la compassion sont nombreuses (Strauss et al., 2016). Certains auteurs proposent de définir la compassion comme une émotion qui « s'éveille de la vision de la souffrance des autres et qui motive le désir de les aider » (Goetz et al., 2010 ; Lazarus, 1991). D'autres la définissent plutôt comme une attitude pro-sociale qui permet de « reconnaître la souffrance et son universalité » et d'« accueillir la souffrance avec gentillesse et empathie, calme et patience » (Feldman & Kuyken, 2011). Pour Gilbert, la compassion est définie comme une capacité à comprendre de façon empathique la souffrance, à tolérer les affects désagréables qui en découlent, et à chercher à les apaiser ; ou encore comme une motivation à accepter, apaiser, et prévenir la souffrance (Kirby & Petrocchi, 2023 ; Gilbert, 2014, 2005), et est mesurable (Gilbert et al., 2017). Clara Strauss et collaborateurs (Strauss et al., 2016) ont identifié cinq facteurs permettant de conceptualiser la compassion : (1) la reconnaissance de la souffrance, (2) la compréhension que la souffrance est une expérience humaine universelle, (3) ressentir de l'empathie et de la connexion envers la personne souffrante, (4) la tolérance ou la capacité à supporter cette détresse, et (5) la motivation à agir pour apaiser la souffrance. De cette conceptualisation en 5 facteurs découle l'échelle de compassion de Sussex-Oxford (Gu et al., 2020).

Dans la continuité de ce concept, la compassion pour soi, ou auto-compassion, est donc la capacité à mobiliser ces compétences envers soi-même. Kristin Neff, qui a dédié une grande partie de son travail à l'auto-compassion, la définit comme la capacité d'un individu à se traiter avec

bienveillance quand il se sent inadéquat, en échec, ou en souffrance. Elle propose que l'auto-compassion soit sous-tendue par trois dimensions : (1) la pleine conscience (être à l'écoute de ses pensées et ressentis sans jugement), (2) l'humanité commune (reconnaître que nous ne sommes pas isolé dans notre souffrance), et (3) la bienveillance (se traiter avec gentillesse) (Neff & Dahm, 2015 ; Neff, 2003). L'auto-compassion ne suppose pas un jugement positif sur soi-même (Petrocchi et al., 2019 ; Neff & Vonk, 2009), et est une compétence émotionnelle qui s'apprend (Rengade & Hautekeete, 2014).

Gilbert comme Neff (Gilbert, 2014 ; Neff, 2003) repèrent un ensemble de processus en jeu dans l'auto-compassion, comme l'attention portée sur son expérience interne, puis la capacité de tolérer et accepter les affects ainsi perçus. Des travaux plus récents conceptualisent l'auto-compassion comme une « méta-compétence » qui permet de développer plusieurs compétences émotionnelles et stratégies de coping adaptées (tolérance, relaxation, résolution de problèmes, réévaluation cognitive) (Pauksik et al., 2023a; Ewert et al., 2021). Sur ce dernier point (réévaluation cognitive), d'autres travaux estiment qu'elle ne fait pas partie de l'auto-compassion, puisque l'auto-compassion suppose un engagement vers l'émotion désagréable sans chercher à la modifier (Wooten, 2025).

Figure 5 : Sous-dimensions de l'auto-compassion, conceptualisation de Kristin Neff



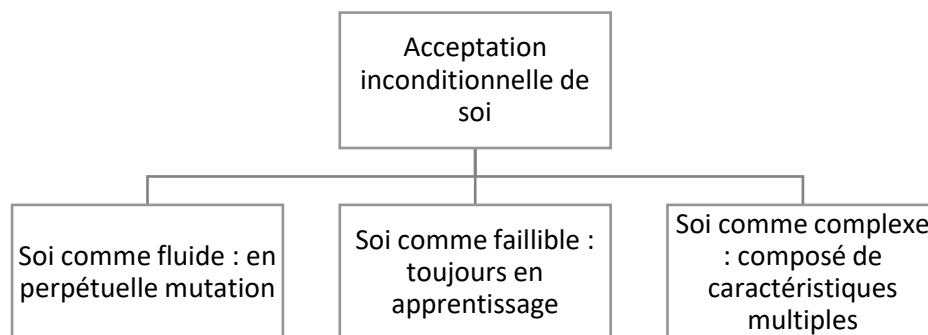
Malgré une corrélation forte entre stratégies de coping adaptées, sentiment de réussite personnelle, et auto-compassion (Chwyl et al., 2021), celle-ci est souvent associée à des croyances négatives comme « *si je suis compatissant envers moi-même alors je n'atteindrai jamais mes objectifs* », « *c'est de l'auto-apitoiement* » ou encore « *je traite les autres avec gentillesse, mais je ne mérite pas de le faire avec moi* ». Ces croyances limitantes (appelées « peur de l'auto-compassion » par Paul Gilbert (2011)) sont particulièrement présentes chez les personnes avec un haut degré de perfectionnisme, d'alexithymie, de dépression, d'anxiété, et de honte (Biskas et al., 2022; Gilbert et al., 2012). Cette peur de l'auto-compassion est particulièrement saillante chez les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire, d'une part parce qu'avoir une attitude bienveillante envers soi entre en contradiction avec les pensées pro-anorexiques (Beattie, 2017) et le fort sentiment de honte (Dover & Clements, 2025 ; Marques et al., 2025), mais aussi parce que les patientes montrent des croyances spécifiques sur l'auto-compassion comme par exemple : « *si j'étais bienveillante avec moi-même j'arrêterai de faire attention à mon poids, je deviendrai obèse, et les autres me verraient comme une ratée* » ou « *je deviendrai faible et laxiste, je n'arriverai plus à atteindre mes objectifs* » (Kelly et al., 2021 ; Geller et al., 2020). Pourtant, une littérature riche permet de démontrer l'intérêt de l'auto-compassion sur de nombreuses variables psychologiques transdiagnostiques : idéal de minceur, insatisfaction corporelle et comportement alimentaire troublé (Montague et al., 2025 ; Linardon & Messer, 2023 ; Linardon et al., 2020 ; Braun et al., 2016 ; Kelly et al., 2014), honte, auto-critique, perfectionnisme (Hackley, 2024 ; Biskas et al., 2022 ; Rose et al., 2018), alexithymie (Gilbert et al., 2012), anxiété et dépression (Egan et al., 2022 ; MacBeth & Gumley, 2012), et bien-être général (Zessin et al., 2015). Les études utilisant la thérapie basée sur la compassion montrent une très bonne acceptabilité et présentent des résultats positifs, mais sont cependant peu évaluées face à d'autres thérapies, et gagneraient à davantage de recherches contrôlant leur efficacité en rapport avec des groupes contrôle thérapeutiques (Brown & Ashcroft, 2025 ; Maynard et al., 2023 ; Millard et al., 2023 ; Wilson et al., 2019).

2. Acceptation inconditionnelle de soi, une compétence complémentaire

La Thérapie rationnelle et émotive (REBT) (Ellis & Dryden, 2007 ; Ellis, 2003, 1976) fait partie de la seconde vague des thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles, et est

issue d'un riche héritage de philosophie stoïcienne. De cette approche provient la critique de l'estime de soi, perçue comme un jugement irrationnel et instable qu'un individu fait de sa valeur. Ses auteurs proposent donc l'alternative de l'acceptation inconditionnelle de soi, c'est-à-dire la capacité d'un individu à reconnaître et accepter ce qu'il est à l'instant, sans se juger ni chercher à se changer. L'acceptation inconditionnelle de soi comporte trois dimensions d'après Ellis : (1) le Soi comme fluide (se percevoir comme en perpétuel changement), (2) le Soi comme faillible (en apprentissage constant), et (3) le Soi comme complexe (composé de multiples facettes). Plus récemment, la Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) a réactualisé ce concept à travers le terme d'acceptation de soi, défini comme la capacité à entrer en contact avec ses expériences internes et à les assimiler, en mettant cette fois plus l'accent sur la pleine conscience et la défusion des pensées, plutôt que sur la restructuration cognitive autour des croyances négatives sur soi (Faustino et al., 2020). Dans ce travail de thèse, c'est bien de l'acceptation inconditionnelle de soi dont nous parlons, même si la simplification en « acceptation » ou « acceptation de soi » pourra apparaître.

Figure 6 : Conceptualisation en sous-dimensions de l'acceptation inconditionnelle de soi de Albert Ellis

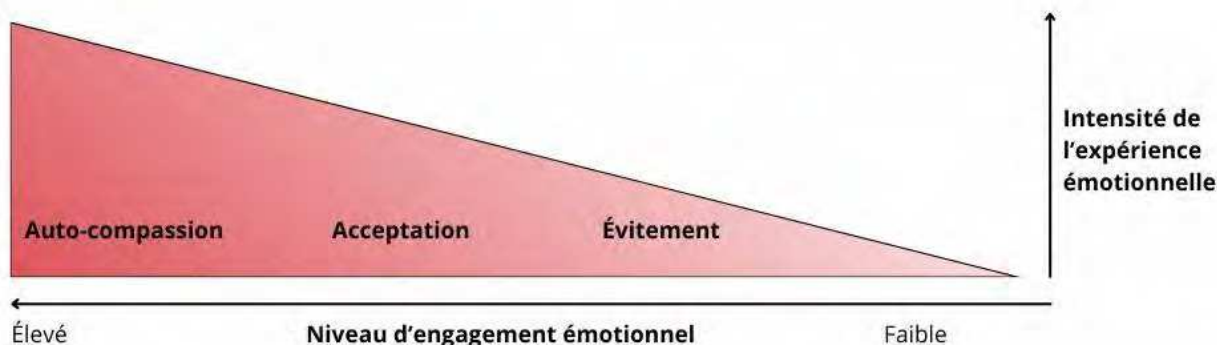


L'acceptation inconditionnelle de soi permet d'observer les situations d'échec ou de souffrance avec recul et rationalité, sans s'attribuer d'étiquettes généralisantes, mais en recherchant des stratégies de coping adaptées et non évitantes. La Thérapie rationnelle et émotive a démontré un effet positif sur le perfectionnisme, les ruminations et la culpabilité inadaptée (Dixon et al., 2014; Flett et al., 2003), et le bien être (Bingöl & Batik, 2019 ; Chamberlain & Haaga, 2001).

L'acceptation inconditionnelle de soi semble être un meilleur prédicteur de santé mentale que l'estime de soi (Popov, 2019).

L'acceptation de soi, l'auto-compassion, la pleine conscience, et la régulation émotionnelle, sont des compétences proches et souvent évoquées de façon conjointe dans la recherche, au point que la question de leur réelle différence s'impose. L'acceptation inconditionnelle de soi comme l'auto-compassion s'appuient toutes les deux sur une pleine conscience non-jugeante, l'engagement dans l'émotion douloureuse plutôt que dans l'évitement, et permettent de développer des compétences de régulation émotionnelle. Elles sont également toutes les deux utilisées (parfois avec des variations terminologiques) dans différentes approches : thérapie basée sur la compassion, thérapie d'acceptation et d'engagement, thérapie comportementale et dialectique, ou encore auto-compassion en pleine conscience (Wooten, 2025). Cependant, malgré les superpositions entre ces concepts, ils sont issus de théorisations différentes (Crisan et al., 2022), et l'utilisation conjointe de l'AIS et de l'AC est estimée par certains auteurs comme plus pertinente qu'une utilisation seule (Dryden, 2013). L'acceptation et la pleine conscience font partie de l'auto-compassion, qui ne peut pas se développer sans elles, mais l'auto-compassion propose des dimensions supplémentaires : la connexion à un vécu humain commun, et attitude bienveillante active envers soi. Autre différence, l'auto-compassion ne comprend pas d'éléments cognitifs dans sa définition (Khoury & Dionne, 2022), au contraire de l'acceptation inconditionnelle de soi qui porte une grande attention aux biais cognitifs. Des travaux récents proposent donc de conceptualiser l'AC et l'AIS comme faisant partie d'un spectre de compétences de régulation émotionnelle allant de l'évitement émotionnel à l'auto-compassion, en passant par l'acceptation entre les deux (Wooten, 2025) (voir figure 7). Nous proposons également de conceptualiser l'acceptation inconditionnelle de soi comme une compétence plus cognitive (ancrée dans la restructuration cognitive des ruminations perfectionnistes), tandis que l'auto-compassion serait une compétence plus affective et comportementale (ancrée dans la recherche active d'apaisement et de *care*).

Figure 7 : Modèle dimensionnel de Wooten (2025) représentant le spectre des stratégies de régulation émotionnelles liées à l'acceptation



L'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion sont donc des concepts proches qui produisent souvent le même résultat (Crisan et al., 2022), mais qui semblent utiliser des processus différents et qui s'inscrivent dans un continuum de compétences cognitives, affectives, et comportementales, permettant d'améliorer la régulation émotionnelle.

3. Pertinence de l'auto-compassion et de l'acceptation inconditionnelle de soi dans les troubles des conduites alimentaires

Auto-compassion

En plus des données indiquant des effets positifs sur de nombreux facteurs psychologiques liés aux TCA (perfectionnisme, alexithymie, honte, régulation émotionnelle, etc.), ces dix dernières années ont vu un fleurissement d'études centrées sur l'auto-compassion et la question des troubles alimentaires, la littérature scientifique montrant une forte corrélation négative entre auto-compassion et TCA (Montague et al., 2025 ; Turk et al., 2021 ; Marques et al., 2021 ; Serpell et al., 2020 ; Ferreira et al., 2014 ; Kelly et al., 2014). De par l'important clivage corporel et l'évitement expérientiel des patientes, l'auto-compassion ajoute aux thérapies basées sur la pleine conscience la dimension 'bienveillance' et 'humanité commune', et semble donc démontrer une meilleure efficacité (Messer et al., 2021). Les recherches longitudinales sur les patientes souffrant de TCA montrent également une association positive entre rétablissement et auto-compassion (Linardon & Messer, 2023 ; Ruhland, 2020 ; Saffi Biasetti, 2016). Utilisée comme outil

thérapeutique, l'auto-compassion a démontré son efficacité en auto-soin (Kelly & Waring, 2018), en thérapie individuelle ainsi qu'en thérapie de groupe (Dover & Clements, 2025 ; Katan & Kelly, 2021 ; Mullen et al., 2020 ; Steindl et al., 2017). Les revues de littératures les plus récentes concluent à des résultats positifs de la thérapie basée sur la compassion pour les troubles des conduites alimentaires (Millard et al., 2023) tout en nuancant cette efficacité pour l'anorexie, qui répond moins efficacement que l'hyperphagie (O'Connor et al., 2024). La dernière revue de littérature sur le sujet (Stock et al., 2025) examinant 23 études expérimentales portant sur des dispositifs de soin basés sur la compassion pour les TCA conclue à une réduction des symptômes alimentaires, une amélioration de la compassion et de l'image du corps, et une diminution du sentiment de honte. Néanmoins, les auteurs avertissent sur la qualité des études disponibles (petits échantillons, peu de comparaison à d'autres approches).

Devant la résistance thérapeutique à la thérapie cognitivo-comportementale pour environ la moitié des patientes souffrant de TCA (Dover & Clements, 2025), une déclinaison de la thérapie basée sur la compassion a donc été spécifiquement développée pour cette population afin de centrer la thérapie sur le sentiment de honte et l'auto-critique (Goss et al., 2024 ; Goss & Allan, 2014, 2010). Pour l'application de cette approche sous forme de thérapie de groupe, on peut notamment évoquer le programme de 12 semaines en hôpital de jour conçu par Allison Kelly et collaboratrices (2017), qui a mis en évidence une amélioration de l'auto-compassion, de la peur de l'auto-compassion, de la honte et de la symptomatologie alimentaire. Cependant, il n'y avait pas dans leur étude de participantes souffrant d'anorexie restrictive, et elle ne comprenait pas de follow-up. Un autre programme de groupe (Gale et al., 2014) a observé des améliorations notables chez les participantes, montrant la précieuse aide du groupe sur la capacité à développer de l'auto-compassion (via de la compassion pour et par les autres, peu à peu administrée à soi), mais les auteurs ont noté une meilleure efficacité de cette approche chez les patientes boulimiques plutôt que chez les patientes anorexiques. Un autre dispositif thérapeutique en ligne à destination de personnes souffrant de TCA et de trouble post-traumatique a montré une amélioration notable des symptômes de ces deux troubles, et une très bonne acceptabilité (Gnatt, 2025b). Un dernier protocole mêlant à la fois thérapie de groupe et thérapie individuelle a démontré un effet plus durable de la thérapie basée sur la compassion comparée à la thérapie cognitivo-comportementale, pour les patientes souffrant de TCA avec comorbidité traumatique (Vrabel et al., 2024). Il est

cependant à noter que malgré la bonne acceptabilité de ces programmes (Garrett et al., 2025), peu d'études évaluent l'efficacité de la thérapie basée sur la compassion de façon robuste, c'est-à-dire en comparaison avec un groupe contrôle actif, un nombre élevé de patients, une randomisation de ceux-ci entre les groupes, et une évaluation du maintien des bénéfices en follow-up (O'Connor et al., 2024 ; Millard et al., 2023).

Acceptation inconditionnelle de soi

Pour l'acceptation inconditionnelle de soi, il n'existe à notre connaissance que peu de recherches étudiant les liens entre ce concept et les troubles des conduites alimentaires. Plusieurs auteurs mettent en évidence une corrélation positive entre acceptation inconditionnelle de soi et bien-être, mais également une corrélation négative avec des variables fortement liées aux TCA : perfectionnisme, ruminations, auto-critique, honte, dépression, culpabilité excessive, ou encore dysrégulation émotionnelle (Crisan et al., 2022 ; Faustino et al., 2020 ; Bingöl & Batik, 2019 ; Dixon et al., 2014 ; Flett et al., 2003). Il a également été observé qu'une acceptation de soi faible a tendance à être corrélée à de hauts scores aux échelles évaluant la présence et la sévérité d'un de ces troubles (notamment pour les sous-dimensions de l'EDI-2 : idéal de minceur, insatisfaction corporelle, boulimie) (Stiner, 2008).

L'acceptation inconditionnelle de soi supposant une absence de jugement de valeur sur sa personne, il est assez attendu que les patientes souffrant de TCA présentent une AIS faible, et qu'une AIS faible soit un facteur de risque de développement d'un TCA (Hatoum et al., 2023). Pour mieux comprendre cette relation, il est utile de se référer aux modèles explicatifs cognitifs des troubles des conduites alimentaires. La plupart des patientes, si ce n'est la totalité, expriment en thérapie des croyances fondamentales négatives sur elles-mêmes (par exemple : « *je ne suis pas assez bien* ») et sur leur relation aux autres (par exemple : « *si je ne suis pas assez bien, on va plus m'aimer* »). Ces croyances font le lit de schémas précoces inadaptés, notamment la peur de l'abandon, l'idée d'être fondamentalement imparfait, ou des exigences trop élevées envers soi (Maher et al., 2022). Ce sont justement ces pensées automatiques, ces croyances, et ces schémas que l'acceptation inconditionnelle de soi peut apaiser, en se décalant d'une recherche d'évaluation globale et de perfection. Quelques rares études utilisant la thérapie rationnelle émotive (et donc l'acceptation inconditionnelle de soi dont elle est issue) ont démontré des effets positifs sur les

troubles des conduites alimentaires, comme par exemple une étude auprès d'étudiantes sud-coréennes souffrant d'hyperphagie (Yang & Han, 2020). Néanmoins, très peu d'études existent sur l'application thérapeutique de l'acceptation inconditionnelle de soi (ou plus largement de la thérapie rationnelle et émotive) pour les troubles des conduites alimentaires, malgré l'identification répétée des patientes de l'acceptation comme étant une variable essentielle au rétablissement (Drinkwater et al., 2022 ; de Vos et al., 2017 ; Saffi Biasseti, 2016 ; Dawson, Rhodes, et al., 2014 ; Esherick, 2003). Une des raisons de ce manque semble trouver une explication dans la moindre utilisation de la thérapie rationnelle et émotive d'Ellis, au profit des thérapies cognitivo-comportementales héritières de Beck. Assez naturellement, le concept même d'acceptation inconditionnelle de soi est devenu peu utilisé, même si des concepts et outils similaires existent dans les thérapies TCC et ACT (Faustino et al., 2020 ; Doyle, 2019). Découlant de ce constat, il n'existe pas à notre connaissance de thérapie individuelle ou de groupe basé sur l'AIS pour les troubles du comportement alimentaire, malgré un intérêt certain pour les patientes.

4. Problématique et objectifs de recherche

Les troubles des conduites alimentaires, et plus particulièrement l'anorexie et la boulimie, se développent donc souvent à partir de vulnérabilités anciennes : difficultés de perception du corps, des sensations, des émotions, et donc à terme du sens de Soi ; personnalité rigide et obsessionnelle, ou labile et dysrégulée ; sentiments de honte convoquant un perfectionnisme vain... Face à ces multiples facteurs à la fois précipitants et chronicisants, l'auto-compassion est un outil thérapeutique qui prend ces dernières années une place importante dans le développement de prises en charge novatrices. En plus des thérapies individuelles, certains programmes thérapeutiques de groupe, tout à fait adaptés à une prise en charge en hospitalisation, ont vu le jour et continuent de se développer. Cependant, nous notons plusieurs pierres manquantes à cet édifice :

- Les études d'efficacité de la thérapie basée sur la compassion pour les TCA restent peu nombreuses et quasi absentes dans la recherche francophone
- Les modalités groupales de cette approche sont peu étudiées alors même que les groupes thérapeutiques se développent de plus en plus dans les centres de soin
- De nombreux groupes thérapeutiques basés sur la compassion à destination de patientes souffrant de TCA proposent des protocoles longs, entre 12 et 20 séances, ce qui est peu

compatible avec la durée moyenne d'hospitalisation française, qui tend à diminuer (Lascar et al., 2021)

- Aucune étude ne lie l'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion dans leurs protocoles thérapeutiques, malgré un intérêt conjoint recommandé (Dryden, 2013)
- Peu d'études évaluent les effets des interventions thérapeutiques basées sur la compassion sur des variables psychologiques sous-tendant la chronicisation du TCA comme la régulation émotionnelle des patientes (schémas précoces inadaptés, mécanismes de défense, alexithymie, tolérance à la détresse...)
- L'anorexie de l'adulte, d'autant plus chronique, reste un trouble peu réceptif aux thérapies, y compris celles basées sur la compassion, et nécessite de poursuivre la recherche appliquée

Ce travail de thèse a pour but de participer à cette recherche sur l'auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires, en y ajoutant l'acceptation inconditionnelle de soi comme variable pouvant augmenter son efficacité. Notre question centrale de recherche peut se résumer comme suit : *« Comment l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi peuvent-elles améliorer les facteurs de maintien sous-jacents à l'anorexie mentale et à la boulimie nerveuse ? »*.

Nous pensons également ce travail avec l'idée que les expériences de vie négatives conduisent à la création de schémas émotionnels inadaptés impactant la régulation des besoins, et que l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi sont des facteurs modérateurs de l'impact de ces schémas sur le développement de troubles psychiatriques (Faustino et al., 2020). En explorant les processus à l'œuvre dans l'auto-compassion, d'autres études postulent que ce construit s'appuie justement sur le développement de compétences et de stratégies de régulation émotionnelle (Pauksik et al., 2023), celles-ci étant souvent déficitaires dans les TCA. En nous appuyant sur ces travaux et la précédente revue de littérature, nous proposons donc de penser l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi comme des « antidotes » (Faustino et al., 2020) aux facteurs de maintien de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse : l'évitement émotionnel (par dysrégulation ou par alexithymie), l'auto-critique voire auto-flagellation, la haine de soi et la honte, et les ruminations perfectionnistes. Nous faisons l'hypothèse que l'acceptation inconditionnelle de soi, en tant que compétence cognitive et rationnelle, est plus acceptable par les patientes, notamment anorexiques et alexithymiques ou qui ont fortement tendance à

l'intellectualisation, et pourrait être facilitatrice pour le développement de l'auto-compassion, compétence plus clairement affective et donc plus crainte par les patientes. Nous pensons qu'aider les patientes souffrant de TCA à développer ces deux attitudes, ouvrira la porte à une autre façon de se percevoir et de se traiter, étape préalable à l'entrée dans un rétablissement.

Pour ce faire, nous avons construit ce travail de thèse à travers trois études :

- Un article de perspective faisant le point sur les liens entre anorexie/boulimie, auto-compassion, et acceptation inconditionnelle de soi ;
- Une enquête mixte évaluant de façon quantitative ces liens chez des participantes souffrant ou ayant souffert d'anorexie/boulimie, ainsi qu'une analyse thématique de leurs perceptions et croyances des concepts d'auto-compassion et d'acceptation inconditionnelle de soi ;
- La création, application, et évaluation d'un dispositif de 8 séances thérapeutiques groupales basées sur ces deux concepts, auprès de patientes hospitalisées à temps plein dans une clinique spécialiste des troubles des conduites alimentaires.

PARTIE EMPIRIQUE

ÉTUDE 1 : L'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion face aux facteurs de maintien de l'anorexie mentale

Article publié :

Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2023). « L'acceptation inconditionnelle de soi et l'autocompassion : Une autre clinique de l'anorexie mentale ? » dans *Soins. La revue de référence infirmière* - 10.1016/j.soin.2023.10.011 SCImago Journal Rank (SJR) : 0.192 / Q4

Communications :

Présentation orale de l'article au 7ème colloque des Troubles du Comportement Alimentaire, Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (2025)

Préface à l'étude 1

Au démarrage de cette thèse, mes différentes lectures à propos de l'acceptation inconditionnelle de soi et de l'auto-compassion, notamment le papier de Windy Dryden (2013) et ses échanges écrits avec Kristin Neff m'ont interpellée vis-à-vis de la différence entre ces deux concepts et leur complémentarité. La plus faible acceptabilité et efficacité des approches centrées sur la compassion pour les patientes souffrant d'anorexie (en comparaison avec les autres TCA) pourrait en partie s'expliquer par certains points évoqués dans les échanges entre ces deux chercheuses. L'acceptation inconditionnelle de soi peut paraître comme une forme moins aboutie que l'auto-compassion (puisque l'auto-compassion comprend déjà la notion d'acceptation et y ajoute d'autres aspects), et il paraît donc assez logique qu'elle soit moins utilisée. Cependant, compte tenu de la crainte pour l'auto-compassion des patientes anorexiques que je suivais déjà en thérapie, il me paraissait très pertinent de se pencher à nouveau sur l'acceptation inconditionnelle de soi, car ce construit est plus tourné vers la recherche de pensées rationnelles, que vers la recherche d'accueil émotionnel. Car c'est bien cela qui fait peur aux patientes : accueillir des émotions insupportables, se donner une bienveillance qu'elles ne pensent pas mériter, et donc regarder en face certains besoins fondamentaux qui n'ont pas pu être comblés.

Avec cette idée et en me basant à la fois sur mon expérience clinique et les connaissances théoriques issues de la précédente revue de littérature, ce premier article de perspective visait à réfléchir à si l'acceptation inconditionnelle de soi pouvait être une étape préalable à l'auto-compassion, et comment leurs sous-dimensions pourraient répondre aux différents facteurs de maintien fréquemment retrouvés chez les patientes. A ce moment de la thèse, mon objectif n'était pas tant de rechercher des données sur l'efficacité des approches dont sont issus ces deux concepts, mais plutôt de conceptualiser une mise en application pratique des connaissances avec un regard de psychologue clinicienne. J'ai donc fait le choix de ne pas aller vers une revue systématique de littérature, mais plutôt vers un article d'opinion, préambule aux travaux suivants. Dans cette logique, nous avons choisi de soumettre cet article à une revue principalement lue par des cliniciens (*Soins*), et avons communiqué auprès de psychologues, psychiatres, infirmières et infirmiers lors de présentations institutionnelles (certaines informelles auprès d'équipes, et une formelle lors du septième colloque du centre référent des troubles des comportement alimentaire du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes).

L'acceptation inconditionnelle de soi et l'autocompassion : Une autre clinique de l'anorexie mentale ?

Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2023). « L'acceptation inconditionnelle de soi et l'autocompassion : Une autre clinique de l'anorexie mentale ? » dans *Soins. La revue de référence infirmière* - 10.1016/j.soin.2023.10.011

(Muroni & Sudres, 2023)

Résumé

Les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires présentent un profil émotionnel et cognitif particulier (altération de la perception du corps et de soi, dysrégulation émotionnelle, perfectionnisme, traits obsessionnels), auquel le trouble peut apporter une réponse et une stratégie pour faire face. L'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi ont montré des effets thérapeutiques sur les freins au rétablissement liés à ce profil.

© 2023

Mots clefs

Anorexie mentale - Acceptation inconditionnelle de soi - Auto-compassion - Boulimie - Troubles des conduites alimentaires.

Abstract

People suffering from eating disorders have a specific emotional and cognitive profile (impaired perception and identity, emotional dysregulation, perfectionism, obsessive traits), a profile for which the disorder can provide a coping mechanism. Self-compassion and unconditional self-acceptance have been shown to have a therapeutic effect on the recovery's obstacles associated with this profile.

Keywords

Acceptance - Anorexia nervosa - Bulimia nervosa - Eating disorders - Self-compassion - Unconditional self acceptance

« *Ne pas s'accepter, c'est une zone de confort. Enfin... une zone de confort inconfortable* », explique Emma³ lors d'un atelier en hôpital de jour. Emma souffre d'anorexie mentale (AM) depuis plus de huit ans et, comme souvent, plus le trouble s'installe plus il devient résistant aux diverses thérapies.

Nombre de classiques, et non moins utiles, modélisations psychanalytiques conduisent à concevoir les patients anorexiques comme des personnes qui se remplissent de vides et de vaines paroles venant se substituer à la parole pleine et au corps plein. Cette suppléance tient et contient le sujet dans une identité d'emprunt chèrement acquise avec sa chair [1,2]. Le tout chemine dans une suave étrangeté côtoyant le merveilleux, la toute-puissance et l'ivresse au risque de l'éphémère et de l'effondrement somatopsychique [3]. Toutefois, le donné à voir de la clinique quotidienne contredit, tout en la validant, la souffrance interne du patient anorexique et les nécessaires innovations des équipes soignantes les accompagnant.

Rappelons que dans les cas d'anorexie chronique ou résistante, il n'existe pas de thérapie démontrant une efficacité supérieure à une autre [4], tant les freins au rétablissement sont nombreux : perfectionnisme, rigidité psychologique, créativité limitée, pensées irrationnelles, dysrégulation émotionnelle, isolement social, identification au trouble, etc. [5,6]. Néanmoins, plusieurs études qualitatives effectuées auprès de patientes rétablies permettent de prendre du recul sur ces freins mais aussi sur les leviers possibles [7,8]. L'autocompassion (AC) et l'acceptation inconditionnelle de soi (AIS) apparaissent comme des concepts pertinents pour mieux saisir la fonction de l'anorexie, et accompagner ces profils cognitifs et émotionnels particuliers pourtant souvent négligés dans les prises en charge [9].

L'AC et l'AIS : quand s'aimer est (im)possible

L'AC et l'AIS sont des concepts mesurables et évaluables, qu'il est important de préciser.

Définir l'AC et l'AIS

L'AC est définie comme « *la capacité d'un individu à être bienveillant et compatissant envers lui-même lorsqu'il se sent inadéquat, en échec, ou en souffrance* » [10].

Elle est sous-tendue par trois dimensions : la bienveillance envers soi (attitude chaleureuse, douce et compréhensive face aux vécus douloureux, plutôt que l'autocritique

³ Les prénoms ont été modifiés.

acerbe), le sentiment d'humanité commune (la reconnaissance que les vécus douloureux et l'imperfection sont partagés par tous, plutôt qu'une dimension, un sens irrationnel amenant à l'isolation), et la pleine conscience (une approche ouverte et observante des émotions, sans chercher à les modifier ou les supprimer, plutôt que les fuir ou au contraire se faire absorber par elles). Développer une attitude bienveillante envers soi-même entraîne l'envie de s'aider à se soulager de situations pénibles et en cela, l'AC est un moteur du changement. L'AC peut être vue comme une aptitude émotionnelle, principalement basée sur le développement d'une attitude chaleureuse (par exemple : « *J'ai échoué à cet entretien, ce n'est pas si grave, et je ne suis pas la seule à avoir échoué, c'était difficile pour tout le monde. Je me suis juste mis beaucoup de pression et j'ai perdu mes moyens, ça arrive. J'ai essayé, et c'est déjà beaucoup. Je vais prendre soin de moi aujourd'hui pour gérer ma tristesse et ma déception.* »). Ce concept a démontré des effets positifs sur la rigidité psychologique, la régulation émotionnelle, les comportements auto-agressifs ou le sentiment de honte [11-15].

Quant à l'AIS, elle est définie comme « *l'acceptation réaliste et sans jugement des attributs de soi présents et passés, positifs et négatifs, indépendamment de ce que les autres peuvent en penser, et sans essayer de les modifier, de les éviter, ou de les contrôler* » [16]. Elle s'articule autour de trois dimensions : le Soi comme fluide (en changement constant), le Soi comme faillible (les erreurs sont naturelles et construisent le changement), et le Soi comme complexe (chacun est composé d'une constellation d'attributs très variés). Cette notion suppose donc qu'il est impossible de poser une évaluation juste sur la globalité d'un être en perpétuel changement, à la fois fait de défauts et de qualités, d'erreurs et de réussites, et naturellement prompt à se tromper. En se décalant de la tentation de se définir à travers ses caractéristiques ou ses actions, l'AIS permet de ne pas s'y réduire et de prendre du recul. Paradoxe, l'acceptation précède le changement. L'AIS peut être vue comme une aptitude cognitive, principalement basée sur une restructuration cognitive orientée vers la valorisation de pensées rationnelles (par exemple : « *J'ai échoué à cet entretien, mais je ne suis pas nulle, je ne peux pas me définir qu'à travers cet échec-là, qui a des explications internes et externes. Je peux apprendre de cet événement pour mieux me préparer la prochaine fois* »). Curieusement, malgré des utilisations thérapeutiques ponctuelles par les praticiens [17] et son identification comme levier au rétablissement de l'anorexie [7], l'AIS a été peu étudiée pour cette pathologie.

Repérer et évaluer l'AIS et l'AC

Élaborée par Albert Ellis [18] en différenciation de l'estime de soi (évaluation que fait un individu de sa valeur, en comparaison avec autrui), l'AIS est une notion développée à travers la *Rational Emotive Behavior Therapy*.

L'Unconditional Self-Acceptance Questionnaire de John M. Chamberlain et Dave Haaga [19] mesure cette aptitude. Il comprend 20 items, tels que "Faire une grosse erreur peut être décevant mais ne change rien à ma perception globale de moi-même" ou "J'évite de me

comparer aux autres pour savoir si je suis une personne ayant de la valeur”. La fourchette des scores s’étend de 20 à 140. Plus le résultat est élevé, plus l’individu a tendance à s’accepter de façon inconditionnelle. La moyenne de la population générale est de 81,56 (écart type [ET] = 17,50). Le questionnaire présente une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,72$).

Définie par Kristin D. Neff dans une approche troisième vague des thérapies émotionnelles, comportementales et cognitives, l’AC est mesurable au moyen de la *Self-Compassion Scale* [10], à travers 26 items passant en revue différentes dimensions : autobienveillance, autojugement, commune humanité, isolation, pleine conscience, et suridentification (par exemple : “Quand je traverse une période très difficile, je me donne le soin et la tendresse dont j’ai besoin”). La fourchette des scores s’étend de 1 à 5. Plus le résultat est élevé, plus la personne pratique l’AC. La moyenne des résultats de la population générale est de 2,88 (ET = 0,79), et l’échelle fait état d’une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,91$) [20].

Complémentaire, la *Fear of Self-Compassion Scale* [21] permet d’évaluer les croyances limitant l’AC à travers 15 items, comme “Si je deviens bienveillant envers moi-même, j’ai peur de devenir quelqu’un de faible” ou “Pour avancer dans la vie, il faut être dur plutôt que compatissant”. La fourchette des scores s’étend de 0 à 60. Plus le score est élevé, plus l’individu a des croyances négatives sur l’AC. La moyenne des résultats de la population générale féminine est de 15,09 (ET = 9,59), et l’échelle présente une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,94$).

Pragmatismes pour une clinique quotidienne

Utiliser l’AIS et l’AC demande de faire à face aux maintes résistantes des patientes.

Sur le chemin de la difficile AIS

• **Un Soi fluide.** Les patientes⁴ qui souffrent d’AM (restrictive ou boulimique) font état d’une grande rigidité psychologique, marquée par un perfectionnisme, des ruminations et des pensées obsessionnelles impactant leur vie quotidienne et leur vision d’elle-même [22]. Charlotte, âgée de 20 ans, exprime avec difficulté les exigences qu’elle s’impose, sans vraiment savoir pourquoi :

« *Parce que... parce que je suis complètement à côté. À côté de ce que j’ai décidé. Ce que je fais, c’est pas du tout ce que je veux faire, ce que je pensais faire, ce que je voulais faire... et je*

⁴ Le féminin est employé compte tenu du *sex-ratio* (environ 1 homme pour 8 femmes) et de la clinique de terrain.

suis tellement à côté que ça m'insupporte. » Elle parviendra au fur et à mesure du travail autour de l'AIS à exprimer une peur du changement, de l'imprédictibilité et du lâcher-prise que ce processus demande, là où le trouble était devenu un repère rigide, mais stable de son identité. Changer requiert aussi d'accepter, autant une part d'aventure que le risque d'être soi et de rencontrer l'autre.

- **Un Soi faillible.** Pour maintenir cette rigidité, les patientes font preuve d'un sens critique implacable, à l'affût de la moindre erreur comme justificatif de la souffrance qu'elles s'infligent [23]. Émilie s'exclame : *« Avec trop de bienveillance on n'a plus d'objectifs. Si à chaque fois on se dit c'est pas grave... on commence à accepter tout... et c'est n'importe quoi, c'est l'anarchie dedans. Je ne contrôle plus rien. »* Une autre patiente, Sarah, a pu apaiser ses exigences en voyant d'autres personnes s'autoriser des échecs et en tirant des leçons, sans autoflagellation : *« Ça m'a rassurée quelque part. De me dire que c'était ok de se tromper parfois, que j'ai le droit, que ça ne change rien à comment on me voit. Je n'ai pas à être parfaite. Pas ma perfection à moi et pas celle que je crois que les autres attendent de moi ; je ne psychote plus. »*

- **Un Soi complexe.** Pour beaucoup, le besoin de perfection est néanmoins indispensable pour se donner une valeur et un sens de soi. Le manque d'introspection et de connaissance de soi constitue un des principaux obstacles aux psychothérapies chez les patientes anorexiques. Envahie par le trouble (souvent débuté à l'adolescence) l'identité reste floue et poreuse [9]. *« Je ne réfléchis jamais à moi. Je ne sais pas. Je ne me parle jamais. »* En entendant ces mots, que nous lui faisons répéter comme pour mieux les entendre, Emma reste médusée par son propre discours : *« Je les avais pas entendus comme ça. Je pense qu'il faudrait d'abord que je sache qui je suis vraiment, parce que j'ai l'impression qu'à chaque fois qu'on me demande ce que je veux, je définis encore tout en fonction de mes parents. À bientôt 30 ans, c'est dingue. »* Le travail autour de cette dimension peut venir peu à peu fournir des réponses à la question : qui suis-je, sans l'anorexie ? D'autres parlent d'une identité à (re)trouver qui, avec l'AIS, prend une densité à même d'être travaillée.

Contourner la résistance à l'AC

- **La pleine conscience.** Cela demande un temps d'arrêt, d'observation de ses sensations, de ses ressentis et pensées, qui met généralement la patiente à mal, de par une difficulté à ressentir ses éprouvés corporels, et un évitement émotionnel prononcé, voire une alexithymie [9]. *« J'ai beaucoup de mal à définir ce que je ressens, du coup quand je ressens quelque chose j'ai tendance à dire non non non, je ne ressens rien »,* clame Fabienne. Ces patientes vivent leurs émotions comme étranges, incompréhensibles et envahissantes, et démontrent une grande intolérance à la détresse. *« Moi, je suis plutôt du genre à retenir mes émotions qu'à les laisser s'échapper »,* explique Charlotte en mentionnant qu'*« accessoirement, et même principalement, ce serait faire preuve de faiblesse »*. Pour dépasser cet engourdissement

émotionnel, développer un apprivoisement progressif des sensations corporelles (le mouvement de sa respiration), des petites émotions (la tendresse en caressant un chat), puis des sentiments difficiles (la honte, le désespoir ou la rage), les exercices de pleine conscience deviennent essentiels [24]. Toute la créativité contextuelle des praticiens est sollicitée pour amener ces patientes à abandonner progressivement leur anesthésie somatopsychique.

• **L'autobienvveillance.** *« Si on est nul, on est nul. Ça va deux minutes de se trouver des excuses », « Je ne me pardonne rien, je dois tout réussir, je suis programmée comme ça », « Tout ça c'est ma faute en fait, je le mérite », nous disent trois patientes. Face à l'autocritique et au manque de pardon, sous-tendu par des schémas précoces inadaptés (schémas d'incompétence, dépendance-incompétence, de honte, de négativisme-pessimisme, de punition) [9], l'autobienvveillance peut constituer une alternative pertinente. Devant des exercices tels que s'adresser à soi comme à une amie, les patientes sont souvent surprises, comme si la possibilité de se parler avec gentillesse était un impensé, pourtant possible : « Je me souviens, c'était une dame qui m'avait souhaité ça à un Nouvel An, de la bienveillance. Je ne sais pas, ça m'avait "pouf" [elle fait un geste évoquant le relâchement]. J'ai essayé, maintenant j'essaie de me parler comme si j'étais un petit enfant : c'est pas grave, ça arrive, tu peux te relever. »*

• **Le sentiment d'humanité commune.** Rappelons (tant il est négligé par nombre de praticiens) que le sentiment de honte est très présent chez les personnes souffrant d'anorexie. *« Parce que c'est compliqué de vivre toujours avec soi-même. Je me trouve dégueulasse, je pèse sur tout le monde avec mes problèmes, je préfère ne pas parler de tout ça aux gens. Les autres ils vivent normalement, c'est absurde pour eux. Même les psys comprennent rien à ça... sauf quelques-uns »,* se plaît à dire, comme résignée, Élodie. Beaucoup de ces patientes se sentent seules dans leur souffrance, et s'isolent des autres (soignants inclus), qu'elles considèrent comme incapables de comprendre leur détresse, ou comme susceptibles de ne pas accepter leur vulnérabilité. Pourtant, la normalisation des vécus douloureux et de leurs éprouvés apaise le sentiment de honte qui les accompagne, et nous avons pu constater des effets bénéfiques du partage de ces ressentis en groupe.

En cette affaire d'AC, il convient de tenir le cadre avec la plus grande bienveillance et une indéfectible positivité.

Un atelier d'AIS et d'AC

Nous avons eu l'occasion de travailler ces deux concepts lors d'ateliers thérapeutiques de groupe. Durant environ une heure et demie, ils se composaient de trois phases : une première présentant un élément théorique de l'AIS ou de l'AC, une seconde d'échange entre patientes sur ce que le concept faisait raisonner chez elles, puis une dernière de découverte, plus pratique.

Ainsi, un atelier introduisait l'autobienvveillance aux participantes, qui ont pu discuter entre elles de l'existence ou non de cette attitude dans leur vie, de leur facilité à éprouver de la bienveillance pour les autres mais de leur difficulté à faire de même pour elles, et de leurs craintes à cette idée. Ensuite, elles ont accepté d'essayer, chacune dans un coin de la pièce pour plus d'intimité, de se

prêter à l'exercice d'écriture de "Comment traiteriez-vous un ami ?" [25], qui met en lumière l'abîme entre le discours empathique qu'elles ont pour leurs proches et le discours maltraitant qu'elles ont pour elles-mêmes. La dernière phase consistait à une mise en commun de leur vécu de l'exercice, qui amenait à développer la dimension "commune humanité" de l'AC, en observant les réactions similaires des autres participantes et leur empathie pour elles (ce qui, par résonance, favorise le travail sur leur AC).

En cours de modélisation et de standardisation, ce programme permettra prochainement d'enrichir la palette des soins pour les personnes anorexiques en s'étayant sur une pratique clinique de type *evidence based medicine* et des recommandations de bonnes pratiques.

Conclusion

Les six dimensions des concepts d'AIS et d'AC apportent des éléments de réponse aux spécificités des profils de personnes souffrant d'anorexie. Si des approches inspirées de la thérapie émotionnelle et rationnelle d'Albert Ellis ou de la thérapie centrée sur la compassion de Paul Gilbert sont utilisées par des cliniciens, la recherche est encore balbutiante concernant l'évaluation de leur application dans le cadre des troubles des conduites alimentaires (TCA) au sens large (orthorexie et hyperphagie incluses), et plus particulièrement de l'AIS. Les études analysant les effets thérapeutiques de l'AC sont moins enthousiastes à propos de l'AM, en comparaison des autres TCA. Des auteurs avancent que l'AIS et l'AC sont complémentaires [26], et que l'AIS pourrait conduire à une meilleure efficacité de l'AC sur la symptomatologie anorexique [27]. Nous faisons l'hypothèse que l'AC est une attitude émotionnelle trop éprouvante à travailler en première intention pour cette population. En nous basant sur les dires et vécus des patientes, l'AIS semble constituer une porte d'entrée plus acceptable pour diminuer certains freins au rétablissement, permettant par la suite le développement de l'AC.

Points à retenir

- Les personnes souffrant d'AM présentent un profil cognitif et émotionnel marqué par une rigidité psychologique et un évitement émotionnel.
- L'AC et l'AIS sont des concepts mesurables et évaluables ayant des effets thérapeutiques sur ces traits de fonctionnement.
- Les ateliers thérapeutiques de groupe peuvent permettre le développement de l'AC et de l'AIS chez les patients.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Koehler M, Lesœurs G, Ostermann G. Anorexie, du rien au réel. De la parole vide et vaine à la parole pleine. *Hegel* 2023;2(2):87-94.
- [2] Chassaing JL. Parole à vide. Avide de rien. La cage de l'artifice. *Clin Lacanienne* 2010;(18):49-67.
- [3] Quelin R. Anorexia: el tiempo suspendido... *Psychosom Relat* 2020;9(1):222-44.
- [4] Zeeck A, Herpertz-Dahlmann B, Friederich HC, et al. Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *Front Psychiatry* 2018;9. www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00158/full.
- [5] Henderson M, Bould H, Flouri E, et al. Association of emotion regulation trajectories in childhood with anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa in early adolescence. *JAMA Psychiatry* 2021;78(11):1249-57.
- [6] Oldershaw A, Startup H, Lavender T. Anorexia nervosa and a lost emotional self: a psychological formulation of the development, maintenance, and treatment of anorexia nervosa. *Front Psychol* 2019;10:219. www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00219.
- [7] de Vos JA, LaMarre A, Radstaak M, et al. Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *J Eat Disord* 2017;5:34.
- [8] Dawson L, Rhodes P, Touyz S. "Doing the impossible": the process of recovery from chronic anorexia nervosa. *Qual Health Res* 2014;24(4):494-505.
- [9] Drinkwater D, Holtum S, Lavender T, et al. Seeing through the façade of anorexia: a grounded theory of emotional change processes associated with recovery from anorexia nervosa. *Front Psychiatry* 2022;13:868586.
- [10] Neff K. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2003;2:223-50.

- [11] Biskas M, Sirois FM, Webb TL. Using social cognition models to understand why people, such as perfectionists, struggle to respond with self-compassion. *Br J Soc Psychol* 2022;61(4):1160-82.
- [12] Bergunde L, Dritschel B. The shield of self-compassion: a buffer against disordered eating risk from physical appearance perfectionism. *PLoS One* 2020;15(1):e0227564.
- [13] Mullen G, Dowling C, Doyle J, et al. Experiences of compassion focused therapy in eating disorder recovery: a qualitative model. *Couns Psychother Res* 2020;20(3):248-62.
- [14] Cleare S, Gumley A, O'Connor RC. Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: a systematic review. *Clin Psychol Psychother* 2019;26(5):511-30.
- [15] Steindl SR, Buchanan K, Goss K, et al. Compassion focused therapy for eating disorders: a qualitative review and recommendations for further applications. *Clin Psychol* 2017;21(2):62-73.
- [16] Ellis A. The myth of self-esteem: how rational emotive behavior therapy can change your life forever. New York (États-Unis): Prometheus Books; 2005. p. 344.
- [17] Doyle KA. REBT and eating disorders. In: Dryden W, Bernard ME, editors. *REBT with diverse client problems and populations*. Cham (Suisse): Springer International Publishing; 2019. p. 83-101.
- [18] Ellis A. RET abolishes most of the human ego. *Psychother Theory Res Pract* 1976;13(4):343-8.
- [19] Chamberlain JM, Haaga DAF. Unconditional self-acceptance and psychological health. *J Ration Emot Cogn Behav Ther* 2001;19:163-76.
- [20] Kotsou I, Leys C. Self-compassion scale (SCS): psychometric properties of the french translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PLoS One* 2016;11(4):e0152880.
- [21] Gilbert P, McEwan K, Matos M, Ravis A. Fears of compassion: development of three self-report measures: fears of compassion. *Psychol Psychother* 2011;84(3):239-55.
- [22] Dahlenburg SC, Gleaves DH, Hutchinson AD. Anorexia nervosa and perfectionism: a meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2019;52(3):219-29.
- [23] Kelly AC, Carter JC. Compassion-focused therapy for eating disorders. In: Wade T, editor. *Encyclopedia of feed eating disorders*. New York (États-Unis): Springer; 2016. p. 1-6.
- [24] Neff K, Dahm KA. Self-compassion: what it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: Ostafin BD, Robinson MD, Meier BP, editors. *Handbook mindfulness self-regulation*. New York (États-Unis): Springer; 2015. p. 121-37.

- [25] Self-Compassion Dr. Kristin Neff. Guided practices and exercises. <https://self-compassion.org/category/exercises/>.
- [26] Dryden W. Unconditional self-acceptance and self-compassion. In: Bernard ME, editor. The strength of self-acceptance theory, practice and research. New York (États-Unis): Springer Science+ Business Media; 2013. p. 107-20.
- [27] Webb JB, Forman MJ. Evaluating the indirect effect of self-compassion on binge eating severity through cognitive-affective self-regulatory pathways. *Eat Behav* 2013;14(2):224-8.

ÉTUDE 2 : Places et fonctions de l'AIS et de l'AC dans la trajectoire des TCA

Article publié :

Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2026). Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires (étude mixte) : Quelles places et fonctions ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2026.03.006>
SCImago Journal Rank (SJR) : 0.230 / Q2

Communications :

Présentation orale de l'article lors d'une séance de communications libres de la Société Médico-Psychologique (2025)

Préface à l'étude 2

Plusieurs études montrent un rôle protecteur de l'auto-compassion face au développement des troubles des conduites alimentaires, mais aussi le rôle modérateur de ce construit sur la sévérité de la symptomatologie une fois le trouble apparu, et quelques études montrent des effets thérapeutiques très intéressants. Cependant, la plupart de ces données ont été recueillies dans des populations anglo-saxonnes, et il nous paraissait important de les élargir auprès d'une population française. Ces études avaient également tendance à se centrer uniquement sur les variables mesurant le trouble alimentaire lui-même, avec des mesures comme l'EDI-2 (Eating Disorder Inventory 2) (Garner et al., 1991) par exemple, et moins sur des variables psychologiques plus larges mais tout aussi importantes car sous-tendant ou entretenant le trouble (perfectionnisme, dysrégulation émotionnelle, dysmorphophobie). Ces variables sont nombreuses, et il aurait été difficilement acceptable pour les participantes de remplir une trop grande quantité de questionnaires. Nous avons donc fait le choix d'une sélection de mesures psychologiques qui nous paraissaient pertinentes et pourtant peu utilisées dans les études similaires : les mécanismes de défense, la tolérance à la détresse, et l'alexithymie, mais aussi d'autres plus attendues comme la qualité de vie, l'image du corps, et l'intention de rétablissement.

Presque aucune étude ne s'était penchée à la fois sur l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi, encore moins dans une population anorexique ou boulimique, nous avons donc pu explorer ces liens de façon à la fois quantitative et qualitative, en enrichissant les réflexions de notre premier travail sur la complémentarité de ces deux concepts avec les perceptions des patientes elles-mêmes. De la même façon, la peur de l'auto-compassion est très bien documentée pour la population générale et la population TCA (Ferreira et al., 2019; Geller et al., 2019; Kelly et al., 2014), mais pas la peur de l'acceptation inconditionnelle de soi, ni (et c'est ce qui nous paraissait grandement manquer) les désirs, les attentes et projections positives des patientes sur ces concepts. La partie qualitative de cette étude nous paraissait donc indispensable et prévoyait des résultats riches.

Enfin, le format « enquête en ligne » permettait de recueillir des données sur un public assez varié, tant en termes d'âge, que de durée du trouble ou même d'éventuel rétablissement. Ce regard sur

ces « trajectoires » permis par cette étude avait également pour but d'observer si l'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion se présentaient de façon différente selon ces variables.

Avec tous ces objectifs en tête, une enquête en ligne de forme mixte, à la fois quantitative via des analyses statistiques, et à la fois qualitative via une analyse du discours, nous a paru être le choix le plus adéquat. Avec le recul, je choisirai des questionnaires légèrement différents (avec une échelle de sévérité du trouble alimentaire, et d'autres variables ajoutées comme le perfectionnisme, les ruminations anorexiques, et la conscience intéroceptive), et partagerait l'enquête à plus de partenaires institutionnels afin de recueillir des résultats plus nombreux.

Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires (étude mixte) : quelles places et fonctions ?

Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2026). Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires (étude mixte) : Quelles places et fonctions ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2026.03.006>

(Muroni & Sudres, 2026)

Résumé

Contexte : L'acceptation inconditionnelle de soi (AIS) et l'auto-compassion (AC) sont des attitudes associées à de larges bénéfices en termes de santé psychologique notamment sur la régulation émotionnelle, l'image du corps et le perfectionnisme, variables souvent très impactés dans les troubles des conduites alimentaires.

Objectifs : Cette étude exploratoire mixte a été construite pour décrire les relations entre l'anorexie/boulimie et les caractéristiques psychoaffectives au regard de l'AIS/AC et explorer les perceptions et croyances des patients sur ces deux concepts.

Méthode : Une population de 130 femmes souffrant ou ayant souffert d'anorexie ou de boulimie ont répondu à une enquête en ligne contenant huit échelles psychométriques évaluant l'AIS, l'AC, l'image du corps, l'impact du trouble sur la qualité du vie, l'intention de rétablissement, la tolérance à la détresse, les mécanismes de défense et un questionnaire semi-directif explorant les représentations/croyances sur l'AIS et l'AC.

Résultats : L'AIS et l'AC sont positivement liés à la préservation de la qualité de vie, de l'image du corps, à certains mécanismes de défenses, et à la tolérance à la détresse. Le discours des participantes met en évidence leurs craintes (vulnérabilité émotionnelle, perte d'exigences, perte des bénéfices secondaires du trouble) et attentes (reconnexion émotionnelle et identitaire, diminution de l'auto-critique, amélioration des relations interpersonnelles) à l'adoption de l'AIS et de l'AC. Ces concepts sont perçus comme des leviers au rétablissement désirables par les participantes.

Discussion et conclusion : L'AIS et l'AC peuvent être des attitudes aidantes pour les patientes souffrant d'anorexie et de boulimie. L'analyse thématique suggère des pistes de présentation désirable de l'AIS et de l'AC, en appuis sur les attentes des patientes. La pertinence de l'AIS et de l'AC face aux freins au rétablissement des patientes montre l'importance d'une exploration approfondie de ces concepts dans des études exploratoires, mais aussi leur développement dans les soins.

Mots-clefs : Acceptation inconditionnelle de soi - Auto-compassion - Anorexie mentale - Boulimie nerveuse – Thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles (TCCE) - Trouble du comportement alimentaire

Abstract

Objectives: Unconditional self-acceptance (USA) and self-compassion (SC) are attitudes associated with numerous psychological benefits, in particular emotional regulation, body-image and perfectionism, which are often severely affected in anorexia nervosa and bulimia nervosa. However, the role of these concepts in these disorders is still poorly understood. Therefore, the aim of this mixed exploratory study was to observe the relationships between anorexia/bulimia nervosa, psychoaffective characteristics, and USA/SC; analyse the place of USA and SC in the trajectory of the disorder; and explore the participants' perceptions and beliefs about these two concepts.

Methods: 130 women suffering or who had suffered from anorexia or bulimia completed an online survey containing a socio-demographic questionnaire, eight psychometric scales evaluating USA (*Unconditional self acceptance scale*, USAQ), SC (*Self compassion scale*, SCS & *Fear of self compassion scale*, SCS-F), body image (*Body shape questionnaire 8 items version*, BSQ-8), ED's impact on quality of life (*The clinical impairment assessment*, CIA), intention to recover (*Predicting intentions to recover from anorexia nervosa*, PIRAN), distress tolerance (*Distress tolerance scale*, DTS), defence mechanisms (*Defense style questionnaire 40 items version*, DSQ-40), and a semi-structured questionnaire. Data were analysed using Jamovi and NVivo using comparisons of means, correlations and thematic analysis.

Results: USA and SC are positively related to preservation of quality of life, body image, specific defence mechanisms (humour, anticipation, sublimation), and distress tolerance. For recovered participants the mean scores remain lower than those of the general population, suggesting an untreated aspect of psychopathology. The mean scores are not statistically different between subtypes of eating disorders, suggesting the existence of a common pathological factor that requires further research. The intention to recover is not correlated with SC and USA, but is positively correlated with fear of self-compassion and negatively correlated with clinical impairment. The participants' discourse highlights their fears (emotional vulnerability, loss of standards, loss of secondary benefits) and expectations (emotional and identity reconnection, reduced self-criticism, improved interpersonal relationships) when adopting USA and SC. These concepts are perceived as desirable levers for recovery by the participants.

Conclusions: These findings follow the developing interest of emotion-focused approach for eating disorders in the third wave of cognitive and behavioural therapy. USA and SC can be helpful attitudes for patients suffering from anorexia and bulimia, at any stage of the disorder. The thematic analysis suggests desirable ways of presenting USA and SC, based on patients' expectations. The relevance of USA and SC to patients' obstacles to recovery shows the importance of exploring these concepts in depth through exploratory studies, but also the need to address them in psychological treatments.

Keywords: anorexia nervosa - bulimia nervosa - cognitive behavioural therapy - eating disorder - self-compassion - unconditional self-acceptance

Introduction : l'Acceptation Inconditionnelle de Soi (AIS) et l'Auto-Compassion (AC) à la croisée des chemins de la clinique des TCA

Rappelons que l'anorexie est caractérisée par une perte de poids importante et intentionnelle motivée par une peur intense de prendre du poids, tandis que la boulimie est caractérisée par des accès répétés d'hyperphagie compensées par des stratégies de contrôle pondéral, ces deux troubles étant liés à une préoccupation excessive pour l'apparence corporelle (Haute Autorité de Santé, 2010).

Cette étude s'inscrit dans un contexte où les connaissances scientifiques actuelles ne permettent pas de proposer aux patients adultes souffrant d'anorexie et boulimie des thérapies ayant démontré de manière robuste une efficacité, notamment pour les formes chroniques (Solmi et al., 2021). Ce constat s'inscrit dans un enjeu de santé publique majeur, compte tenu d'une part du risque de complications somatiques et de passages à l'acte suicidaire (parmi les plus importants des troubles psychiatriques) (Eeden et al., 2021), d'autre part de la multiplication par deux de la fréquence des troubles des conduites alimentaires (TCA) chez les étudiants durant la crise COVID-19 (Tavolacci et al., 2022).

Aujourd'hui, nombre de travaux consacrés à ces pathologies s'intéressent, avec une multitude de paradigmes complémentaires, aux facteurs déclencheurs pérennisant ces troubles. Ainsi, entre perfectionnisme et sentiment de honte, relations d'objets anaclitiques et développement du Moi perturbés, dysmorphophobie et dissociation corporelle, orthorexie nerveuse et comportement compensatoire, rigidité psychologique et défenses obsessionnelles, identification au trouble et déni, alexithymie et dysrégulation émotionnelle ; la liste de ces facteurs apparaît sans fin/faim même si nous pouvons les regrouper ici en deux grandes catégories : facteurs cognitifs ou de personnalité, et facteurs émotionnels ou affectifs. Mais d'autres études s'intéressent aussi aux différents leviers de rétablissement tels que défier le sentiment de honte et la tendance à l'auto-critique, ou développer des mécanismes de coping et se réapproprier son identité en dehors du TCA (Drinkwater et al., 2022; Mullen et al., 2020). D'ailleurs une récente revue de littérature sur les facteurs de motivation au changement dans les TCA (L. Robinson et al., 2024), souligne la place des facteurs externes (amitiés et soutien social) et des facteurs internes (renégociations identitaires, acceptation de soi, auto-compassion) sommes toutes encore peu explorés.

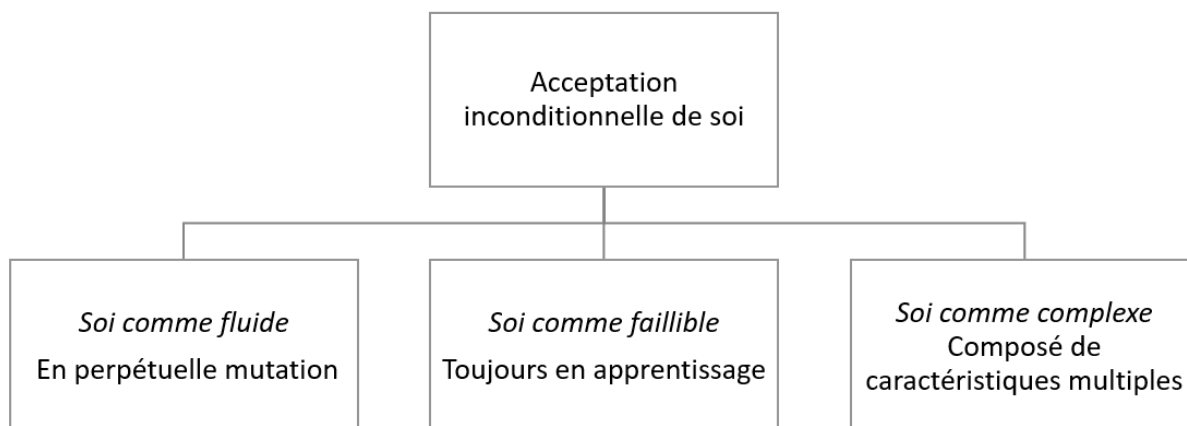
De rappels conceptuels en objectifs pragmatiques

Repères conceptuels

« L'acceptation inconditionnelle de soi », alternative proposée par Albert Ellis à l'estime de soi en Thérapie rationnelle et émotionnelle (Ellis, 2003) et poursuivie dans la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), est décrite comme la tendance d'un individu à ne pas reposer son sentiment de valeur personnelle sur des conditions changeantes comme la réussite et les échecs (Chamberlain & Haaga, 2001). Cette vision de soi a été peu étudiée pour les TCA, mais est pourtant composée de dimensions pouvant répondre aux facteurs de résistance aux soins dans ces pathologies. Un précédent travail (Muron & Sudres, 2023b), nous a amené à lier les trois dimensions de l'acceptation inconditionnelle de soi aux facteurs de maintien des TCA (Figure 1) :

- « un Soi Fluide » face à la rigidité psychologique et au perfectionnisme,
- « un Soi Faillible » face à l'intolérance à l'échec,
- « un Soi Complexe » face à un sens de soi souvent fragile et camouflé par l'identification au trouble.

Figure 1 : Dimensions de l'acceptation inconditionnelle de soi



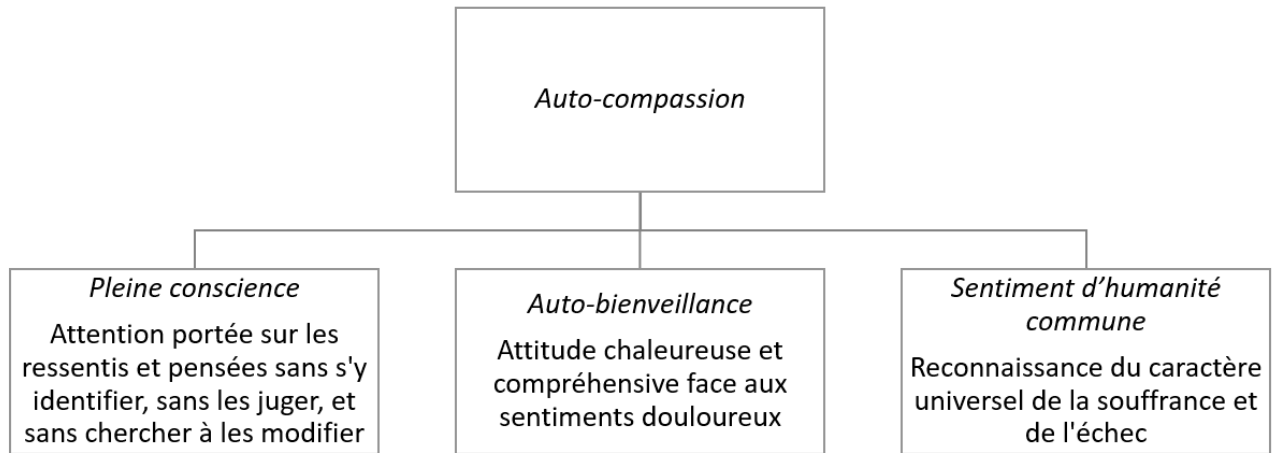
Pensée comme complémentaire à l'AIS (Dryden, 2013), « l'auto-compassion⁵ » (AC), est définie comme « la capacité d'un individu à être bienveillant et compatissant envers lui-même lorsqu'il se sent inadéquat, en échec, ou en souffrance » (Neff, 2003), et peut-être conceptualisée comme dépendant de processus affectifs, cognitifs, comportementaux et interpersonnels (Khoury & Dionne, 2022). L'AC a démontré un lien solide avec la santé mentale, notamment sur la dysrégulation émotionnelle (Pauksik et al., 2023a; Ewert et al., 2021), le sentiment de honte (Matos & Steindl, 2020), les comportements auto-agressifs (Cleare et al., 2019), et la rigidité psychologique (Rose et al., 2018). Dans le cadre plus focalisé des TCA, une faible AC est associée à la symptomatologie alimentaire (Liu et al., 2025; Linardon & Messer, 2023; Katan & Kelly, 2021), la mésestime corporelle et au désir de minceur (Cadena et al., 2024; C. Marques et al., 2021), au sentiment de honte et de la tendance à l'autocritique (Pauli et al., 2017), et une haute AC augmente la motivation aux soins (Kelly & Waring, 2018). Malgré de nombreux bénéfices, l'AC est souvent perçue avec des croyances négatives qui tendent à l'entraver, ce qui est d'autant plus saillant chez les patientes souffrant d'anorexie mentale (Kelly et al., 2021; Geller et al., 2020).

Là aussi, notre précédent travail (Muron & Sudres, 2023b), nous a amené à lier les trois dimensions de l'auto-compassion aux facteurs de maintien des TCA (Figure 2) :

- « la Pleine Conscience » face à l'évitement émotionnel voire l'alexithymie souvent retrouvée dans les troubles des conduites alimentaires,
- « l'Auto-bienveillance » face à l'auto-critique exacerbée et le perfectionnisme,
- « le Sentiment d'humanité Commune » face au sentiment de honte et d'isolement.

⁵ Il s'agit d'un sujet de recherche d'orientation troisième vague des thérapies comportementales émotionnelles et cognitives de plus en plus présent dans la littérature anglo-saxonne depuis ces 20 dernières années

Figure 2 : Dimensions de l'auto-compassion



Objectifs

Malgré l'intérêt grandissant pour l'AC dans la recherche sur les TCA, il n'existe pas à notre connaissance d'études évaluant les relations entre AC, AIS et symptomatologie anorexique et boulimique. Ainsi, il devient pertinent d'explorer les croyances des patientes sur ces concepts et processus thérapeutiques, et d'analyser ces relations en lien avec d'autres variables plus larges, centrées sur le développement psycho-affectif des patientes.

Notre objectif dans cette étude exploratoire mixte est donc :

- d'observer quantitativement les relations entre trouble du comportement alimentaire, caractéristiques psycho-affectives, ainsi qu'AC et AIS,
- d'analyser la place de l'AIS et de l'AC dans la trajectoire du trouble,
- d'explorer ce qu'en disent les participantes, leurs perceptions et croyances sur ces deux concepts et leurs fonctions dans le trouble.

Pour y répondre, nous avons mis en place une enquête en ligne contenant à la fois des questionnaires quantitatifs et qualitatifs.

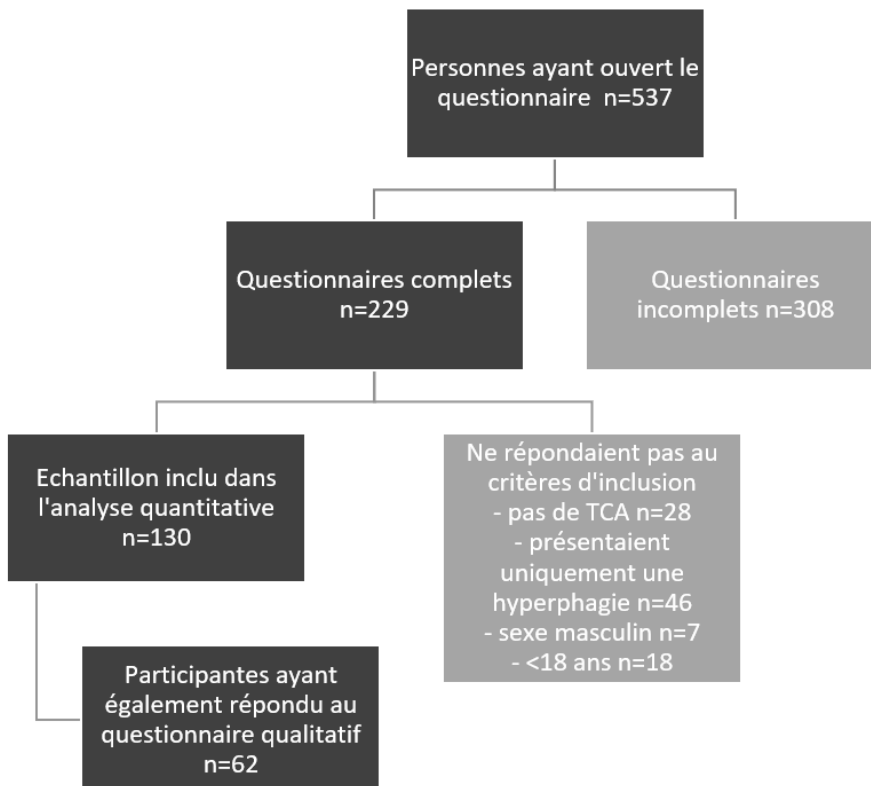
Méthode

Population

Après avis favorable du comité d'éthique de l'Université de Toulouse⁶, entre juillet 2023 et mars 2024, une enquête par le logiciel de création/gestion de questionnaires LimeSurvey a été partagée sur différentes plateformes/réseaux sociaux, forums/groupements professionnels et associations de patientes par échantillonnage boule de neige.

L'enquête a été complétée en totalité par 229 participantes (Figure 3). Après application des critères d'exclusion, l'échantillon de travail retenu se compose de 130 participantes (Tableau 1) âgées en moyenne de 28 ans (ET=11,2).

Figure 3 : Organigramme du recrutement des participants



⁶ Avis favorable rendu le 10 juillet 2023 (dossier 2023_680)

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques	Taille de l'échantillon n = 130	Anorexie	Boulimie
Âge	M = 28 ans ; E.T. = 11.2		
Anorexie	67,7 % (n = 88)		
Dont anorexie restrictive	41,5% (n = 54)		
Dont anorexie mixte	26,2% (n = 34)		
Boulimie	32,3% (n = 42)		
Durée du trouble			
< 3 ans	10.8% (n = 17)	9.3% (n = 12)	3.8% (n = 5)
3 - < 5 ans	15.3% (n = 25)	14.6% (n = 19)	4.6% (n = 6)
5 - < 7 ans	13.6 % (n = 22)	13.8% (n = 18)	3.1% (n = 4)
7 - < 10 ans	17.6% (n = 27)	12.3 % (n = 16)	8.5% (n = 11)
10 - < 15 ans	17% (n = 18)	8.5 % (n = 11)	5.4% (n = 7)
> 15 ans	25.6% (n = 21)	9.3% (n = 12)	7% (n = 9)

Outils d'investigation

Les participantes ont répondu à un questionnaire socio-démographique, huit échelles psychométriques réparties en trois sphères complémentaires (AIS et AC, symptomatologie du TCA, fonctionnement psycho-affectif) et un questionnaire semi-directif. Par-delà la validité des outils psychométriques standardisée, une pré-expérimentation a permis de s'assurer de la faisabilité, de la pertinence et du confort de passation du protocole.

Questionnaire socio-démographique

Ce questionnaire a permis de récolter des informations générales sur les participantes : sexe, âge, statut professionnel, statut conjugal/familial, poids, taille, type de TCA et durée du trouble, et nature du suivi en cours.

Outils de la « Sphère de l'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion »

- *Le questionnaire de l'acceptation inconditionnelle de soi (Unconditional self acceptance scale, USAQ)* (Chamberlain & Haaga, 2001) mesure le niveau d'acceptation inconditionnelle de soi. La fourchette des scores s'étend de 20 à 140. Plus le score est élevé, plus le niveau d'acceptation inconditionnelle de soi est haut. La moyenne des résultats de la population générale est de 81.56 (ET=17.50). L'alpha de Cronbach pour l'USAQ dans cette étude est de .86
- *L'échelle d'auto-compassion (Self compassion scale, SCS)* (Neff, 2003) permet d'évaluer le niveau de compassion qu'un individu a tendance à pratiquer envers lui-même. La fourchette des scores s'étend de 1 à 5. Plus le score est élevé, plus l'auto-compassion est forte. La moyenne des résultats de la population générale est de 2.88 (ET=0.79). L'alpha de Cronbach pour la SCS dans cette étude est de .93
- *L'échelle de la peur de l'auto-compassion (Self compassion scale – Fear, SCS-F)* (Gilbert et al., 2011) permet d'évaluer les croyances négatives vis-à-vis de l'auto-compassion. La fourchette des scores s'étend de 1 à 5. Plus le score est élevé, la crainte de l'auto-compassion est forte. La moyenne des résultats de la population générale féminine est de 15.09 (ET=9.59). L'alpha de Cronbach pour la SCS-F dans cette étude est de .92

Outils de la « Sphère TCA »

- *Le questionnaire d'image du corps (Body shape questionnaire 8 items version, BSQ-8)* (Evans & Dolan, 1993) mesure les préoccupations envers le poids et la forme du corps. Les fourchettes des scores s'étendent de 8 à 46. Plus le score est élevé, plus la préoccupation corporelle est forte. La moyenne des résultats de la population générale féminine est de 20 (Welch et al., 2012). L'alpha de Cronbach pour la SCS-F dans cette étude est de .89
- *Le Questionnaire d'altération clinique (The clinical impairment assessment, CIA)* (Bohn et al., 2008) mesure le niveau d'altération de la qualité de vie due à la présence d'un trouble du comportement alimentaire, de manière globale et dans trois domaines spécifiques (personnel, cognitif, social). L'alpha de Cronbach pour la SCS-F dans cette étude est de .96
- *Le questionnaire de Prédiction d'intention de rétablissement de l'anorexie mentale (Predicting intentions to recover from anorexia nervosa, PIRAN)* (Dawson, Mullan, et al., 2014) permet d'évaluer l'intention de rétablissement des personnes atteintes d'anorexie mentale. La fourchette des scores s'étend de 0 à 250, plus le score est élevé, plus l'intention de se rétablir est forte. L'alpha de Cronbach dans cette étude est de .67

Outils de la « Sphère psycho-affective »

- *Le questionnaire des mécanismes de défense (Defense style questionnaire 40 items version, DSQ-40) (Andrews et al., 1993) mesure la présence de 16 mécanismes de défense considérés comme matures, névrotiques, ou immature. L'alpha de Cronbach dans cette étude est de .75*
- *L'échelle de tolérance à la détresse (Distress tolerance scale, DTS) (Simons & Gaher, 2005) mesure le niveau de tolérance à la détresse, c'est-à-dire la capacité à tolérer les émotions négatives et à maintenir une activité orientée vers un but lorsqu'on est confronté à la souffrance. Le score total varie de 1 à 5, les scores les plus élevés indiquant des niveaux plus élevés de tolérance à la détresse. D'après les auteurs, la moyenne des résultats de la population générale est de 2.93 (ET = 0.80) (Wagener & Blairy, 2015). L'alpha de Cronbach pour la DTS dans cette étude est de .92*

Questionnaire semi-directif

Des questions semi-directives libres à propos de l'AIS et de l'AC ont été proposées en fin d'enquête afin d'explorer les représentations et croyances des participantes sur ces concepts avec des questions de type : « *Qu'est-ce que vous pensez du concept d'auto-compassion ? Est-ce qu'il vous concerne ?* » ou « *Quels avantages et / ou inconvénients aurait l'acceptation inconditionnelle de soi, pour les personnes qui souffrent de troubles du comportement alimentaire ?* »

Une présentation préalable a été réalisée sous la forme de l'information conceptuelle standardisée suivante : « *L'acceptation inconditionnelle de soi signifie la capacité qu'un individu a de s'accepter pleinement et sans condition, qu'il se comporte de manière intelligente, correcte, compétente ou non, et que les autres l'approuve, le respecte, l'aime ou non. Il ne s'agit donc pas de s'aimer, mais de s'accepter telle que l'on est pour l'instant. L'auto-compassion signifie la capacité d'un individu à être bienveillant et compatissant envers lui-même quand il se sent inadéquat, en échec, ou en souffrance* ».

Traitement des données

La distribution ne suivant pas une loi normale, des analyses descriptives et des analyses non-paramétriques (comparaisons de moyennes par ANOVA et corrélations de Spearman) ont été effectuées le logiciel Jamovi pour les données quantitatives. Pour les données qualitatives, le logiciel d'analyse du discours Nvivo 12 a été retenu ainsi qu'une analyse thématique manuelle

classique afin d'illustrer les perceptions de l'AIS et de l'AC dans le cadre des différentes trajectoires des TCA et de leurs rétablissements.

Résultats

Notre objectif dans cette étude exploratoire mixte est donc :

- d'observer quantitativement les relations entre trouble du comportement alimentaire, caractéristiques psycho-affectives, ainsi qu'AC et AIS,
- d'analyser la place de l'AIS et de l'AC dans la trajectoire du trouble,
- d'explorer ce qu'en disent les participantes, leurs perceptions et croyances sur ces deux concepts et leurs fonctions dans le trouble.

Caractéristiques singulières de la population

Près de 67,7 % des personnes déclarent être ou avoir été concernées par l'anorexie et 32,3% par la boulimie, avec une durée des troubles plus importante pour l'anorexie (Tableau 1). Près de 70% d'entre elles se considèrent comme « Non-rétablies » et 30% comme « Rétablies ». Cette distinction est déclarative, vérifiée à la fois par leur l'IMC et leurs les réponses au questionnaire d'impact du TCA sur la qualité de vie (CIA).

Un test de Mann–Whitney montre que, par rapport à la population générale, les participantes (rétablies ou non) ont un plus faible niveau d'auto-compassion [$U = 802$, $p < .001$], d'acceptation inconditionnelle de soi [$U = 1028$, $p < .001$], de tolérance à la détresse [$U = 224$, $p < .001$], ainsi qu'une plus grande peur de l'auto-compassion [$U = 7817$, $p < .001$] et des préoccupations corporelles plus importantes [$U = 8033$, $p < .001$].

Place des variables mesurées dans une population anorexique et boulimique

Quelques corrélations sont plus saillantes chez l'ensemble des participantes : l'AC et l'AIS sont négativement corrélées à l'altération de l'image du corps (AC $r = -.5$), (AIS $r = -.52$) et à l'impact du TCA sur la qualité de vie (AC $r = -.42$) (AIS $r = -.41$), et positivement corrélées à la tolérance à la détresse (AC $r = .53$) (AIS $r = .37$). L'intention de rétablissement n'est pas corrélée à l'AC et

l'AIS, mais est positivement corrélée à la peur de l'auto-compassion et négativement corrélée à l'altération clinique (Tableau 2).

Tableau 2 : Matrice de corrélation sur échantillon total (n=130)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. AC	—							
2. Peur de l'AC	-0.635***	—						
3. AIS	0.712***	-0.586***	—					
4. Image du corps	-0.500***	0.490***	-0.520***	—				
5. Altération clinique	-0.423***	0.354***	-0.419***	0.572***	—			
6. Tolérance à la détresse	0.530***	-0.296***	0.373***	-0.231**	-0.358***	—		
7. Intention de rétablissement	-0.084	0.184*	-0.098	0.071	-0.208*	0.105	—	
8. IMC	0.188*	-0.188*	0.179*	-0.053	-0.336***	0.123	0.175*	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Concernant les mécanismes de défense, ceux statistiquement positivement corrélés à l'AC et l'AIS sont des mécanismes matures comme l'humour (AC $r = .311$) (AIS $r = .259$), l'anticipation (AC $r = .235$), et la sublimation (AC $r = .207$) (AIS $r = .194$). Tandis que les mécanismes de défense statistiquement négativement corrélés à l'AC et l'AIS sont des mécanismes névrotiques et immatures comme la rêverie (AC $r = -.404$) (AIS $r = -.399$), le clivage (AC $r = -.338$) (AIS $r = -.359$), et la projection (AC $r = -.308$) (AIS $r = -.330$).

L'AIS et de l'AC selon la trajectoire du TCA

Les différences de moyennes entre les participantes souffrantes et les participantes rétablies vont dans le sens attendu : nous observons chez les participantes rétablies plus d'auto-compassion et

d'acceptation inconditionnelle de soi, moins de peur de l'auto-compassion, moins d'altération de l'image du corps, plus de tolérance à la détresse, et une meilleure qualité de vie. Des comparaisons intergroupes (test de Mann-Whitney) permettent de dégager des différences significatives de moyennes. On observe pour la dimension Isolation de la SCS des scores significativement plus élevés pour les participantes non-rétablies ($M = 3.49$, $ET = 0.95$) que pour les participantes rétablies ($M = 3.12$, $ET = 0.99$), $p = .026$, avec une taille d'effet faible ($d = 0.06$) ; des scores plus élevés de peur de l'auto-compassion pour les participantes non-rétablies ($M = 31.08$, $ET = 13.78$) que pour les participantes rétablies ($M = 26.38$, $ET = 14.5$), $p = .03$, avec une taille d'effet faible ($d = 0.33$). Nous n'avons retrouvé aucune différence significative entre les participantes anorexiques restrictives, mixtes, et boulimiques.

Parmi les participantes non-rétablies, nous observons une AC et AIS faible qui se répartie de façon homogène chez les participantes en phase aigüe (TCA présent depuis moins de 3 ans), mais hétérogène chez les participantes avec un TCA durant depuis plus de 10 ans. D'un point de vue statistique, ces différences ne sont pas significatives et les tailles d'effets sont faibles, ces différents groupes en fonction de la durée du trouble étant composés de petits échantillons.

Analyse qualitative du discours : « ce qu'en disent les participantes »

62 participantes de l'échantillon de travail ont également répondu à sept questions semi-directives à la fin du questionnaire. Ces questions ont pour objectif d'explorer les perceptions et croyances des participantes vis-à-vis de l'acceptation inconditionnelle de soi et de l'auto-compassion, en général et envers elles-mêmes. Parmi ces 62 participantes, 31% se considèrent comme rétablies, et 69% comme actuellement souffrantes de TCA (dont 39.5% d'anorexie restrictive, 39.5% d'anorexie mixte, et 20.9% de boulimie). Les réponses ne permettent pas de distinguer de différence statistique entre les participantes rétablies et non-rétablies. La relation entre les participantes et l'AIS/AC se présente donc comme un indicateur de symptomatologie qui semble échapper aux soins, et les réponses des participantes permettent de mettre en lumière une souffrance d'ordinaire peu explorée.

L'analyse thématique révèle quatre thèmes principaux : la perception de l'AIS et de l'AC, la relation entre ces concepts et les TCA, ainsi que les risques et avantages perçus à l'adoption de l'AIS et de l'AC.

Des attitudes désirables... parfois inconfortables

La quasi-totalité (91%) des participantes identifient l'AC et l'AIS comme des attitudes très positives. Quelques participantes perçoivent l'AC comme une attitude inconfortable ou associée à une idée de « mollesse », et l'AIS est perçue par quelques autres avec un rejet plus franc car associé à de l'« arrogance ». Les deux concepts sont perçus avec la même désirabilité pour la majorité des participantes.

Des attitudes désirables... qui paraissent de prime abord impossibles

De nombreuses participantes (n=25) estiment que l'AIS et l'AC sont des attitudes « inatteignables » pour elles. Quelques participantes émettent une certaine surprise à la découverte de ce concept, encore impensé « *je ne me suis jamais posée la question* ». Certaines participantes identifient la « haine » de soi, la « honte » et le manque de « légitimité » comme freins à l'adoption de cette attitude. Plusieurs (n=17) participantes estiment l'AIS et l'AC comme possibles au bout d'un long apprentissage, et identifient des leviers comme s'appuyer sur leur soutien social « *j'ai besoin de me mettre dans la peau d'un proche pour savoir ce qu'il me dirait* » et reconstruire leur image d'elle-même « *ça nécessite une reconstruction de la perception que nous avons de notre valeur* ». Plusieurs participantes pointent également l'écart entre la façon dont elles se traitent et la compassion dont elles sont pourtant capables envers les autres.

S'autoriser à imaginer l'AIS et l'AC

L'AIS et l'AC sont explicitement perçues par quatre participantes comme un inconnu « effrayant ». Celles-ci perçoivent l'adoption de l'AIS et de l'AC comme des facteurs de rétablissement, mais un rétablissement pour l'instant mis à distance « *changer ma façon de me percevoir m'effraie, j'ai peur de m'accepter, je préfère rester dans une souffrance connue que dans un bien être inconnu* ». Une jeune participante souffrant d'anorexie chronique se surprend pourtant à se projeter en détails dans l'auto-compassion, et à y voir un levier de rétablissement « *si on compatit réellement pour soi-même, alors on voudra guérir et ne plus se faire du mal* ». Pour d'autres, l'AIS et l'AC sont vues comme les portes de sortie d'une « impasse ».

Risques perçus de l'AIS et de l'AC***Perte d'un idéal personnel***

La majorité des participantes identifient le perfectionnisme et l'auto-critique comme un frein majeur à l'adoption d'auto-compassion, notamment dans les moments d'échec ou de difficulté à atteindre leurs objectifs. D'autres avancent la croyance que l'auto-compassion est une forme de récompense qui se « *mérite* » ou un signe de faiblesse. S'autoriser à être plus compatissantes envers elles-mêmes et moins sévères est associé à l'idée de ne plus être capable d'atteindre des objectifs, et à une perte de contrôle « *j'ai peur de faire encore plus d'erreurs, de devenir laxiste avec moi-même au point de ne plus faire aucun effort* ».

Perte de l'armure du TCA

Certaines participantes avec un faible niveau d'intention de rétablissement évoquent la crainte que l'AIS et l'AC viendraient faire voler en éclat le sentiment de narcissisation qu'apporte le trouble alimentaire « *maigrir ça nous fait nous sentir valide, acceptée, un peu nous apprécier* », ainsi qu'un sens de Soi « *les TCA font partie de mon identité et les abandonner me ferait perdre mes repères et qui je suis* ». Trois autres participantes amènent l'idée que l'auto-compassion et le renoncement au perfectionnisme entraînerait nécessairement la prise de poids tant redoutée « *l'inconvénient, c'est que je prendrai du poids et je deviendrai obèse* ».

Retrouver une vulnérabilité émotionnelle

La tendance à éviter ses ressentis par l'anesthésie émotionnelle provoquée par la restriction ou la purge est identifiée par deux participantes comme un bénéfice secondaire des TCA « *les TCA me permettent de gérer mon stress et apaiser mes angoisses* ». Cette mise à distance émotionnelle confère à certaines participantes un sentiment de maîtrise qu'elles ne sont pas prêtes à délaisser. Pourtant, deux participantes reconnaissent l'échec de cette stratégie « *on ne règle jamais ce qui nous dérange et on s'enfonce un peu plus dans la maladie* ». D'autres patientes montrent une confusion entre acceptation et résignation, amenant l'idée d'une crainte de ne plus être en recherche de changement et d'amélioration « *s'accepter c'est empêcher les progrès, ne plus avoir d'espoir de transformation* ».

Avantages perçus de l'AIS et de l'AC

La majorité des participantes, y compris celles qui ont d'abord parlé de l'AIS et de l'AC comme d'attitudes impossibles ou présentant des inconvénients, identifient au fur et à mesure du questionnaire une grande variété d'avantages à ces attitudes.

Une reconnexion émotionnelle

De nombreuses participantes perçoivent dans l'AC une façon de reprendre contact avec leurs émotions « *aller chercher en soi et accepter de voir que c'est parfois moche, triste, joyeux, ou beau* » « *se reconnecter à un soi oublié et amener de la chaleur, de la vie* », et d'augmenter leur tolérance à la détresse « *apprendre à accepter les ressentis pénibles et cesser cette lutte* ». D'autres évoquent l'idée de s'autoriser du plaisir. La diminution du sentiment de honte est également mentionnée par plusieurs participantes « *je pourrai dessiner mon corps sans fermer les yeux sur ce qui me fait mal ou honte* ».

Une diminution de l'auto-critique sévère

Plusieurs affirmations reflètent l'idée que développer l'AIS et l'AC améliorerait la capacité des participantes à tolérer l'erreur avec « *souplesse* » et à s'autoriser un comportement doux envers elles-mêmes dans ces moments d'échec, imaginant finalement une meilleure capacité à aller vers leurs désirs et objectifs « *j'aurais moins peur de me tromper, puisque je ne me punirai pas !* ». Une participante a également identifié que l'auto-compassion lui permettrait d'offrir de la « *reconnaissance* » à son corps, et plusieurs participantes identifient l'impact quotidien des injonctions sociales féminines à l'idéal de minceur, voyant dans l'AIS/AC un moyen de se détourner de ces injonctions.

Une amélioration des relations interpersonnelles

Ce re-contact avec ses émotions et ses besoins apparaît pour certaines participantes comme un moyen de développer une « *spontanéité* » dans les rapports aux autres « *je pourrai être plus extravertie, plus authentique* », mais aussi comme une source d'aide au développement de l'affirmation de soi « *je m'autoriserais à formuler des oui et des non plus vrais* ».

Des réaménagements identitaires

Pour plusieurs participantes, apprendre à pratiquer l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi conduirait à un sentiment de « *liberté* » et à une porte ouverte au « *champ des possibles* ». Cette ouverture est identifiée comme une façon de (re)construire leur identité : « *apprendre que je suis plus qu'un corps* » « *se découvrir et se comprendre* ». La capacité à identifier et exprimer ses besoins est également décrite comme une conséquence désirable de l'AIS

et de l'AC « *j'aurais moins le sentiment de devoir compenser les échecs, prouver ma valeur, repousser mes limites voire les sacrifier, placer les résultats au-dessus de mes besoins* ». D'autres participantes imaginent via l'AIS et l'AC un meilleur sentiment d'efficacité personnelle et de renarcissisation que par le contrôle alimentaire.

Une nouvelle motivation au rétablissement

L'AIS et l'AC sont fortement associées à l'idée d'entrée dans le rétablissement, notamment en trouvant une alternative entre insatisfaction corporelle et amour de soi irréaliste « *atteindre une forme de neutralité (VS "body positivity"), quand l'amour de soi ou la célébration de son corps paraît trop difficile, impossible, hors d'atteinte* ». Certaines participantes intègrent l'acceptation comme une aide au changement, voire comme sa condition préalable. D'autres mettent en avant un lien explicite entre rétablissement et auto-compassion, en se projetant dans un avenir de rémission « *l'auto-compassion c'est se dire : je mérite de m'en sortir* ».

Parmi les répondantes, 15 affirment pratiquer des attitudes d'auto-compassion et d'acceptation de soi au quotidien. Parmi elles, il n'y a pas de différence significative entre participantes rétablies ou souffrant actuellement de TCA, ni entre type de trouble. Les participantes rétablies font un lien explicite entre leur rétablissement et leur capacité à être plus acceptantes et bienveillantes envers elles-mêmes « *Quoique je fasse, j'ai désormais ce respect inconditionnel. Je me juge moins, et surtout j'essaie de nouvelles choses sans avoir d'attentes de réussites. Je me laisse guider par les opportunités en étant davantage douce avec moi-même* ». Nous pouvons observer certaines différences entre ces participantes et le reste de notre échantillon : elles ont toutes un IMC supérieur à 16, utilisent des mécanismes de défense similaires (humour, anticipation, passage à l'acte), et montrent des différences significatives aux variables mesurées en comparaison avec l'échantillon total (meilleure AC, AIS, image du corps, qualité de vie, tolérance à la détresse).

Discussion

L'objectif de cette étude était d'explorer les relations entre acceptation inconditionnelle de soi, auto-compassion, et symptomatologie des troubles du comportement alimentaire, tant d'un point

de vue quantitatif que d'un point de vue qualitatif, en tenant compte de la trajectoire du TCA, et en recueillant les croyances des participantes sur ces concepts et leurs relations.

L'AIS et l'AC : quelle relation avec l'anorexie et la boulimie ?

Les résultats de cette étude permettent de démontrer un niveau plus faible d'auto-compassion chez les participantes souffrants ou ayant souffert d'anorexie et de boulimie, comparativement à la population générale. Cette faible tendance à recourir à l'auto-compassion mais aussi à l'acceptation inconditionnelle de soi est à mettre en relation avec un fonctionnement rigide de perfectionnisme (Ahvan et al., 2025), et à des mécanismes de défense recourant à l'inhibition mentale, voire à une distorsion plus ou moins majeure de l'image de soi et de la réalité (Chabrol & Callahan, 2018). Les réponses des participantes au questionnaire semi-directif permettent d'observer plus finement comment se traduit cette rigidité au quotidien et son impact sur le développement de l'AIS et l'AC. Dans cette étude, nous observons que cette tendance est commune et indifférenciée entre participantes anorexiques (restrictive ou mixte) et participantes boulimiques, ce qui indique une même pertinence de l'utilisation de l'AC et de l'AIS pour ces deux troubles.

Les personnes souffrant de TCA voient généralement cette rigidité cognitive se cristalliser à mesure que leur IMC baisse, entraînant un cercle vicieux bloquant les leviers de rétablissement. Dans notre étude, les participantes avec des IMC bas ont en effet tendance à moins d'auto-compassion, moins d'acceptation inconditionnelle de soi, et plus de peur de l'auto-compassion que les participantes avec un IMC plus préservé.

De façon attendue, l'AC et l'AIS sont identifiées dans cette étude comme positivement liées à l'image du corps et à la qualité de vie, mais aussi à la tolérance à la détresse (celle-ci permettant la pleine conscience nécessaire à l'AC et l'AIS). L'AC et l'AIS ne sont, contrairement à notre hypothèse, pas corrélées à l'intention de rétablissement. Néanmoins, celle-ci est négativement liée à la peur de l'auto-compassion, et les participantes ont pu expliciter leurs peurs liées lien AIS/AC et rétablissement (vulnérabilité émotionnelle, perte d'exigences, perte des bénéfices secondaires du trouble). La question « Et si, comme par magie... » a permis de mobiliser leurs capacités d'imagination et de dépasser ces craintes pour imaginer de nombreux avantages à l'AIS et l'AC.

Quand observe-t-on le développement de l'AIS et de l'AC ?

Cette étude permet également d'explorer de façon assez novatrice la place de l'AIS et de l'AC en fonction de l'évolution du trouble alimentaire. Si les participantes rétablies ont montré des résultats allant dans le sens d'un fonctionnement psychologique plus apaisé, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence vis-à-vis de l'AIS et de l'AC en fonction de la durée du trouble, et ces deux variables restent tout de même faibles chez les participantes rétablies par rapport à la population générale. Cela va dans le sens de précédentes recherches (Braun et al., 2016) supposant la préexistence d'une faible AIS/AC au développement du trouble alimentaire.

Nous observons également une répartition plus hétérogène des moyennes d'AIS et d'AC des participantes souffrant de TCA depuis plus de 10 ans, ainsi qu'une corrélation positive et significative entre âge et niveau d'AC/AIS. L'auto-compassion a tendance à augmenter avec l'âge (Karakasidou et al., 2020), notamment les sous-dimensions liées aux biais de « tout ou rien » ou de maximalisation, et à la capacité de prise de recul (jugement, isolation, sur-identification). Nous observons aussi avec l'âge une diminution significative de la peur de l'auto-compassion, et une augmentation significative de l'acceptation inconditionnelle de soi. L'impact du trouble sur la qualité de vie a également tendance à baisser avec l'âge.

Ces résultats nous ramènent à un débat ancien sur ce que les termes de « rétablissement » ou de « guérison » décrivent (Tomba et al., 2019). Dans notre étude, nous observons une disparité entre, d'un côté, certaines participantes rétablies montrant la persistance d'une extrême sévérité envers elles-mêmes, et d'un autre côté, des participantes avec un trouble chronicisé mais qui s'accompagne d'autres signes cliniques améliorés, suggérant une accommodation du quotidien autour du trouble, ce qui est souvent observé dans la pratique clinique de sujets chronicisés. La faible AIS et AC étant peu ciblées par les thérapies habituellement proposées aux patientes, elles restent des souffrances non traitées et durables, présentant potentiellement des facteurs de rechute.

La question de la temporalité de l'AIS et de l'AC dans la trajectoire de développement des TCA est essentielle pour l'application de ces concepts dans les espaces de soin. Les propos des participantes confirment d'autres études qualitatives mettant en avant le point de départ du rétablissement dans l'exploration d'une identité en dehors du trouble, ainsi que l'amélioration de la tolérance à la détresse (Drinkwater et al., 2022). Pour répondre à ces leviers de soin, le travail

thérapeutique basé sur l’AIS propose aux patientes l’exploration de leur sens du Soi, y compris émotionnel (Oldershaw et al., 2019), tandis que l’AC permet l’apprivoisement des sentiments de honte, d’inaptitude, et de détresse. L’AIS et l’AC peuvent donc être des portes d’entrées, acceptables par toutes les patientes, dans le changement de leur façon de s’adresser à elles-mêmes et de réguler leurs émotions désagréables.

Conclusions

Principaux résultats

Cette étude permet de démontrer dans une population anorexique et boulimique des liens forts entre acceptation inconditionnelle de soi, auto-compassion, qualité de vie, image du corps, mécanismes de défenses, et tolérance à la détresse ; liens qui se poursuivent même après le rétablissement du trouble. Les résultats qualitatifs mettent en évidence les craintes et attentes à l’adoption de l’AIS et de l’AC, perçues comme des leviers au rétablissement désirables par les personnes souffrant d’anorexie et de boulimie.

Limites de l’étude

Le recrutement en ligne de l’échantillon peut induire un manque de représentativité, ne sélectionnant que des participantes habituées à l’utilisation des réseaux sociaux et présentes dans des communautés discutant des troubles alimentaires, de santé mentale, ou de l’alimentation en général. Certains choix de questionnaires pourraient être revus, certaines versions courtes des questionnaires (par exemple la version DSQ-28) ou plus adaptées à cette population (par exemple l’ANSOCQ au lieu du PIRAN) auraient pu être choisis. Enfin, la nature corrélationnelle de cette étude ne permet de déterminer une causalité entre AIS, AC et symptomatologie des troubles alimentaires.

De dispositifs en applications

Les réponses qualitatives des participantes font écho aux outils thérapeutiques préconisées par Neff (Neff, 2011), et les résultats de cette étude enrichissent ces connaissances, permettant de dégager des pistes de développement de l’AC et de l’AIS chez les patientes :

- Présenter l'AIS et l'AC aux patientes en tenant compte de leurs *a priori* négatifs. L'association entre bienveillance et « faiblesse »/« mollesse », ou encore entre acceptation et « laxisme »/« résignation », demandent aux thérapeutes une adaptation de leur discours : déconstruire la croyance que l'auto-critique aiderait à l'accomplissement, et de décrire l'AC avec un vocabulaire associé aux valeurs des patientes : force mentale, courage, affirmation de soi, gestion émotionnelle ;
- Investiguer les mécanismes de défense facilitateurs de l'AIS et de l'AC : l'humour et l'anticipation ;
- S'appuyer sur leur compassion pour autrui et leur soutien social ;
- Cette exploration thérapeutique de l'AIS et de l'AC peut se proposer à la fois en suivi individuel et groupal, l'un pouvant conduire à l'exploration intime des croyances limitant leur adoption, l'autre pouvant permettre un apprentissage par modélisation et par appui sur la compassion à autrui et au sentiment d'humanité commune.

Prospectives cliniques

D'autres recherches de type expérimental seraient nécessaires afin d'explorer une éventuelle causalité entre une haute AIS/AC et rétablissement, ou sur une faible AIS/AC comme facteur prédicteur de rechute. Pour répondre à ces questions, à l'instar d'autres études expérimentales sur l'AC (Mullen et al., 2020; Oldershaw et al., 2022; P. R. Williams, 2018), nous avons dans une recherche complémentaire expérimenté un groupe thérapeutique basé sur l'AIS et l'AC auprès d'une population hospitalisée souffrant d'anorexie et de boulimie. Cette expérimentation et ses futures reproductions seront pour les participantes l'occasion de développer leur AIS et AC dans un cadre sécurisé et contenant, où le groupe et l'investigateur tiennent un rôle de modélisation durant les ateliers. L'AIS et l'AC sont des concepts pertinents pour la prise en soin des troubles des conduites alimentaires, et chercheurs et cliniciens montrent un intérêt grandissant pour les thérapies basées sur la compassion. Cet intérêt international est cependant encore peu présent en France et gagnerait à être développé en lien avec les acteurs de soin, dans l'objectif d'enrichir les prises en charge proposées aux patientes.

Points essentiels

- Les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires ont tendance à montrer peu d'acceptation inconditionnelle de soi et peu d'auto-compassion. Cette tendance se poursuit même chez les personnes rétablies du TCA.
- L'AIS et l'AC sont fortement corrélées à l'image du corps, la tolérance à la détresse, et à la qualité de vie des personnes souffrant de TCA.
- Les personnes concernées par les TCA ont certaines craintes vis-à-vis de l'AIS et de l'AC, mais de plus nombreuses attentes et espoirs.

Déclaration de lien d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge. 2010.
- [2] Solmi M, Wade TD, Byrne S, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2021;8:215–24. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30566-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30566-6).
- [3] Eeden A, Hoeken D, Hoek H. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry* 2021;Publish Ahead of Print. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>.
- [4] Tavolacci MP, Ladner J, Dechelotte P. Forte augmentation de la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les étudiants pendant la pandémie COVID-19. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2022;36:S28–9. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2021.12.053>.
- [5] Drinkwater D, Holttun S, Lavender T, et al. Seeing Through the Façade of Anorexia: A Grounded Theory of Emotional Change Processes Associated With Recovery From Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychiatry* 2022;13:868586. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.868586>.
- [6] Mullen G, Dowling C, Doyle J, et al. Experiences of compassion focused therapy in eating disorder recovery: A qualitative model. *Counselling and Psychotherapy Research* 2020;20:248–62. <https://doi.org/10.1002/capr.12283>.
- [7] Robinson L, Flynn M, Cooper M. Individual differences in motivation to change in individuals with eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders* 2024;57:1069–87. <https://doi.org/10.1002/eat.24178>.
- [8] Ellis A. Early Theories and Practices of Rational Emotive Behavior Therapy and How They Have Been Augmented and Revised During the Last Three Decades. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* 2003;21:219–43. <https://doi.org/10.1023/A:1025890112319>.

- [9] Chamberlain JM, Haaga DAF. Unconditional Self-Acceptance and Psychological Health. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 2001;19:163–76. <https://doi.org/10.1023/A:1011189416600>.
- [10] Muroi O, Sudres J-L. L'acceptation inconditionnelle de soi et l'autocompassion : une autre clinique de l'anorexie mentale ? *Soins Psychiatrie* 2023. <https://doi.org/10.1016/j.soins.2023.10.011>.
- [11] Dryden W. Unconditional self-acceptance and self-compassion. In: Bernard ME, editor. *The strength of self-acceptance: Theory, practice and research.*, New York, NY: Springer Science + Business Media; 2013, p. 107–20. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6806-6_7.
- [12] Neff K. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity* 2003;2:223–50. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>.
- [13] Khoury B, Dionne F. Les dimensions incarnée et interpersonnelle de la compassion. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 2022;180:S57–65. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.11.018>.
- [14] Paucsik M, Nardelli C, Bortolon C, et al. Self-compassion and emotion regulation: Testing a mediation model. *Cognition and Emotion* 2023;37:49–61. <https://doi.org/10.1080/02699931.2022.2143328>.
- [15] Ewert C, Vater A, Schröder-Abé M. Self-Compassion and Coping: a Meta-Analysis. *Mindfulness* 2021;12:1063–77. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01563-8>.
- [16] Matos M, Steindl SR. “You are already all you need to be”: A case illustration of compassion-focused therapy for shame and perfectionism. *Journal of Clinical Psychology* 2020;76:2079–96. <https://doi.org/10.1002/jclp.23055>.
- [17] Cleare S, Gumley A, O'Connor RC. Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2019;26:511–30. <https://doi.org/10.1002/cpp.2372>.

- [18] Rose A, McIntyre R, Rimes KA. Compassion-Focused Intervention for Highly Self-Critical Individuals: Pilot Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2018;46:583–600. <https://doi.org/10.1017/S135246581800036X>.
- [19] Liu J, Conner M, O'Connor DB. Trait self-compassion, daily stress and eating behaviours: a daily diary study. *Psychology & Health* 2025;0:1–16. <https://doi.org/10.1080/08870446.2025.2575070>.
- [20] Linardon J, Messer M. Reciprocal Associations Between Self-compassion and Eating Disorder Symptoms: an 8-month Longitudinal Study. *Mindfulness* 2023;14:141–7. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-02031-1>.
- [21] Katan A, Kelly AC. A two-week daily diary study examining the association between daily self-compassion and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2021;54:1438–48. <https://doi.org/10.1002/eat.23533>.
- [22] Belle Rosales Cadena S, Iyer A, Webb TL, et al. Understanding the relationship between self-compassion and body dissatisfaction. *Journal of Applied Social Psychology* 2024.
- [23] Marques C, Simão M, Guiomar R, et al. Self-disgust and urge to be thin in eating disorders: how can self-compassion help? *Eat Weight Disord* 2021;26:2317–24. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01099-9>.
- [24] Pauli D, Aebi M, Winkler Metzke C, et al. Motivation to change, coping, and self-esteem in adolescent anorexia nervosa: a validation study of the Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ). *J Eat Disord* 2017;5:11. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0125-z>.
- [25] Kelly AC, Waring SV. A feasibility study of a 2-week self-compassionate letter-writing intervention for nontreatment seeking individuals with typical and atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2018;51:1005–9. <https://doi.org/10.1002/eat.22930>.
- [26] Kelly AC, Katan A, Sosa Hernandez L, et al. Why would I want to be more self-compassionate? A qualitative study of the pros and cons to cultivating self-compassion in individuals with anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology* 2021;60:99–115. <https://doi.org/10.1111/bjc.12275>.

- [27] Geller J, Kelly AC, Samson L, et al. The relation between two barriers to self-compassion and clinical characteristics in individuals with eating disorders. *European Eating Disorders Review* 2020;28:766–72. <https://doi.org/10.1002/erv.2764>.
- [28] Gilbert P, McEwan K, Matos M, et al. Fears of compassion: Development of three self-report measures: Fears of compassion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2011;84:239–55. <https://doi.org/10.1348/147608310X526511>.
- [29] Evans C, Dolan B. Body Shape Questionnaire: Derivation of shortened “alternative forms.” *International Journal of Eating Disorders* 1993;13:315–21. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199304\)13:3<315::AID-EAT2260130310>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199304)13:3<315::AID-EAT2260130310>3.0.CO;2-3).
- [30] Bohn K, Doll HA, Cooper Z, et al. The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy* 2008;46:1105–10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.06.012>.
- [31] Dawson L, Mullan B, Rhodes P, et al. Developing a measure to assess motivation and self-efficacy in anorexia nervosa using the Theory of Planned Behaviour. *Journal of Eating Disorders* 2014;2:O46. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-2-S1-O46>.
- [32] Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1993;181:246.
- [33] Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motiv Emot* 2005;29:83–102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>.
- [34] Wagener A, Blairy S. Version française de la Distress Tolerance Scale et de la Discomfort Intolerance Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science* 2015;47:241–50. <https://doi.org/10.1037/cbs0000015>.
- [35] Ahvan E, Alizadeh K, Zarei E. Self-acceptance in Adolescent Girls: The Roles of Body Image and Perfectionism with Mental Toughness as a Mediator. *Modern Care Journal* 2025;22. <https://doi.org/10.5812/mcj-157988>.
- [36] Chabrol H, Callahan S. *Mécanismes de défense et coping* - 3e éd. Dunod; 2018.

- [37] Braun TD, Park CL, Gorin A. Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image* 2016;17:117–31. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>.
- [38] Karakasidou E, Raftopoulou G, Stalikas A. Investigating differences in self-compassion levels: Effects of gender and age in a Greek adult sample. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society* 2020;25:164–77. https://doi.org/10.12681/psy_hps.25344.
- [39] Tomba E, Tecuta L, Crocetti E, et al. Residual eating disorder symptoms and clinical features in remitted and recovered eating disorder patients: A systematic review with meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2019;52:759–76. <https://doi.org/10.1002/eat.23095>.
- [40] Oldershaw A, Startup H, Lavender T. Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychology* 2019;10.
- [41] Neff K. *Self-compassion : the proven power of being kind to yourself*. New York : William Morrow; 2011.
- [42] Oldershaw A, Lavender T, Basra R, et al. SPEAKS study: study protocol of a multisite feasibility trial of the Specialist Psychotherapy with Emotion for Anorexia in Kent and Sussex (SPEAKS) intervention for outpatients with anorexia nervosa or otherwise specified feeding and eating disorders, anorexia nervosa type. *BMJ Open* 2022;12:e050350. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050350>.
- [43] Williams PR. ONEBird: Integrating Mindfulness, Self-Compassion, and Art Therapy (ONEBird : intégration de la pleine conscience, de l'autocompassion et de l'art-thérapie). *Canadian Art Therapy Association Journal* 2018;31:23–32. <https://doi.org/10.1080/08322473.2018.1454687>.

ÉTUDE 3 : Ateliers thérapeutiques basés sur l'AIS et l'AC

Self-compassion and unconditional self-acceptance group therapy for adult patients with eating disorders: a non-randomised controlled trial

Article soumis à *European Eating Disorders Review* en version anglaise (mai 2026)

SCImago Journal Rank (SJR) : 1.212 / Q1

Communications :

- Second prix de l'innovation de la Fondation Sandrine Castellotti (2025)

Préface à l'étude 3

Le premier travail de cette thèse était une réflexion sur les liens possibles entre les dimensions de l'acceptation inconditionnelle de soi/de l'auto-compassion, et les facteurs de maintiens cognitifs et affectifs de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse. Ces liens ont été explorés de façon à la fois quantitative et qualitative dans le deuxième travail de recherche. Mon travail auprès de patientes à la fois en libéral et en centre référent des troubles des conduites alimentaires m'a permis des « allers-retours » entre recherche et pratique clinique, et, à cette étape de la thèse, il me paraissait essentiel de réfléchir à une application pratique de ces nouvelles connaissances.

La modalité groupale semblait la plus pertinente à la fois sur le plan clinique (effet thérapeutique du groupe sur l'élaboration, le sentiment de honte, le *flux* compassion pour les autres/compassion des autres/compassion pour soi) et méthodologique (évaluation auprès du plus grand nombre de patientes possible). Sans compter le dispositif extrêmement intensif de Vrabel et collaborateur (Vrabel et al., 2024) constitué de 6 séances groupales hebdomadaires pendant 13 semaines, les études évaluant des dispositifs groupaux inspirés de la thérapie basée sur la compassion sont constitués en moyenne de 8 sessions (Millard et al., 2023). En suivant cette moyenne qui était compatible avec mes possibilités techniques et celles du lieu d'accueil, nous avons donc statué sur une durée de 8 séances pour notre dispositif. Concernant sa conception, les objectifs thérapeutiques ont été réfléchis au regard des principes de la thérapie basée sur la compassion adaptée aux TCA (CFT-E, (Goss & Allan, 2010)) et des différentes mises en applications utilisées dans les études utilisant cette approche :

- Psychoéducation autour de l'AC
- Travail autour des résistances et peurs de l'AC
- Développement de compétences d'AC (attitude bienveillante dans l'attention, les pensées, les ressentis, les comportements)

La revue de littérature de cette thèse m'a amenée à formuler l'hypothèse que l'ACS pouvait être un facilitateur de l'AC, car associée à moins de peurs et étant une attitude plus intellectuelle qu'affective, donc plus accessible pour des patientes souvent alexithymiques ou évitantes. J'ai alors construit ce dispositif avec cette hypothèse, en priorisant la psychoéducation sur l'ACS et les objectifs liés à ce concept (Doyle, 2019) durant premiers ateliers, et en filigrane des suivants :

- Elargissement des facteurs d'évaluation personnelle (pas seulement le poids/la silhouette/le contrôle alimentaire, mais aussi les relations, les intérêts/activités, les valeurs, les traits de caractère, etc.)
- Assouplissement des croyances de type « *le gras est quelque chose d'horrible* » « *être imparfaite c'est être nulle* » par restructuration cognitive autour des biais de catastrophisme et de tout ou rien
- Apprentissage de la tolérance à la détresse

Pour satisfaire ces objectifs, les outils et exercices choisis étaient inspirés à la fois de la littérature et de mon expérience clinique. J'ai veillé à utiliser des modalités variées (exercices cognitifs, affectifs, corporels, exercices de groupe, duo, individuels, entre les séances) afin de m'assurer que toutes les participantes puissent pleinement s'investir dans les ateliers en fonction de leurs préférences et capacités :

- Méditations guidées (Germer et al., 2020; Gilbert & Farley, 2016; Neff, 2011) :
 - scan corporel compatissant : exploration en pleine conscience des sensations corporelles, avec imagerie compatissante sur les zones touchées par la dysmorphophobie ou l'insatisfaction (ventre, hanches, cuisses, poitrine)
 - toucher-soutien : découverte d'un geste envers soi-même qui apporte une sensation d'apaisement (main sur le cœur, visage en coupe, se prendre dans les bras, etc.)
 - exercice d'imagerie bienveillante : imaginer une personne bienveillante et ce qu'elle nous dirait dans une situation de détresse
- Restructuration cognitive des pensées auto-critiques : exercice des colonnes de Beck (2020) modifié avec la recherche de la « voix juste » (pensée rationnelle, par exemple : « *j'ai eu une crise hier soir, c'est un symptôme de la boulimie, pas une preuve de nullité* »), puis de la « voix bienveillante » (pensées d'auto-compassion qui s'ajoutent à la pensée rationnelle, par exemple : « *j'ai eu une crise hier soir, ça arrive, ça ne veut pas dire que je suis nulle, mais simplement qu'il n'est pas possible de guérir en un jour. C'était un jour plus difficile parce que j'étais plus angoissée que d'habitude, et je mérite de prendre soin de moi quand même* »)
- Exercices de lettres (lettre compatissante à une amie en souffrance, lettre compatissante au soi du passé, au soi du présent)

- Auto-compassion comportementale et corporelle : actions du quotidien qui permettent de répondre à ses besoins avec bienveillance (par exemple : prendre un bain moussant, se masser les mains ou le crâne, mettre une intention compatissante dans une prise alimentaire, se masser/caresser le ventre après un repas, etc.)
- « Carte de soi » : exploration des différentes facettes de sa personnalité (traits de caractère, valeurs, compétences, intérêts, expériences de vie, rêves, etc.) afin de travailler l'égosyntonie et l'élargissement des facteurs de valorisation personnelle

Il est évident que les croyances et perceptions des participantes de l'étude 2 vis à vis de l'AIS et de l'AC, ainsi que mon expérience clinique, ont grandement influencé la conception de ce dispositif.

L'objectif de cette dernière étude était double :

1. Évaluer l'acceptabilité et l'efficacité d'un groupe thérapeutique basé sur la compassion dans un centre de soin français auprès de patientes souffrant d'anorexie ou de boulimie, sur des variables psychologiques liées au maintien du trouble
2. Explorer l'effet de l'ajout de l'acceptation inconditionnelle de soi, comme potentiel facilitateur de l'auto-compassion

L'évaluation des effets thérapeutiques du dispositif a nécessité des choix vis à vis des questionnaires utilisés. J'ai repris la plupart des échelles utilisées dans l'étude 2, en ne rajoutant pas d'évaluation directe de la symptomatologie du TCA (mais une évaluation de l'impact sur la qualité de vie, l'image du corps, et l'IMC) afin de se concentrer sur les variables psycho-affectives liées aux facteurs de maintien du trouble. Mon expérience clinique m'a conduite à constater que ces variables s'améliorent avant toute modification du comportement alimentaire ou du poids, alors qu'elles sont peu évaluées dans les autres protocoles thérapeutiques. Avec le recul, je pense qu'une échelle évaluant l'intensité générale du TCA comme la EDI-2 (Garner et al., 1983) ou la EAT-26 (Garner et al., 1982) aurait tout de même été pertinent, même si cela aurait alourdi le livret de questionnaires.

A noter également deux changements par rapport aux questionnaires de l'étude 2 : la thérapie basée sur la compassion ayant comme objectif de développer des compétences émotionnelles, il semblait essentiel, compte tenu de la très fréquente difficulté d'identification émotionnelle de cette population, d'évaluer l'évolution de l'alexithymie des participantes, mais aussi la façon dont ces compétences émotionnelles pouvaient modifier leur monde affectif interne. Hésitant entre une évaluation des stratégies de coping ou des mécanismes de défense, mon choix s'est finalement porté sur les schémas précoces inadaptés, donc une évaluation plus globale car basée sur les croyances (sur soi, les autres, le monde) qui sous-tendent la régulation émotionnelle.

Ces réflexions ont finalement donné lieu au dispositif tel qu'il est présenté dans cette troisième étude.

**Thérapie de groupe axée sur l'autocompassion et l'acceptation
inconditionnelle de soi pour des patientes adultes souffrant de troubles
alimentaires : un essai contrôlé non randomisé**

Résumé

Contexte et objectifs : Les personnes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie nerveuse présentent souvent des perturbations de la régulation émotionnelle et de l'image de soi, ainsi que de hauts degrés de perfectionnisme et de sentiment de honte. L'auto-compassion (AC) est une attitude ayant montré d'importants bénéfices vis-à-vis de ces difficultés, mais son application thérapeutique reste peu étudiée dans cette population, et présente des limites vis-à-vis de l'anorexie mentale qui pourraient être améliorées par l'acceptation inconditionnelle de soi (AIS). Cette étude a donc pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un groupe thérapeutique basé sur la compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi auprès de patientes hospitalisées pour anorexie mentale ou boulimie nerveuse.

Méthode : Un groupe de 20 patientes hospitalisées a participé à une série de huit ateliers thérapeutiques hebdomadaires en groupe, en complément de leur traitement habituel ; un deuxième groupe de 17 patientes a uniquement bénéficié du traitement habituel (TAU) de l'unité de soin pendant 8 semaines. Les évaluations ont été réalisées juste avant le premier atelier, à la fin des ateliers (semaine 9) et lors d'une évaluation en follow-up à 4 mois. Lors du follow-up, les participantes ont été interrogées sur leur vécu du dispositif.

Résultats : En comparaison avec le groupe contrôle, les résultats ont montré une amélioration significative notamment de l'auto-compassion et de la tolérance à la détresse, mais aussi de l'acceptation inconditionnelle de soi, de l'image du corps, la qualité de vie, et certains schémas précoces inadaptés. Les participantes ont fait un retour positif des ateliers, et ont identifié des bénéfices perpétués en follow-up, notamment une diminution de l'évitement émotionnel, du sentiment de honte et d'isolement, ainsi qu'un assouplissement de leurs hautes exigences et une meilleure image d'elle-même.

Discussion et conclusion : Cette étude confirme les données existantes concernant l'acceptabilité et l'efficacité de la thérapie de groupe axée sur la compassion en milieu hospitalier, et montre des résultats prometteurs quant à la complémentarité clinique entre l'AIS et l'AC.

Mots clefs : auto-compassion ; acceptation inconditionnelle de soi ; troubles des conduites alimentaires ; anorexie mentale ; boulimie nerveuse ; groupe thérapeutique

Introduction

Ces vingt dernières années ont été un terreau fertile pour le développement de l'auto-compassion comme outil thérapeutique, voire comme psychothérapie à part entière (thérapie basée sur la compassion, CFT) pour de nombreux troubles. À la croisée de la thérapie cognitivo-comportementale de troisième vague, de la philosophie bouddhiste et de la psychologie évolutionniste (Gilbert, 2014), la CFT définit l'auto-compassion comme la capacité de se parler à soi-même d'une manière apaisante et chaleureuse face à l'échec ou à la souffrance. Elle se compose de trois sous-dimensions qui découlent les uns des autres : reconnaître et accueillir ses émotions douloureuses sans jugement (pleine conscience), traverser ces affects en prenant soin de soi (bienveillance), et être enveloppé par l'idée que personne n'est seul face à la souffrance, les échecs, ou les imperfections, qui font partie de l'expérience humaine (commune humanité).

Conceptualisée comme une stratégie de coping (Paucsik et al., 2023; Ewert et al., 2021; Rengade & Hautekeete, 2014), l'auto-compassion (AC) a démontré un effet protecteur sur le bien-être général (Zessin et al., 2015), son absence étant associée aux symptomatologies anxio-dépressives (Egan et al., 2022; MacBeth & Gumley, 2012) mais aussi à l'alexithymie (Gilbert et al., 2012), au perfectionnisme, à l'auto-critique et au sentiment de honte (Gilbert, 2024; Biskas et al., 2022; Matos & Steindl, 2020). Malgré l'association claire entre AC et de meilleures capacités à résoudre des problèmes et à s'améliorer (Chwyl et al., 2021), l'AC est souvent perçue négativement, notamment par les personnes avec de fortes tendances au perfectionnisme : idée d'auto-apitoiement, crainte de perdre ses exigences personnelles, croyance que la sévérité est la seule façon d'atteindre ses objectifs, etc. Ces idées reçues sont nombreuses et entravent le développement de l'AC, notamment chez les personnes souffrant de TCA (Kelly et al., 2021; Geller et al., 2020). Parallèlement, l'AC fait aussi écho au principe de la thérapie rationnelle et émotive (Rational Emotive Behaviour Therapy, REBT) (Ellis & Dryden, 2007; Ellis, 2003, 1976)

de se défaire d'une évaluation globale de soi au profit d'un regard plus neutre et rationnel, en considérant le soi comme fluide, changeant, et par nature imparfait (Webb & Forman, 2013; Neff, 2003). Ce concept d'acceptation inconditionnelle de soi (AIS) a lui aussi démontré des effets positifs sur le perfectionnisme, les ruminations, l'auto-critique (Popov, 2019; Dixon et al., 2014), et est plus généralement associé à une meilleure santé mentale. Devant la similarité de ces concepts (Crisan et al., 2022), certains auteurs préconisent leur utilisation conjointe, prévoyant un plus faible effet thérapeutique dans le cas contraire (Dryden, 2013).

Les troubles des conduites alimentaires, a fortiori l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse, font partie des troubles psychiques aux plus forts risques de chronicisation, les patientes étant souvent empêtrées dans de multiples obstacles au rétablissement : perfectionnisme, ruminations, dysrégulation émotionnelle, alexithymie, honte, identification au trouble, etc. Face à ce défi, l'AC se présente comme une stratégie de régulation émotionnelle particulièrement adaptée pour accueillir les sentiments de honte, d'échec, et de souffrance, inhérents à cette clinique. L'auto-compassion paraît donc être une piste thérapeutique pertinente, expliquant l'expansion des recherches à son sujet auprès des personnes souffrant de TCA. Cependant, très peu de recherches ont été menées concernant l'acceptation inconditionnelle de soi dans cette population (Doyle, 2019), mais des études récentes montrent que l'acceptation de soi peut prédire une augmentation de l'auto-compassion et une diminution de la sévérité des TCA (Muroi & Sudres, 2026; Kopland et al., 2025), suggérant l'intérêt d'intégrer l'AIS à l'AC dans les soins.

Différentes approches thérapeutiques basées sur l'auto-compassion dans les troubles du comportement alimentaire ont été développées, que ce soit en auto-soin (Kelly & Waring, 2018), en thérapie individuelle de court terme (Katan & Kelly, 2021), en thérapie de groupe (Twomey et al., 2025; Mullen et al., 2020), et les auteurs de la thérapie basée sur la compassion ont également développé une version adaptée aux TCA (Beattie, 2017; Goss & Allan, 2014). De nombreuses recherches montrent l'intérêt de l'auto-compassion dans le traitement des TCA (Linardon & Messer, 2023; Ruhland, 2020; Kelly et al., 2014), et une revue de littérature récente sur l'efficacité de la CFT conclue à une réduction des symptômes, une amélioration de la compassion, de l'image du corps, et une diminution du sentiment de honte (Stock et al., 2025). Il existe cependant peu d'études évaluant l'efficacité de ces applications thérapeutiques en comparaison avec des groupes contrôles

actifs (Brown & Ashcroft, 2025; Millard et al., 2023; Wilson et al., 2019), et aucune avec une approche conjointe AC/AIS.

L'objectif de cette étude est donc d'évaluer l'efficacité d'un groupe thérapeutique basé sur la compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi auprès de patientes hospitalisées à temps plein dans une clinique psychiatrique, en comparant ces résultats avec d'autres patientes de la même clinique bénéficiant du soin usuel (suivi psychiatrique et psychologique individuel, groupes thérapeutiques). En nous basant sur la littérature existante, nous faisons l'hypothèse que les participantes montreraient en post-ateliers de meilleurs niveaux d'auto-compassion, d'acceptation inconditionnelle de soi, de tolérance à la détresse, une augmentation de leur indice de masse corporelle (pour les participantes amaigries), et de plus bas niveaux d'altération de l'image du corps, de l'impact du TCA sur la qualité de vie, d'alexithymie, et une diminution de la saillance des schémas précoces inadaptés centrés sur la honte, l'échec, et le perfectionnisme. Nous avons également mis en place un follow-up à 4 mois afin d'observer le maintien de ces bénéfices.

Méthode

Cette étude a combiné des méthodes quantitatives et qualitatives dans un modèle mixte, afin d'observer la pertinence d'un dispositif de soin de groupal basé sur l'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion, à destination de patientes hospitalisées pour trouble du comportement alimentaire. L'analyse statistique a permis d'observer l'évolution des participantes, et les données qualitatives ont permis d'explorer leur vécu à propos de ces ateliers.

Participantes

Le recrutement s'est effectué dans une unité d'hospitalisation complète dédiée à des patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire (clinique Saint Vincent de Paul, Lyon), où elles bénéficient d'un suivi psychiatrique, psychologique, et d'ateliers thérapeutiques variés. Les participantes recrutées pour le groupe expérimental étaient des patientes volontaires hospitalisées depuis au moins un mois sans date de sortie prévue ($n = 20$, âge 16 ± 37 ans, écart-type = 5,32). Les participants du groupe témoin ($n = 17$, âge 16 ± 39 ans, écart-type = 7,5) ont été recrutés de la même manière, quatre mois après la fin du groupe expérimental, parmi les patientes nouvellement admises dans l'unité. Dans le groupe expérimental, 70 % des participantes avaient reçu un

diagnostic d'anorexie restrictive, 25 % d'anorexie purgative et 5 % de boulimie, avec un IMC compris entre 12,7 et 18,6 ($M = 15,9$; $ET = 1,72$). Dans le groupe contrôle, 58,8 % avaient reçu un diagnostic d'anorexie restrictive, 23,5 % d'anorexie purgative et 17,6 % de boulimie, avec un IMC compris entre 13,1 et 24,5 ($M = 17,4$; $ET = 3,09$).

Mesures

Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion

- Le questionnaire de l'**acceptation inconditionnelle de soi** (*Unconditional self acceptance scale*, USAQ) (Chamberlain & Haaga, 2001) mesure le niveau d'acceptation inconditionnelle de soi. La fourchette des scores s'étend de 20 à 140. Plus le score est élevé, plus le niveau d'acceptation inconditionnelle de soi est haut. La moyenne des résultats de la population générale est de 81.56 ($ET=17.50$) (Chassangre, 2016). La cohérence interne de l'échelle dans notre échantillon était plus faible ($\alpha = 0,54$) que celle habituellement retrouvée dans la littérature. Elle a néanmoins été utilisée pour explorer les tendances pré/post ateliers.
- L'échelle d'**auto-compassion** (*Self compassion scale*, SCS) (Neff, 2003) permet d'évaluer le niveau de compassion qu'un individu a tendance à pratiquer envers lui-même. La fourchette des scores s'étend de 1 à 5. Plus le score est élevé, plus l'auto-compassion est forte. La moyenne des résultats de la population générale est de 2.88 ($ET=0.79$) (Kotsou et Leys, 2016). La cohérence interne de l'échelle dans notre échantillon était très bonne ($\alpha = 0,82$).
- L'échelle de la peur de l'**auto-compassion** (*Self compassion scale – Fear*, SCS- F) (Gilbert et al., 2011) permet d'évaluer les croyances négatives vis-à-vis de l'auto-compassion. La fourchette des scores s'étend de 1 à 5. Plus le score est élevé, la crainte de l'auto-compassion est forte. La cohérence interne de l'échelle dans notre échantillon était très bonne ($\alpha = 0,88$).

Symptomatologie des troubles des conduites alimentaires

- Le questionnaire d'**image du corps** (*Body shape questionnaire 8 items version*, BSQ-8) (Evans & Dolan, 1993) mesure les préoccupations envers le poids et la forme du corps. La fourchette des scores s'étend de 8 à 46. Plus le score est élevé, plus la préoccupation corporelle est forte. La moyenne des résultats de la population générale féminine est de 20 (Welch et al., 2012). La cohérence interne de l'échelle dans notre échantillon était excellente ($\alpha = 0,91$)
- Questionnaire d'**altération clinique** (*The clinical impairment assessment*, CIA) (Bohn et al., 2008) mesure le niveau d'altération de la qualité de vie due à la présence d'un trouble du comportement alimentaire, de manière globale et dans quatre domaines spécifiques (personnel, cognitif, social, professionnel). Cette échelle ne disposant pas de traduction française, nous avons procédé à une traduction en veillant à conserver le sens original des items. La cohérence interne de l'échelle dans notre échantillon était bonne ($\alpha = 0,72$)
- L'indice de masse corporelle (IMC) des participantes du groupe expérimental a été fourni par l'équipe médicale avec accord des participantes.

Symptomatologie psycho-affective

- Le questionnaire des **schémas précoces inadaptés de Young version courte** (*Young Schema Questionnaire – Short Form 3*, YSQ-S3) (Young & Brown, 2018) mesure la présence de 18 schémas précoces inadaptés répartis dans 5 domaines (Séparation/Rejet, Manque d'autonomie et de performance, Manque de limites, Orientation vers les autres, Sur-vigilance et inhibition). Pour qu'un schéma soit considéré comme saillant, le score minimum doit être de 5 aux items concernés par ce schéma. La cohérence interne de l'échelle dans notre échantillon était excellente ($\alpha = 0,94$)
- Le questionnaire d'**alexithymie** de Bermond et Vorst forme B (*The Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire Form B*, BVAQ) (Vorst & Bermond, 2001) mesure le niveau d'alexithymie sous plusieurs dimensions : capacité de verbalisation (capacité à communiquer et à décrire ses réactions émotionnelles) ; capacité de fantasmatisation (capacité à fantasmer, imaginer, rêver...) ; capacité d'introspection (capacité à déterminer

ses réactions émotionnelles) ; réactivité émotionnelle (capacité à réagir émotionnellement face à des événements induisant des émotions) ; capacité d'analyse (capacité à chercher des explications à ses réactions émotionnelles). La version B contient 20 items pour un score total allant de 20 à 100, un haut score indiquant un haut niveau d'alexithymie. La cohérence interne de l'échelle dans notre échantillon était bonne ($\alpha = 0,72$)

- L'échelle de **tolérance à la détresse** (*Distress tolerance scale*, DTS) (Simons & Gaher, 2005) mesure le niveau de tolérance à la détresse. La tolérance à la détresse est la capacité à tolérer les émotions négatives et à maintenir une activité orientée vers un but lorsqu'on est en souffrance. La DTS est un questionnaire d'auto-évaluation qui permet de mesurer quatre aspects fondamentaux de la tolérance à la détresse : la tolérance (la capacité à tolérer des états émotionnels désagréables, l'évaluation (la capacité à les évaluer subjectivement), l'absorption (la tendance à être absorbé par ces états) et la régulation (le niveau d'efforts mis en place pour diminuer le sentiment de détresse). Le score total varie de 1 à 5, les scores les plus élevés indiquant des niveaux plus élevés de tolérance à la détresse. D'après les auteurs, la moyenne des résultats de la population générale est de 2.93 (ET = 0.80) (Wagener & Blairy, 2015). La cohérence interne de l'échelle dans notre échantillon était modérée ($\alpha = 0,69$)

Questionnaire semi-directif

Quatre mois après la fin des ateliers, les participantes ont été conviées à un entretien individuel afin de répondre à un questionnaire semi-directif explorant leur vécu du groupe thérapeutique. Dans une logique de science participative, leurs suggestions ont été recueillies et fournissent des indications précieuses pour l'amélioration future du dispositif.

Procédure

Toutes les participantes ont été informées des objectifs de l'étude, de leurs droits, et ont fourni leur consentement éclairé. Cette étude a reçu l'avis favorable du Comité de protection des personnes Ile de France III le 20 mars 2024.

Intervention

Les ateliers GAC (Groupe Acceptation Compassion) étaient constitués d'une séance commune d'introduction à l'étude et au recueil d'un premier livret de questionnaires (évaluation T0), de 8 séances d'ateliers hebdomadaires de 1h30, et d'une séance de conclusion du groupe avec recueil du deuxième livret de questionnaires (évaluation T1). Le dernier livret de questionnaire (T2 - follow-up) s'est fait sur le site Limesurvey. Les ateliers étaient chacun construits d'une façon similaire : tour de parole de l'humeur du jour, retour sur les exercices à faire entre les séances, puis exercice et échange de groupe.

Tableau 3 : Déroulé des ateliers GAC

	Thème	Objectif	Outil thérapeutique
Séance 1	Représentations et croyances de l'AIS et de l'AC	S'exprimer sur ses peurs de l'AIS et de l'AC, ses espoirs, psychoéducation sur ces concepts	Echange thérapeutique de groupe Fiches sur l'AIS et l'AC
Séance 2	Image de soi et identité	Explorer les éléments constitutifs de sa personnalité (valeurs, qualités, défauts, appartenance, compétences, intérêts, expériences...)	Echanges en groupe puis en duo
Séance 3	Pensées irrationnelles et auto-critique	Identifier les pensées menant à l'auto-critique et la « voix sévère »	Situation / émotions / voix sévère/voix juste (modèle ABCDEF adapté)
Séance 4	Lien entre AC, AIS, et intolérance à la détresse	Psychoéducation sur les émotions Réaliser que la voix sévère pousse à l'évitement émotionnel, et donc au cercle vicieux de l'intolérance à la détresse. Observer ce qu'il se passe quand on cultive la « voix juste » (AIS)	Lettre à une amie Lettre à soi
Séance 5	Discours d'auto-flagellation	Identifier les peurs sous-jacentes à l'auto-critique, et repérer les besoins auquel l'AC peut répondre	Méditation guidée en pleine conscience

				Restructuration cognitive en groupe
Séance 6	Motivation compatissante	auto-	Identifier les phrases alternatives à la voix sévère, trouver sa « voix compatissante » (AC)	Méditation guidée Dialogue entre la voix sévère et la voix juste en groupe
Séance 7	Auto-compassion comportementale		Incarner l'auto-compassion dans les petits gestes du quotidien	Liste des actions d'auto-compassion comportementale Méditation guidée d'auto-compassion corporelle
Séance 8	Image de soi et identité en dehors du TCA		Incorporer l'AC et l'AIS dans la façon de se percevoir et se définir	Médiation artistique

Les objectifs thérapeutiques des ateliers étaient triples : psychoéducation sur l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi, réduire la peur de l'auto-compassion en travaillant sur les croyances des patientes (de type « *si je suis compatissante envers moi-même je vais devenir molle* »), et réduire l'auto-critique par l'apprentissage de compétences émotionnelles liées à l'AIS et à l'AC. L'objectif global était de permettre aux participantes d'être plus compatissantes envers elles-mêmes, de mieux tolérer les affects douloureux, et d'explorer d'autres socles identitaires que le contrôle du corps. Pour arriver à ces objectifs, les séances étaient construites en alternant différents types d'outils thérapeutiques, amenant les participantes à changer de positionnement dans leur façon de considérer se parler et de se voir.

Les participantes du groupe contrôle ont bénéficié du soin usuel de l'hospitalisation, ont complété les livrets de questionnaires à T0 et T1, et ont reçu des ressources d'auto-soutien centré sur l'auto-compassion à la fin de l'étude.

Traitement des données

Les données quantitatives ont été analysées avec le logiciel statistique Jamovi, et les données qualitatives ont été analysées avec le logiciel Nvivo.

Résultats

Données quantitatives

Le taux de sortie de l'échantillon durant le dispositif était très faible (une participante a quitté la clinique et donc l'étude prématurément pour raisons familiales). Une autre patiente présente à tous les ateliers a égaré son questionnaire à T1, mais a répondu à l'évaluation à T2. Cinq des 20 participantes initiales n'ont pas donné suite à la reprise de contact en follow-up ou n'ont répondu que partiellement aux derniers questionnaires et n'ont donc pas pu être incluses au T2.

Les mesures pré-ateliers (T0), post-ateliers (T1), et follow-up (T2) sont présentées dans le tableau 2. Pour le groupe expérimental, des analyses de variances (ANOVA) permettent d'observer une différence significative sur toutes les variables. Les participantes montrent des niveaux plus élevés d'autocompassion (pour toutes les dimensions), des niveaux plus faibles de peur de la compassion, des niveaux plus élevés d'acceptation inconditionnelle de soi et de tolérance à la détresse, des niveaux plus faibles d'image corporelle altérée et rapportent une réduction de l'impact perçu de leur trouble alimentaire sur leur qualité de vie. Tous ces résultats persistent au follow-up. Concernant l'alexithymie, les participantes montrent une augmentation inattendue (de façon significative uniquement pour la dimension Introspection) après les ateliers. Les schémas précoces inadaptés présents chez plus de la moitié des participantes du groupe expérimental étaient nombreux : abandon, imperfection, échec, assujettissement, abnégation, négativité, surcontrôle, idéaux exigeants, punition. Un test de McNemar permet de déterminer les schémas ayant diminué en post-ateliers de façon significative : Imperfection ($\chi^2(1)=6.00, p=0.014$), Négativité ($\chi^2(1)=4.00, p=0.046$), et Surcontrôle émotionnel ($\chi^2(1)=6.00, p=0.014$). Sur le plan qualitatif, le schéma Punition était plus présent chez les participantes qui ont exprimé davantage de difficultés avec l'auto-compassion au cours des séances.

Une analyse de différence des moyennes du groupe contrôle ne montre aucune différence significative entre les temps pré et post ateliers, hormis pour la qualité de vie qui a augmenté à T1.

Les schémas précoces inadaptés initiaux sont les mêmes que pour le groupe expérimental, mais aucun schéma ne diminue de façon significative à T1 dans le groupe contrôle.

Des t-tests indépendants ont été réalisés pour comparer les moyennes des groupes contrôle et expérimental entre T0 et T1. Les résultats indiquent qu'il n'existait pas de différence significative entre les groupes hormis pour l'auto-compassion ($t(35) = 3.08$, $p = .004$, $d = 1.02$), le groupe contrôle présentant des niveaux d'auto-compassion plus élevés que le groupe expérimental à T0. Afin de contrôler cette différence initiale, une analyse de covariance (ANCOVA) a été menée avec les scores d'auto-compassion à T0 utilisés comme covariable. L'analyse a révélé un effet significatif du groupe sur les scores d'auto-compassion post-ateliers sur les scores ajustés $F(1, 32) = 6.80$, $p = .014$, $\eta^2_p = .175$. Après ajustement, les participants du groupe expérimental montrent donc des scores d'auto-compassion plus élevés ($M = 2.72$, $SE = 0.137$) que ceux du groupe contrôle ($M = 2.18$, $SE = 0.141$) en post-ateliers (T1).

Tableau 4 : Anova à mesures répétées entre les moyennes de T0, T1 et T2 pour les ateliers GAC

	<i>Pré-ateliers T0 M (ET) N=20</i>	<i>Post-ateliers T1 M (ET) N=19</i>	<i>Follow-up T2 M (ET) N=13</i>	<i>Effet du facteur</i>	<i>Taille d'effet η^2_p</i>	<i>Tukey post hoc</i>
<i>Indice de masse corporelle</i>	15.94	17.76				
<i>Auto-compassion</i>	1.73 (0.37)	2.54 (0.74)	2.42 (0.86)	$F(2, 22) = 21.90$, $p < .001$	.665	T0<T1=T2
<i>Peur de l'auto-compassion</i>	3.34 (0.76)	2.73 (0.80)	2.82 (0.89)	$F(2,22) = 29.0$, $p < .001$	.725	T0>T1=T2
<i>Acceptation inconditionnelle de soi</i>	60.50 (10.9)	68.33 (16.2)	67.08 (14.04)	$F(2,22) = 3.56$, $p = .046$	.244	T0<T1=T2*
<i>Alexithymie</i>	57 60 (10.37)	64.06 (12.70)	61.69 (12.70)	$F(2,22) = 6.62$, $p = .006$	.376	T0<T1=T2
<i>Tolérance à la détresse</i>	2.21 (0.37)	2.63 (0.72)	2.29 (0.54)	$F(2,22) = 4.79$, $p = .019$	.303	T0<T1=T2
<i>Impact sur l'image du corps</i>	35.8 (9.95)	30 (15.09)	29.31 (13.11)	$F(2,22) = 5.37$, $p = .013$	.328	T0>T1=T2
<i>Impact sur la qualité de vie</i>	37.7 (5.85)	28.3 (15.4)	30.3 (15)	$F(2,22) = 5.46$, $p = .012$	.332	T0>T1=T2

Note : F = valeur de F ; p = niveau de signification ; η^2_p = eta carré partiel.

*= cette comparaison post hoc avec correction de Tukey n'est pas significative

Afin d'observer l'effet spécifique des ateliers dans l'évolution des scores des participantes entre T0 et T1 selon le groupe contrôle et le groupe expérimental, nous avons effectué une analyse de variance à mesures répétées (voir tableau 3). L'analyse révèle une interaction temps*groupe

significative pour l'auto-compassion, la peur de l'auto-compassion, et la tolérance à la détresse, avec des tailles d'effets modérées à forte, indiquant que l'évolution T0-T1 diffère entre le groupe contrôle et le groupe expérimental. Les autres variables n'ont pas montré d'interaction significative. Ces résultats suggèrent que les ateliers ont permis aux participantes d'améliorer significativement leurs scores d'auto-compassion et d'intolérance à la détresse, et de diminuer leur peur de l'auto-compassion, en comparaison avec le groupe contrôle.

Tableau 5 : ANOVA à mesures répétées : différence d'évolution dans le temps entre le groupe expérimental et le groupe contrôle (temps*groupe)

	Groupe GAC (n=20 ;18)		Groupe contrôle (n=17)		F (1,33)	p	Taille d'effet η^2p
	Pré-ateliers T0 M (ET)	Post-ateliers T1 M (ET)	Pré-ateliers T0 M (ET)	Post-ateliers T1 M (ET)			
<i>Auto-compassion</i>	1.73 (0.37)	2.54 (0.74)	2.26 (0.64)	2.37 (0.55)	13.4	.001	.289
<i>Peur de l'auto-compassion</i>	3.34 (0.76)	2.73 (0.80)	2.78 (0.91)	2.75 (0.92)	6.91	.013	.173
<i>Acceptation inconditionnelle de soi</i>	60.50 (10.9)	68.33 (16.2)	61.35 (14.2)	66.35 (10.7)	0.539	.468	.016
<i>Alexithymie</i>	57.60 (10.37)	64.06 (12.70)	65.24 (14.2)	67.53 (11.1)	1.22	.276	.035
<i>Tolérance à la détresse</i>	2.21 (0.37)	2.63 (0.72)	2.56 (0.81)	2.44 (0.57)	6.72	.014	.169
<i>Impact sur l'image du corps</i>	35.8 (9.95)	30 (15.09)	33.29 (10.2)	32.71 (9.6)	3.10	.088	.086
<i>Impact sur la qualité de vie</i>	37.9 (5.78)	28.3 (15.4)	35.1 (13)	26.9 (16.3)	0.101	.752	.003

Note : F = valeur de F ; p = niveau de signification ; η^2p = eta carré partiel.

Données qualitatives

Quatre mois après la dernière séance groupale, 12 participantes du groupe expérimental ont accepté de partager leurs réflexions sur ces ateliers lors d'un entretien semi-directif. Parmi ces participantes, une seule était retournée en hospitalisation complète, quatre avaient vu leur soin évoluer en hospitalisation de nuit ou en hôpital de jour afin de leur permettre une reprise partielle de leurs études ou de leur activité professionnelle, et six étaient complètement sorties d'hospitalisation. La majorité (n=9) se considérait comme en rétablissement. Une analyse thématique du discours a permis de mettre en lumière différents thèmes communs ressortant des entretiens.

Se comprendre à travers les autres

La plupart des participantes ont souligné l'effet aidant du partage d'expérience et de pensées sur la façon dont le TCA entrave l'AIS et l'AC. Plusieurs participantes réservées ont ressenti de l'étonnement à entendre l'écho de leurs propres pensées dans le discours des autres, et ont pu se saisir du discours de groupe pour leur propre introspection.

« Quand on entend les autres, on se dit 'ah mince, ok, j'ai aussi cette pensée-là' et petit à petit, j'arrivais à dire des choses sur moi. Et du coup, j'évoluais en fait. »

Une modeste reconnexion émotionnelle

Plusieurs patientes ont fait un lien entre auto-compassion et nécessité d'être à l'écoute de leurs ressentis, mais restent en difficulté pour pleinement comprendre leurs affects si longtemps mis de côté. Cependant, le plaisir, la fierté, et l'apaisement sont des ressentis nouvellement identifiés et investis par la plupart des participantes.

« Quand je ressens une émotion forte, je me pose la question qu'est-ce que je ressens ? Qu'est-ce que ma tête me dit ? »

« C'était toujours en surémotion, sans savoir pourquoi, c'était une prise de tête avec moi-même tout le temps, tout le temps, en fait. Tout ça, heureusement, ça n'est plus le cas aujourd'hui. Du coup, j'essaie de ne pas bloquer, de passer à autre chose, de ne pas nourrir le cercle vicieux. »

D'autres émotions, plus douloureuses comme la honte et la culpabilité, ont pu être mises en mots par elles, mais sont encore repoussées.

« Je vomis mes angoisses, ce que je n'arrive pas à exprimer. »

Accepter d'être bienveillante envers soi-même

Les exercices autour du concept de « voix sévère » (les pensées auto-critiques et de punition) étaient toujours utilisés par les participantes en follow-up. La majorité des participantes continuaient à pratiquer ces exercices d'AIS et d'AC régulièrement.

« J'arrive à un peu plus arrondir mes angles, mes propres angles. Je peux être bienveillante. Et ce n'est pas du relâchement. Ce n'est pas du laisser-aller. »

« Je trouve que ça apporte beaucoup de souplesse. Se rassurer dans les moments de doute ou de peur, de se dire que ça va aller, que ce n'est pas cette situation qui va nous définir en entier. »

La plupart ont pu puiser dans la compassion pour autrui utilisée dans les échanges de groupe, pour peu à peu l'investir pour elles-mêmes.

« Quand je pense des choses vraiment très dures envers moi-même, je réfléchis aux propos que je tiens. Est-ce que je voudrais que mes proches soient traités comme ça ? »

« Je me suis dit des phrases encourageantes que quelqu'un aurait pu me dire, j'ai affiché des petits post-it dans ma salle de bain. Du coup, tous les matins, je vois et je relis ces post-it. Et ça me fait du bien. »

Une vision du corps plus apaisée, au service d'une identité plus forte

De nombreuses participantes ont pu explorer un rapport au corps différent, s'étant saisies des exercices corporels comme une occasion d'expérimenter leurs sensations plutôt que de se scruter. Certaines ont avancé un lien entre recentrage physique et apaisement des ruminations auto-critiques.

« D'habitude les pensées, elles tournent, elles tournent, elles tournent. Je ne pensais pas pouvoir arriver à être aussi calme comme ça... sur un si long terme, sur un si long temps. M'être laissée porter, sans avoir le contrôle de tout. C'était comme un vide, mais un bon vide, en fait. »

Les exercices d'auto-compassion comportementale, de « toucher-soutien » (Germer et al., 2020), et de méditation guidée ont pu apporter un sentiment de contenance et de chaleur interne aux participantes.

« Ça m'a aussi aidé à voir mon corps d'une manière différente d'un corps malade. Quand j'ai trouvé mon toucher, ça me faisait penser à avoir quelqu'un dans mes bras, vivre avec son corps et ses pensées dans un climat, comment dire... contenant. »

D'autres ont fait état d'un sens de Soi plus fort, voire d'une (re)découverte d'elles-mêmes.

« J'ai l'impression de me retrouver, comme avant, en fait. Parce que ça dure depuis très longtemps – plusieurs années –, je n'étais plus moi-même. Et maintenant, j'ai vraiment l'impression de me retrouver. »

Discussion

L'objectif de cette étude était d'explorer les effets d'un dispositif thérapeutique expérimental de groupe centré sur l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi auprès de patientes hospitalisées pour anorexie mentale ou boulimie nerveuse. Les résultats ont montré une amélioration significative notamment de l'auto-compassion et de la tolérance à la détresse, mais aussi de l'acceptation inconditionnelle de soi, de l'image du corps, la qualité de vie, et certains schémas précoces inadaptés étroitement liés au TCA. L'avantage premier de cette étude est sa comparaison avec un groupe contrôle. Certains auteurs (Wilson et al., 2019) avancent que l'auto-compassion est peu étudiée en comparaison avec d'autres approches thérapeutiques, proposant donc que l'auto-compassion pourrait être une variable changeant naturellement avec le parcours thérapeutique quel qu'il soit. Si nous n'avons pas comparé le groupe expérimental à une autre approche thérapeutique contrôlée, il est à noter que nous n'observons pas les changements observés dans le groupe expérimental dans le groupe contrôle (hormis pour la qualité de vie) qui bénéficie pourtant d'une prise en charge psychologique et psychiatrique intensive. Nous faisons donc l'hypothèse que les compétences émotionnelles visées par les ateliers ne semblent pas abordées durant les soins usuels, et gagneraient à y être implémentés.

Nous avons observé une augmentation inattendue de la dimensions « Introspection » de l'alexithymie en post-ateliers chez les participantes du groupe expérimental. Le lien entre alexithymie et peur de l'autocompassion a été étudié, avec l'hypothèse que diminuer cette peur peut en retour augmenter la capacité de mentalisation des affects (Gilbert et al., 2012), ce qui n'est cependant pas le cas dans notre étude. Nous faisons l'hypothèse que la reprise de poids, la pleine conscience demandée par l'auto-compassion, et l'augmentation de la tolérance à la détresse, entraînerait une reprise de contact émotionnel difficile à appréhender pour des patientes chez qui les symptômes physiques effacent ou relaient en arrière-plan la vie psychique (Geller et al., 2020; Corcos, 2015). Comme le dit une participante : « Pendant l'atelier j'étais en contact avec mes émotions, mais je n'arrivais pas à les... j'étais en contact, mais du coup, j'étais un peu submergée et

je n'arrivais pas à les analyser ». La légère amélioration de l'alexithymie en follow-up nous conduit à comprendre ce résultat post-atelier comme une forme de résistance temporaire à l'ampleur des changements que les participantes traversent lors de leur entrée dans le rétablissement. Quelques ateliers complémentaires mobilisant le corps et les affects et moins l'intellectualisation, pourraient être indiqués pour accompagner cette distanciation émotionnelle transitoire. En ce sens, plusieurs participantes ont dit avoir à la fois grandement apprécié les séances centrées sur l'accueil émotionnel (via méditation guidée), mais craignaient d'en refaire l'expérience seules, exprimant le besoin d'un étayage pour ne pas être submergées par leurs émotions.

Les entretiens de follow-up nous permettent de mieux comprendre le vécu des ateliers par les participantes. La plupart se sont approprié une vision nouvelle de l'auto-compassion et de l'acceptation inconditionnelle de soi, et continuent de l'investir au quotidien, notamment via l'identification des pensées d'auto-critique sévères, en utilisant la compassion envers les autres pour développer de l'auto-compassion, et en recourant à la compassion corporelle (en recherchant de « petits gestes » envers leur corps et en accordant une attention bienveillante à ses besoins). La compassion corporelle a récemment été identifiée comme un élément essentiel du processus de rétablissement des TCA (Anagnostopoulou et al., 2025). La plupart ont exprimé le besoin de séances en post-hospitalisation servant de « piqûres de rappel » afin de poursuivre sur cette voie.

Limites

De nombreux groupes de thérapie axés sur la compassion sont des programmes thérapeutiques comprenant entre 12 et 24 séances. Ce type de configuration n'était pas compatible avec l'organisation des soins, mais les huit séances de notre propre programme ont tout de même donné des résultats positifs pour les patientes. Malgré la présence d'un groupe contrôle, celui-ci a été créé avec les contraintes inhérentes aux structures de soin (disponibilité des patientes en fonction de leurs autres soins, liens préexistants entre les patientes influençant la dynamique de groupe, fins d'hospitalisation...), et n'a donc pas pu suivre une distribution randomisée contrôlée. Ce groupe contrôle n'était pas un groupe contrôle avec un dispositif alternatif, mais un soin usuel. En termes de diagnostic, d'IMC, et de niveaux de base aux variables cibles, ni les deux sous-groupes expérimentaux ni le groupe contrôle n'étaient parfaitement homogènes. Les tailles d'effets étaient également souvent petites, et un g*power montre qu'une trentaine de participantes aurait permis

des résultats plus robustes. Enfin, afin de ne pas surcharger les participantes de questionnaires, nous avons diminué les variables cibles, mais des questionnaires répondant à des objectifs thérapeutiques plus concrets auraient été pertinents (auto-critique, capacité d'auto-apaisement). Il est également important de noter que l'investigatrice n'avait pas suivi de formation officielle sur la thérapie basée sur la compassion.

Implications pour la recherche et la pratique clinique

Cette étude a été pensée avec une volonté de science participative. Les participantes ont donc été invitées à partager, en plus de leur vécu des ateliers, leurs pistes d'amélioration pour de futures expérimentations. En croisant leurs et nos regards, nous recommandons de proposer ces ateliers après quelques semaines d'hospitalisation, une fois les patientes installées dans les soins et capables de s'investir dans des ateliers au potentiel émotionnellement bousculant. Les concepts de psychoéducation présentés au début du protocole sont plus acceptables sous formes dynamiques (vidéos, visuels). Les croyances négatives sur l'auto-compassion et l'acceptation sont des sources de résistances à bien aborder dans les premiers ateliers. Les participantes ont été nombreuses à rapporter que les ateliers centrés sur l'auto-compassion corporelle (toucher-soutien, exercices comportementaux) auraient été plus pertinents en amont des ateliers centrés sur la restructuration cognitive. La mesure d'alexithymie, ainsi que les propos des patientes sur leur sentiment d'être « submergées » par leurs émotions durant les exercices cognitifs, nous conduisent à chaudement recommander l'incorporation de séances à médiation corporelle durant les ateliers, en orientant la construction des séances sur un mode très progressif d'auto-compassion d'abord corporelle, puis cognitive, et enfin émotionnelle. La plupart des participantes étaient demandeuses d'ateliers « piqûre de rappel » en post-hospitalisation. Nous pensons qu'une ou deux séances de « retrouvailles » entre patientes et soignants dans une modalité ambulatoire permettrait de potentialiser le maintien d'attitudes d'auto-compassion et d'acceptation inconditionnelle de soi.

Enfin, de nouvelles études centrées sur l'efficacité des groupes thérapeutiques basés sur la compassion à destination de patients souffrant de troubles des conduites alimentaires est nécessaire pour mieux comprendre leurs effets et améliorer leur implémentation dans les structures de soin.

Conclusion

Les résultats de cette étude montrent les bénéfices importants d'un groupe thérapeutique de 8 séances centrées sur l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi pour des patientes hospitalisées souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie nerveuse. En comparaison du groupe contrôle, les participantes ont présenté une amélioration significative d'auto-compassion, de peur de l'auto-compassion, et de tolérance à la détresse. Ces améliorations ont persisté à 4 mois de follow-up. Cette étude vient s'ajouter à un corpus croissant de données sur l'intérêt thérapeutique des approches fondées sur la compassion dans le traitement des troubles des conduites alimentaires et sur la valeur ajoutée de l'acceptation inconditionnelle de soi pour cette population.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Remerciements

Nous aimerions remercier les professionnels de la clinique Saint Vincent de Paul (Lyon) pour leur confiance et participation dans la mise en place de ces groupes thérapeutiques au sein de leur structure. Nous remercions tout particulièrement Dr. Louis Carrier, Nathalie Chazalet et Valérie Lévine pour leurs idées précieuses et l'organisation matérielle des groupes, ainsi qu'Elsa Tran-tien et Rime Aris pour leur engagement durant les ateliers, leurs éclairages cliniques, et leur aide pour le recueil des données.

Bibliographie

Anagnostopoulou, V., Bailie, C., & Troop, N. (2025). "Without this part, it's hard to truly recover": Adults' experiences of body compassion in eating disorder recovery—a reflexive thematic analysis. *Journal of Eating Disorders*, 13, 279. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01464-y>

Beattie, C. (2017). Compassion focused therapy (CFT) for eating disorders: An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences.

[https://www.semanticscholar.org/paper/Compassion-focused-therapy-\(CFT\)-for-eating-%3A-an-of-Beattie/37c0346b683959b7df8f66da821fad0d74dcc91f](https://www.semanticscholar.org/paper/Compassion-focused-therapy-(CFT)-for-eating-%3A-an-of-Beattie/37c0346b683959b7df8f66da821fad0d74dcc91f)

Biskas, M., Sirois, F. M., & Webb, T. L. (2022). Using social cognition models to understand why people, such as perfectionists, struggle to respond with self-compassion. *British Journal of Social Psychology*, 61(4), 1160-1182. (2022-43728-001). <https://doi.org/10.1111/bjso.12531>

Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1105-1110. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.06.012>

Brown, N., & Ashcroft, K. (2025). The Effectiveness of Compassion Focused Therapy for the Three Flows of Compassion, Self-Criticism, and Shame in Clinical Populations : A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 15(8), 1031. <https://doi.org/10.3390/bs15081031>

Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. F. (2001). Unconditional Self-Acceptance and Psychological Health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 19(3), 163-176. <https://doi.org/10.1023/A:1011189416600>

Chassangre, K. (s. d.). La modestie pathologique : Pour une meilleure compréhension du syndrome de l'imposteur. 284.

Chwyl, C., Chen, P., & Zaki, J. (2021). Beliefs About Self-Compassion : Implications for Coping and Self-Improvement. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 47(9), 1327-1342. <https://doi.org/10.1177/0146167220965303>

Corcos, M. (2015). Le contre-investissement dans l'anorexie mentale... De la sauvegarde à la survie... *Le Carnet Psy*, 189(4), 21-24. <https://doi.org/10.3917/lcp.189.0021>

Deborde, A.-S., Berthoz, S., Perdereau, F., Godart, N., Corcos, M., & Jeammet, P. (2004). Validité du questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst : Étude chez des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire et chez des témoins. *L'Encéphale*, 30(5), 464. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95461-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95461-9)

- Dixon, L. J., Earl, K. A., Lutz-Zois, C. J., Goodnight, J. A., & Peatee, J. J. (2014). Explaining the link between perfectionism and self-forgiveness : The mediating roles of unconditional self-acceptance and rumination. *Individual Differences Research*, 12(3), 101-111. (2014-43846-002).
- Doyle, K. A. (2019). REBT and Eating Disorders. In W. Dryden & M. E. Bernard (Éds.), *REBT with Diverse Client Problems and Populations* (p. 83-101). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-02723-0_5
- Egan, S. J., Rees, C. S., Delalande, J., Greene, D., Fitzallen, G., Brown, S., Webb, M., & Finlay-Jones, A. (2022). A Review of Self-Compassion as an Active Ingredient in the Prevention and Treatment of Anxiety and Depression in Young People. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(3), 385-403. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01170-2>
- Ellis, A. (1976). RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 13, 343-348.
- Ellis, A. (2003). Early Theories and Practices of Rational Emotive Behavior Therapy and How They Have Been Augmented and Revised During the Last Three Decades. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 219-243. <https://doi.org/10.1023/A:1025890112319>
- Ellis, & Dryden. (2007). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. Springer Publishing Company.
- Evans, C., & Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire : Derivation of shortened « alternative forms. » *International Journal of Eating Disorders*, 13, 315-321. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199304\)13:3<315::AID-EAT2260130310>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199304)13:3<315::AID-EAT2260130310>3.0.CO;2-3)
- Ewert, C., Vater, A., & Schröder-Abé, M. (2021). Self-Compassion and Coping : A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 12(5), 1063-1077. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01563-8>
- Geller, J., Kelly, A. C., Samson, L., Iyar, M. M., & Srikaneswaran, S. (2020). The relation between two barriers to self-compassion and clinical characteristics in individuals with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 766-772. <https://doi.org/10.1002/erv.2764>

Germer, C., Neff, K., Ricard, M., Dechow, I., & Retoux, D. (2020). Mon cahier d'autocompassion en pleine conscience : Comment apprendre à s'aimer. DE BOECK SUP.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>

Gilbert, P. (2024). Compassion as an integrative and integrating therapeutic process. In *Integrating psychotherapy and psychophysiology* (p. 243-276). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198888727.003.0011>

Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy*, 85(4), 374-390. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02046.x>

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion : Development of three self-report measures: Fears of compassion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239-255. <https://doi.org/10.1348/147608310X526511>

Goss, K., & Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 62-77. <https://doi.org/10.1111/bjc.12039>

Katan, A., & Kelly, A. C. (2021). A two-week daily diary study examining the association between daily self-compassion and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1438-1448. <https://doi.org/10.1002/eat.23533>

Kelly, A. C., Carter, J. C., & Borairi, S. (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 54-64. <https://doi.org/10.1002/eat.22196>

Kelly, A. C., & Waring, S. V. (2018). A feasibility study of a 2-week self-compassionate letter-writing intervention for nontreatment seeking individuals with typical and atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 1005-1009. (2018-40479-001). <https://doi.org/10.1002/eat.22930>

- Kelly, A., Katan, A., Sosa Hernandez, L., Nightingale, B., & Geller, J. (2021). Why would I want to be more self-compassionate? A qualitative study of the pros and cons to cultivating self-compassion in individuals with anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 99-115. (2021-00395-001). <https://doi.org/10.1111/bjc.12275>
- Kopland, M. C. G., Vrabel, K., Landt, M. S.-O. 't, Hoffart, A., Johnson, S. U., & Giltay, E. J. (2025). Network dynamics of self-compassion, anxiety, and depression during eating disorder therapy. *European Eating Disorders Review*, 33(1), 35-52. <https://doi.org/10.1002/erv.3121>
- Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS) : Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLoS ONE*, 11(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152880>
- Linardon, J., & Messer, M. (2023). Reciprocal Associations Between Self-compassion and Eating Disorder Symptoms : An 8-month Longitudinal Study. *Mindfulness*, 14(1), 141-147. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-02031-1>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion : A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552.
- Matos, M., & Steindl, S. R. (2020). “You are already all you need to be” : A case illustration of compassion-focused therapy for shame and perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2079-2096. <https://doi.org/10.1002/jclp.23055>
- Mihaescu, G., Séchaud, M., & Cottraux, J. (1997). Le questionnaire des schémas cognitifs de Young : Traduction et validation préliminaire. *Encéphale*, 21, 194-199.
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 326, 168-192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Mullen, G., Dowling, C., Doyle, J., & O'Reilly, G. (2020). Experiences of compassion focused therapy in eating disorder recovery : A qualitative model. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(2), 248-262. <https://doi.org/10.1002/capr.12283>

- Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2026). Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires (étude mixte) : Quelles places et fonctions ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2026.03.006>
- Neff, K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Paucsik, M., Nardelli, C., Bortolon, C., Shankland, R., Leys, C., & Baeyens, C. (2023). Self-compassion and emotion regulation : Testing a mediation model. *Cognition and Emotion*, 37(1), 49-61. <https://doi.org/10.1080/02699931.2022.2143328>
- Popov, S. (2019). When is unconditional self-acceptance a better predictor of mental health than self-esteem? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(3), 251-261. (2018-60308-001). <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0310-x>
- Rengade, C.-E., & Hautekeete, M. (2014). L'auto-compassion, trait de personnalité ou processus de pensée ? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 24. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2014.10.001>
- Rousseau, A., Knotter, R.-M., Barbe, R.-M., Raich, R.-M., & Chabrol, H. (2005). Étude de validation de la version française du Body Shape Questionnaire. *L'Encéphale*, 31(2), 162-173. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82383-8](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82383-8)
- Ruhland, A. S. (2020). Exploring the Role of Self-Compassion in the Recovery of Eating Disorders in Adult Women [Psy.D., Adler University]. <https://www.proquest.com/docview/2447308719/abstract/B799AD8F09B74F6DPQ/1>
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale : Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Stock, M., Beaman, L., Moreton, R., Holland-Borosh, C., Hartland, H., & Hamadi, L. (2025). The efficacy of compassion focused therapy in eating disorders : A systematic review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 235. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01418-4>

Twomey, C., Cagney, O., McEnerny, F., & Dowling, C. (2025). The Acceptability of a Rolling Compassion Focused Therapy Group Embedded Within an Eating Disorder Day Hospital Programme : A Brief Report. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*. <https://doi.org/10.1002/erv.70053>

Vorst, H. C. M., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 413-434. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00033-7)

Wagener, A., & Blairy, S. (2015). Version française de la Distress Tolerance Scale et de la Discomfort Intolerance Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47, 241-250. <https://doi.org/10.1037/cbs0000015>

Webb, J. B., & Forman, M. J. (2013). Evaluating the indirect effect of self-compassion on binge eating severity through cognitive–affective self-regulatory pathways. *Eating Behaviors*, 14(2), 224-228. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.12.005>

Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2019). Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies : A Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 979-995. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>

Young, J. E., & Brown, G. (2018). Young Schema Questionnaire-Short Form; Version 3 [Jeu de données]. <https://doi.org/10.1037/t67023-000>

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being : A Meta-Analysis. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

Postface à l'étude 3

L'étude 3 a été pensée comme le cœur de cette thèse, et s'est avérée tout aussi importante sur le plan professionnel et humain.

Les personnes qui ont accepté de participer à ces ateliers sont devenues non seulement des participantes à l'étude, mais aussi des patientes de cette thérapie de groupe. Ma double fonction d'investigatrice de recherche et de thérapeute impose évidemment un biais majeur : est-ce que cette étude évalue un dispositif, ou un dispositif *et* ma façon de travailler ? Aurait-il eu un autre effet avec un autre thérapeute ? Cette double fonction, inévitable pour des questions matérielles, a néanmoins permis un regard clinique bien plus fin que dans la précédente étude quantitative. Les ateliers ayant pris place dans un lieu de soin (et de vie, s'agissant d'un service d'hospitalisation à temps plein) cela a fait exister de nombreux « moments interstitiels » : discuter des romans préférés d'une patiente sur le pas de sa chambre ; entendre les échanges de deux patientes arrivées dans la salle d'activité en avance ; accompagner une autre à l'infirmierie au début d'une séance parce qu'elle semble faire un malaise ; dans la file d'attente de la cantine du service, voir une patiente hésiter, puis accepter pour la première fois sa ration de pain. Ces moments et tant d'autres ont bien sûr contribué à l'élaboration et au renforcement de l'alliance thérapeutique, et donc à l'efficacité des ateliers, mais ne sont pas reproductibles.

Cette alliance a également aidé les participantes à se sentir libres de donner un avis honnête à la fin de l'étude, partageant leurs ressentis à la fois positifs et négatifs et leurs précieux conseils pour de futurs ateliers, lors des « retrouvailles » du follow-up. J'ai également pris de nombreuses notes pendant la période d'expérimentation de ce dispositif, afin de récolter des informations cliniques au-delà des évaluations standardisées, qui viennent compléter le retour des participantes. En me basant sur tous ces éléments, j'ai pu identifier de nombreux points positifs à poursuivre, mais aussi des points d'amélioration, notamment :

- Tout d'abord, la modification du déroulé thématique des séances pour être plus cohérent à la fois avec mes observations, les retours des participantes, et la littérature, comme suit :

Auto-compassion comportementale (petits gestes bienveillants/agréables du quotidien) → auto-compassion corporelle (méditation, toucher-soutien) → et enfin seulement auto-

compassion plus engageante (restructuration cognitive, lettres thérapeutiques, médiation artistique)

; avec le fil rouge de l'acceptation inconditionnelle de soi comme facilitateur

- Intégrer la notion de *care* y compris dans la disposition de la salle (coussins, poufs, assises confortables) quand cela est possible
- L'ajout d'autres outils de médiation pour faciliter l'engagement dans le travail thérapeutique (extraits de films servant de supports théoriques ; tableau blanc pour débiter la restructuration cognitive en groupe en imaginant par exemple une discussion avec une amie en souffrance)
- Le don d'un carnet thérapeutique dédié aux ateliers, avec des exercices thérapeutiques à faire entre les séances, et un livret d'autothérapie pour poursuivre le travail après la fin des ateliers
- Organiser des séances « piquêre de rappel » à quelques mois d'intervalle de la dernière séance

Ces éléments m'ont conduite à conceptualiser une nouvelle version du dispositif, qui sera bientôt expérimenté dans mon lieu d'exercice (Centre référent des troubles des conduits alimentaires de l'Arc Alpin, CHU Grenoble Alpes) (Tableau 1) :

Tableau 1 : Nouvelle version du dispositif "GAC"

Déroulement type de chaque séance

- Météo du jour (tour de parole des ressentis de chaque participante et de la ou du thérapeute)
- Échange autour de l'exercice donné à la dernière séance
- Temps d'explication du déroulé de la séance
- Activités et discussions de groupe
- Exercice à faire chez soi qui poursuit ce qui a été travaillé en séance
- Météo de fin

	Thème	Objectif	Outil thérapeutique
Séance 1	Représentations et croyances de l'AIS et de l'AC	S'exprimer sur ses peurs de l'AIS et de l'AC, ses espoirs Psychoéducation sur ces concepts	- Brise-glace - Echange thérapeutique de groupe - Présenter AIS/AC : post its sur les peurs - Exercice maison : repérer et noter les pensées auto-critiques - Carnet thérapeutique
Séance 2	Image de soi et identité	Explorer les éléments constitutifs de sa personnalité (valeurs, qualités, défauts, appartenance, compétences, intérêts, expériences...)	- Cartes des valeurs (photolangage) - Feuille « carte de soi », stylos, feutres, etc. - Exercice maison : demander aux proches d'aider à connaître ses caractéristiques
Séance 3	Auto-compassion comportementale	Incarnar l'auto-compassion dans les petits gestes du quotidien et dans des attitudes corporelles	- Liste des actions d'auto-compassion comportementale - Méditation guidée d'auto-compassion corporelle toucher-soutien

			- Exercice maison : incorporer une action d'AC par jour
Séance 4	Pensées irrationnelles et auto-critique Lien entre AC, AIS, et intolérance à la détresse	Identifier les pensées menant à l'auto-critique et la « voix sévère » Formuler des pensées de « voix juste » (AIS) Psychoéducation sur le cercle vicieux voix sévère → évitement émotionnel → intolérance à la détresse	- Situation / émotions / voix sévère/voix juste (modèle ABCDEF) - Extraits vidéos - Exercice maison : Lettre à une amie
Séance 5	Discours d'auto-flagellation vs Motivation auto-compatissante	Identifier les peurs sous-jacentes à l'auto-critique, et repérer les besoins auxquels l'auto-compassion peut répondre Identifier les phrases alternatives à la voix sévère, trouver sa « voix compatissante » (AC)	- Restructuration cognitive en groupe : conversation sur tableau - Méditation guidée en pleine conscience Exercice maison : lettre à soi
Séance 6	Image de soi et identité en dehors du TCA	Incorporer l'AC et l'AIS dans la façon de se percevoir et se définir Retour sur le vécu des ateliers	- Médiation artistique (carte de soi) - Exercice maison : formuler un engagement vis-à-vis de l'auto-compassion - Livret d'auto-thérapie
Séance de retrouvailles	« Piqueur de rappel »	Renforcer dans le temps les compétences émotionnelles acquises durant les ateliers	

Tableau 2 : Mots de participantes aux ateliers GAC, 4 mois après la dernière séance

« La bienveillance, la compassion, c'est des termes qui me parlent. On s'éloigne de la maladie quand on parle comme ça. Parce qu'elle, elle parle pas comme ça. Elle parle en il faut, je dois, en exigence, en trucs durs. »

« L'autocompassion, c'est prendre soin de soi, parce qu'on le mérite. Et c'est parfois faire de soi sa priorité parce qu'on est la seule personne avec qui on vit pour toujours, tous les jours. »

« Avant, je ne me posais pas de questions, je ne me traitais pas bien, je ne pensais qu'aux autres. [...] Je me pose de plus en plus la question : je me traite comme ça, est-ce que je voudrais que mes proches soient traités comme ça ? Et si je vois que ce n'est pas acceptable, que ce n'est pas ce que je veux pour eux, je me dis : pourquoi ça serait ce que je veux pour moi en fait ? »

« J'étais toujours en sur-émotion, sans savoir pourquoi. C'était une prise de tête avec moi-même tout le temps, tout le temps. Tout ça, heureusement, ça n'est plus le cas aujourd'hui. Des fois, quand c'est un peu plus dur, je me dis que bon, c'est pas un jour avec, et tant pis. Et je pense que l'acceptation et la compassion ont dû aider. J'essaie de ne pas bloquer sur le sujet, de passer à autre chose, de ne pas nourrir le cercle vicieux, on va dire. Je trouve que ça apporte beaucoup de souplesse. J'ai arrondi mes angles. »

Discussion générale

1. Rappels des objectifs de recherche et principaux apports

De par leurs graves conséquences somatiques nécessitant parfois des hospitalisations en réanimation, l'anorexie et la boulimie sont des troubles qui mobilisent les proches et les équipes soignantes, convoquant à la fois inquiétude et impuissance. Le haut risque de chronicisation exige des chercheurs et des cliniciens de l'ingéniosité afin de proposer aux patientes des thérapies innovantes, en ayant à cœur non seulement le soulagement des symptômes, mais aussi le rétablissement psychique global. C'est dans ce contexte et avec cette volonté que ce travail de thèse s'est centré durant près de quatre ans à contribuer à l'essor de l'auto-compassion comme puissant outil thérapeutique, avec cette question centrale : « *Comment l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi peuvent-elles améliorer les facteurs de maintien sous-jacents à l'anorexie mentale et à la boulimie nerveuse ?* ».

Notre objectif principal était d'explorer les liens entre l'auto-compassion, l'acceptation inconditionnelle de soi comme construit complémentaire, et différentes variables psychologiques maintenant les troubles des conduites alimentaires. Pour rappel, trois questions ont guidé ce travail : 1) Quelle place peuvent prendre l'auto-compassion et l'acceptation de soi dans la trajectoire de l'anorexie et de la boulimie ? ; 2) L'acceptation inconditionnelle de soi peut-elle aider au développement de l'auto-compassion ? ; 3) Quelle est l'acceptabilité et l'efficacité d'un protocole de thérapie de groupe basée sur l'auto-compassion et l'acceptation de soi chez des patientes hospitalisées ?

Cette thèse s'est construite sur une progression de la théorie à la pratique (la seconde alimentant à son tour la première) à travers plusieurs recherches (voir tableau 1) :

- Tout d'abord, un état des lieux général de la littérature sur les facteurs de chronicisation et de rétablissement de l'anorexie et la boulimie, sur l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi, et sur la pertinence de l'utilisation de ces concepts dans les prises en charges de cette population

- Dans un second temps, un article de perspective présentant notre conceptualisation clinique de l'utilisation des sous-dimensions de l'AC et de l'AIS face aux facteurs de maintien des TCA, ayant donné lieu à un article publié dans Soins en 2023.
- Ensuite, une étude mixte par une enquête en ligne auprès de personnes souffrant ou ayant souffert d'anorexie ou de boulimie, ayant pour objectif de récolter des données sur l'AC et l'AIS à différents degrés et étapes de la maladie, mais aussi d'explorer les perceptions de ces concepts par des personnes concernées. Ce travail a été présenté sous forme de communication auprès des membres de la Société médico-psychologique en 2025, et publié sous forme d'article dans les Annales médico-psychologiques en 2026.
- Enfin, ces nouvelles connaissances ont permis d'élaborer, de mettre en place, et d'évaluer un dispositif de groupe thérapeutique de 8 séances auprès de patientes hospitalisées à temps complet dans une clinique spécialisée dans la prise en soin des TCA. Ce travail a donné lieu à un article soumis dans European Eating Disorders Review en 2026.

Nous faisons l'hypothèse que l'acceptation inconditionnelle de soi (comme alternative à l'auto-critique) et l'auto-compassion (comme alternative à l'évitement émotionnel et à l'auto-agressivité), bien que n'adressant pas directement l'image du corps et les cognitions anorexiques, sont des attitudes favorables au rétablissement des TCA, car agissant sur de nombreux facteurs de maintien : auto-critique excessive, perfectionnisme, estime de soi carencée, égocritique, sentiment de honte, dysrégulation émotionnelle, ou encore alexithymie.

Au démarrage de notre thèse, seules deux études avaient évalué un protocole de groupe thérapeutique basé sur la compassion à destination de patientes adultes souffrant de TCA (Kelly et al., 2017 ; Gale et al., 2014), auxquelles s'est ajoutée une autre plus récente, cette fois-ci avec randomisation des patients et comparaison à un groupe contrôle actif (Vrabel et al., 2024). Cependant, ces études comprenaient peu de participantes souffrant d'anorexie restrictive, les protocoles étaient longs (entre 12 et 20 séances), et une seule de ces études comportait un follow-up. Aucune de ces trois études n'avait exploré l'utilisation conjointe de l'acceptation inconditionnelle de soi et de l'auto-compassion malgré les recommandations à ce sujet pour potentialiser les effets de l'auto-compassion (Dryden, 2013). Nous faisons l'hypothèse que l'acceptation inconditionnelle de soi, de par sa dimension moins affective et moins engageante (Crisan et al., 2022), serait mieux tolérée par les patientes anorexiques et donc faciliterait

l'apprentissage de l'auto-compassion. Nous souhaitons également explorer les effets d'un protocole plus court et donc plus facilement applicable pour les structures de soin, et plus acceptable pour les patientes.

En explorant ces questions à travers des méthodologies mixtes et la création d'un dispositif thérapeutique comparé au soin usuel, ré-applicable pour d'autres recherches ou par des cliniciens, ce travail de thèse est novateur et s'inscrit dans une démarche de lien entre le monde de la recherche et le monde de la pratique. Ce travail s'est construit en perpétuel aller-retour entre recherche et clinique, dans l'optique qu'il soit à la fois utile au développement des connaissances théoriques, et à la mise en application de ces connaissances dans des structures de soin. Il est à noter que les participantes des études de cette thèse ont participé aux réflexions autour de ces recherches, et ont grandement enrichi leur mise en place et amélioration.

Tableau 1 : Etudes effectuées et principaux résultats

Etude	Objectifs	Résultats
« L’acceptation inconditionnelle de soi et l’autocompassion : une autre clinique de l’anorexie mentale ? »	- Faire le point sur les facteurs de maintien de l’anorexie mentale - Explorer la pertinence des dimensions de l’AC et de l’AIS pour chacun de ces facteurs émotionnels et cognitifs	- Revue de littérature : AC démontrée comme efficace sur la rigidité psychologique, la régulation émotionnelle, les comportements auto-agressifs, le sentiment de honte / AIS peu étudiée pour les TCA - Dialogue entre les facteurs de maintien et les dimensions AC/AIS : * Rigidité psychologique (perfectionnisme, traits obsessionnels) → Soi comme fluide * Auto-critique et honte → Soi comme faillible et Auto-bienveillance * Isolement → Humanité commune * Identification au trouble et manque d’introspection → Soi complexe * Evitement émotionnel → Pleine conscience
« Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires (anorexie/boulimie) : quelles places et fonctions ? »	- Observer les relations entre anorexie/boulimie, caractéristiques psychoaffectives, et AIS/AC - Analyser la place de l’AIS et de l’AC dans la trajectoire du trouble	- Corrélations positives entre AC, AIS et préservation de la qualité de vie, de l’image du corps, certains mécanismes de défenses (humour, anticipation, sublimation), et tolérance à la détresse - Pas de différence pour ces corrélations entre participantes rétablies et non rétablies, mais AC et AIS plus hautes chez participantes rétablies - AIS et AC perçues comme désirables par les participantes

	- Explorer les perceptions et croyances des participantes sur ces deux concepts	- Identification de craintes (vulnérabilité émotionnelle, perte d'exigences, perte des bénéfices secondaires du trouble) et d'attentes (reconnexion émotionnelle et identitaire, diminution de l'auto-critique, amélioration des relations interpersonnelles)
Self-compassion and unconditional self-acceptance group therapy for adult patients with eating disorders: a non-randomised controlled trial	Evaluation de l'efficacité d'un groupe thérapeutique basé sur l'AC et l'AIS auprès de patientes hospitalisées pour anorexie ou boulimie sur : AC et peur de l'AC, AIS, tolérance à la détresse, schémas précoces inadaptés, alexithymie, image du corps, impact du TCA sur la qualité de vie, IMC	- Améliorations de toutes les variables en post-ateliers, qui persistent en follow-up sauf l'alexithymie qui augmente en post-ateliers - Diminution des schémas Imperfection, Négativité, et Surcontrôle émotionnel - Pas d'amélioration pour le groupe contrôle hormis pour la variable Qualité de vie (IMC non mesuré) - En comparaison au groupe contrôle, effet statistique spécifique des ateliers sur l'auto-compassion, la peur de l'auto-compassion, et la tolérance à la détresse - Vécu positif des ateliers

2. L'AIS et l'AC : des antidotes ?

Bruno Faustino (2020) conceptualise l'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion comme des réponses thérapeutiques adaptées à différentes sources de détresse :

« ces domaines de Soi pourraient fonctionner comme un 'antidote' à plusieurs problèmes : la pleine conscience pour contre-carrer l'évitement expérientiel, l'acceptation de soi pour contrer l'auto-rejet, les défauts humains naturels et la dévaluation de soi, et l'auto-compassion pour contre-carrer l'auto-critique et le pessimisme » (2020).

Notre première étude visait à poursuivre cette réflexion sur les troubles du comportement alimentaire plus spécifiquement. En ce sens, nous pensions que les différentes dimensions de l'AIS et de l'AC pourraient apporter des réponses pertinentes face aux nombreux facteurs de maintien de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse, et les corrélations négatives entre AIS/AC et variables de détresse psychologique de notre deuxième étude allaient aussi dans ce sens : plus les participantes parvenaient à utiliser de l'auto-compassion et de l'acceptation inconditionnelle de soi, plus leur image du corps et leur qualité de vie était préservées, elles montraient également une meilleure tolérance à la détresse, et les participantes rétablies montraient plus d'auto-compassion et d'acceptation inconditionnelle de soi.

Dans l'optique d'observer plus largement les liens entre régulation émotionnelle et auto-compassion dans les TCA, nous avons évalué les mécanismes de défense les plus utilisés par les patientes. Ceux-ci sont d'ordinaire variables, et permettent de déceler la structure psychologique sous-tendant le trouble (Levine-Keini & Shalev, 2024), mais peuvent être modifiés par la psychothérapie, l'adoption de mécanismes de défenses plus matures étant un bon prédicteur de rétablissement (Conversano et al., 2023b). Dans l'échantillon de notre étude en ligne, cette variabilité était retrouvée, et les mécanismes positivement corrélés à l'AC et à l'AIS étaient des mécanismes considérés comme matures (Kernberg, 1967). Les participantes ayant répondu aux questions ouvertes de fin d'enquête semblent plutôt correspondre aux profils névrotiques et limites définis par Levine-Keini et Shaley (2024), leurs perceptions de l'AIS et de l'AC étant majoritairement positives, mais empêchés par de hauts degrés d'exigence personnelle ou par une grande dysrégulation émotionnelle. Dans les deux cas, l'AIS et l'AC étaient vues comme de possibles moyens d'apaisement interne et de reconnexion, à la fois sensorielle, émotionnelle, et identitaire. En croisant ces résultats à d'autres conceptualisations du Soi et de la dysrégulation

émotionnelle dans les TCA (Oldershaw et al., 2019), nous souhaitons observer si ces perceptions positives de l'AC et l'AIS étaient suffisantes pour rendre une intervention ciblée acceptable et efficace pour des patientes souffrant d'anorexie ou de boulimie.

Effet de l'AC et AIS sur les symptômes alimentaires et corporels

Tout d'abord, s'il est habituel dans les études concernant les prises en charges des TCA de constater une variabilité des réponses thérapeutiques selon le diagnostic, et plus particulièrement une réponse moindre dans le cas de l'anorexie mentale, seule une participante du groupe expérimental de notre troisième étude était atteinte de boulimie plutôt que d'anorexie, ce qui ne nous a pas permis d'observer de différence inter-diagnostique. L'étude GAC nous conduit donc à nous re-centrer sur l'anorexie mentale (restrictive ou purgative).

Les études existantes sur les liens entre auto-compassion et TCA font déjà état d'une relation négative forte entre les deux, conceptualisant l'auto-compassion tant comme facteur protecteur (Goss et al., 2024 ; Linardon & Messer, 2023 ; Stutts & Blomquist, 2018) que comme facteur de rétablissement (Kelly et al., 2021 ; Mullen et al., 2020 ; Ruhland, 2020). Par rapport aux évaluations des symptômes anorexiques, nous faisons l'hypothèse que la normalisation de l'IMC et l'apaisement de la dysmorphophobie étant le premier objectif thérapeutique de l'hospitalisation, il était attendu que ces variables changent à la fois dans le groupe contrôle et le groupe expérimental. Les résultats de la troisième étude montrent bien une amélioration de l'IMC des participantes du groupe expérimental, ainsi qu'une amélioration de l'image du corps et de l'impact du trouble alimentaire sur la qualité de vie. Il est à noter que si le groupe contrôle montrait une amélioration de la qualité de vie⁷, il ne montrait pas d'amélioration de l'image du corps.

Effets de l'AC et de l'AIS sur les facteurs de maintien et de rétablissement

Le principal objectif de cette thèse était de créer, mettre en place, et évaluer tant quantitativement que qualitativement l'effet d'un dispositif thérapeutique de groupe auprès des patientes hospitalisées pour TCA (principalement anorexie). Les symptômes comportementaux et

⁷ et sûrement de l'IMC puisque c'est l'objectif premier de l'hospitalisation, mais nous n'avons pas eu accès à ces données

cognitifs propres à l'anorexie (restriction, compensation, dysmorphophobie, peur de prendre du poids) ne sont pas les premiers à évoluer lors d'une thérapie, ce dispositif s'est donc concentré sur différentes variables freinant le rétablissement : l'évitement émotionnel (par dysrégulation ou par alexithymie), l'auto-critique voire auto-flagellation, la haine de soi et la honte, et les ruminations perfectionnistes.

Certains auteurs ayant étudié l'efficacité des thérapies basées sur la compassion (Wilson et al., 2019) observent que la majorité des études comparent ces thérapies à l'absence de soin et avancent donc l'idée que l'auto-compassion pourrait être une variable qui s'améliore naturellement au cours des prises en charges habituelles. Notre groupe contrôle était constitué de participantes bénéficiant du même soin usuel que les participantes du groupe expérimental (psychothérapie individuelle, suivi psychiatrique, différents groupes thérapeutiques d'orientation TCC ou de médiation thérapeutique). Pourtant, ces dernières sont les seules à avoir vu leur auto-compassion et d'autres variables cibles (acceptation de soi, tolérance à la détresse) changer, ce qui suggère que l'auto-compassion n'est pas une variable influencée par les traitements habituels, mais bien un effet spécifique des thérapies basées sur la compassion.

La majorité de ces variables cibles ont bien vu une amélioration en post-ateliers qui s'est maintenue quatre mois après la dernière séance groupale, y compris en comparaison avec le groupe contrôle. Cette recherche participe donc aux études permettant de mieux comprendre les mécanismes d'action de l'auto-compassion, et permet de commencer à combler le manque de données sur les mécanismes d'action de l'AIS :

Paul Gilbert, fondateur de la thérapie basée sur la compassion, estime que le développement de l'AC permet à un individu d'activer son système d'apaisement (*soothing système*), lui-même permettant une meilleure régulation émotionnelle. Différentes études (Pauksik, 2022) permettent d'objectiver cette théorie, en démontrant que l'auto-compassion permet d'abord le développement de *compétences émotionnelles*, puis de *stratégies de régulation émotionnelle* adaptées.

Les *compétences émotionnelles* peuvent être définies comme « (a) la conscience de ses expériences émotionnelles ; (b) la capacité à identifier et à nommer correctement les émotions perçues ; (c) la capacité à interpréter correctement les sensations corporelles ; (d) la compréhension des circonstances qui ont pu conduire à ces émotions et les maintenir ; (e) la capacité à modifier l'intensité ou la durée de ses émotions ; (f) accepter et tolérer les émotions indésirables ; (g) affronter certaines situations ; et enfin (h) être capable de s'apporter un soutien personnel (par exemple, la bienveillance envers soi-même) »

(Berking & Whitley, 2014). Ces compétences permettent ensuite d'utiliser des *stratégies de régulation émotionnelles*, définies elles comme « (a) la conscience et compréhension des émotions, (b) l'acceptation des émotions, (c) la capacité à contrôler les comportements impulsifs et à agir conformément à ses objectifs lorsque l'on éprouve des émotions négatives, et (d) la capacité à utiliser de manière flexible des stratégies de régulation émotionnelle adaptées à la situation pour moduler les réponses émotionnelles comme souhaité, afin d'atteindre les objectifs individuels et de répondre aux exigences de la situation » (Gratz & Roemer, 2004).

Les ateliers de notre troisième étude, via certains outils (méditation guidée en pleine conscience, toucher-soutien, journal des émotions...) avaient pour but de conduire les participantes à prendre conscience et nommer leurs émotions, les accueillir sans fuite, faire des liens avec le contexte pour comprendre pourquoi elles ressentaient ces émotions, et donc développer leurs compétences émotionnelles. Ce n'est qu'avec l'acquisition de ces compétences que l'application de l'auto-compassion et de l'acceptation inconditionnelle de soi a pu être possible, via des stratégies de régulation émotionnelle comme la tolérance aux affects douloureux (ex : méditation guidée pleine conscience), la relaxation (ex : toucher-soutien), ou encore la restructuration cognitive (ex : colonnes de Beck adaptées à l'auto-compassion). Pour certaines participantes, s'ouvrir à leurs ressentis était une expérience nouvelle : « *Quand je ressens une émotion forte, je me pose la question qu'est-ce que je ressens ? Qu'est-ce que ma tête me dit ? Avant, je ne me posais pas de questions* », nous a dit une patiente en entretien de follow-up. La fonction contenant du groupe a été une condition essentielle pour leur permettre cette exploration émotionnelle.

L'élargissement du panel de stratégies de régulation émotionnelle des participantes leur a permis de diminuer l'utilisation de stratégies inadaptées comme l'évitement expérientiel et émotionnel ou les ruminations : « *D'habitude les pensées elles tournent, elles tournent, elles tournent. Et là, c'est un moment où c'est un temps off en fait, je ne pensais pas pouvoir arriver à être aussi calme comme ça... sur un si long terme, sur un si long temps* », a expliqué une autre patiente.

Cependant, cette augmentation de l'auto-compassion et de la tolérance à la détresse chez toutes les participantes s'est accompagnée d'un résultat pouvant relever d'un effet inattendu (Becquignon et al., 2025) : un plus haut niveau d'alexithymie sur la sous-dimension Introspection. Inattendu car l'alexithymie est plutôt associée à l'augmentation de comportements à risques, non à leur réduction (Bréjard et al., 2008). Certains retours des participantes nous ont amené à supposer que ce changement pourrait être dû à une reprise de contact émotionnel à cet instant trop difficile à

élaborer : « *j'étais en contact [avec mes émotions], mais je n'arrivais pas à les... j'étais en contact, mais du coup, j'étais un peu submergée et je n'arrivais pas à les analyser* ». La diminution significative du schéma de Surcontrôle émotionnel pourrait également aller dans ce sens. D'autres hypothèses sont à envisager, pour exemple le phénomène de « retour de flamme » décrit par Kristin Neff (2020) qui submergerait les capacités d'introspection ; une prise de conscience post-ateliers des participantes d'une moindre introspection que ce qu'elles pensaient ; ou encore des items du questionnaire qui pourraient confondre l'introspection et l'intellectualisation. Une future étude serait nécessaire pour vérifier si ce résultat se reproduit et mieux le comprendre.

Sur un autre registre, les différents mécanismes de défense inadaptés repérés dans l'étude en ligne nous ont conduit à explorer un peu plus profondément les schémas de croyances sous-tendant la dysrégulation émotionnelle. Les schémas précoces inadaptés des participantes étaient nombreux (notamment : abandon, imperfection, échec, assujettissement, abnégation, négativité, surcontrôle, idéaux exigeants, punition) et congruents avec la littérature (Oldershaw et al., 2019). Les changements significatifs positifs sur les schémas d'Imperfection, de Négativité, et de Surcontrôle émotionnel sont prometteurs et semble indiquer qu'une intervention basée sur l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi peuvent apaiser ces schémas, en passant par de meilleures compétences et stratégies émotionnelles. Néanmoins, ces changements de systèmes de pensée n'ont pas été évalués sur du long-terme et la plupart des études sur les schémas précoces s'accordent à dire que ces changements doivent être expérimentés dans le temps et la vie hors-hospitalisation afin de se modifier durablement (Maçik & Sas, 2015). A noter également que les participantes ayant présenté une plus grande difficulté à s'engager durant les séances présentaient de hauts niveaux au schéma Punition, ce qui semble un point à explorer dans de futures recherches. Ce schéma est fréquemment associé à certaines expériences de vie traumatiques, ce qui pourrait demander une approche différente de la thérapie basée sur la compassion, comme suggéré dans des études centrées sur la comorbidité traumatique des TCA (Kopland et al., 2025 ; Gnatt et al., 2025b ; Vrabel et al., 2024).

La question de la temporalité du rétablissement est essentielle pour bien comprendre ce qu'il se joue pour les patientes durant les soins. Tous les symptômes ne s'améliorent pas au même rythme, et le rétablissement est rarement linéaire. Une récente étude cherchant à mieux comprendre la temporalité symptomatologique ainsi que les relations entre plusieurs variables pathologiques chez ces patientes (dépression, anxiété, et manque d'auto-compassion) montre que contrairement aux dimensions de la dépression et de l'anxiété, les dimensions du TCA ne s'améliorent pas en même temps, et ne sont pas influencés par les mêmes variables (Kopland et al., 2025). Pour ces auteurs,

les changements d'auto-compassion (notamment la tolérance à la détresse et la bienveillance envers soi) et les changements du comportement alimentaire peuvent être prédits par l'amélioration de l'inquiétude/agitation et de l'absence d'espoir en son avenir, mais également (et surtout pour les patientes avec un vécu de traumatisme précoce) par l'acceptation de soi et l'amélioration du sentiment de honte. L'inquiétude, l'acceptation de soi, et le sentiment de honte faisaient partie intégrante des thèmes adressés lors des ateliers, via les exercices méditatifs de pleine conscience, le travail sur la tolérance à la détresse, les outils de restructuration cognitive et bien sûr l'entraide des participantes. Si le contenu des ateliers n'abordait pas explicitement la question de l'espoir, il semble néanmoins que la progressive projection positive dans une vie sans anorexie/boulimie ai été en partie facilitée par l'apprentissage de ces précieuses compétences émotionnelles.

Dans l'ensemble, les résultats quantitatifs et qualitatifs ont montré que ce dispositif thérapeutique de groupe basé sur l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi a effectivement permis aux patientes d'aller vers plus de pleine conscience et d'accueil émotionnel, de mieux définir leur identité en dehors de la maladie, et de diminuer leur perfectionnisme et leur auto-flagellation.

3. L'AIS, plus acceptable que l'AC ?

L'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion sont des concepts proches, positivement corrélés l'un à l'autre, à tel point que se pose la question de leur différence, tant en termes de définition, que de fonctionnement, et de perception.

L'acceptation inconditionnelle de soi, telle que définie par Albert Ellis est un concept alternatif à l'estime de soi, se voulant non-jugeant et rationnel :

« Je n'ai ni valeur intrinsèque ni absence de valeur, mais simplement le fait d'être vivant. Je ferais mieux d'évaluer mes traits de caractère et mes actes, mais pas ma personne dans son ensemble ni mon « moi ». Je m'accepte pleinement, en ce sens que je sais que je suis vivant et que je choisis de survivre et de vivre aussi heureux que possible, en subissant le moins de souffrances inutiles possible. Je n'ai besoin que de cette prise de conscience et de ce choix — et d'aucune autre forme d'auto-évaluation. » (Ellis, 1999)

L'auto-compassion quant à elle, si elle partage bien cette dimension non-jugeante, propose également d'adopter une posture active de réassurance chaleureuse envers soi-même, et intègre

une notion d'humanité commune. La plupart des auteurs travaillant ces deux concepts s'accordent à dire qu'ils visent un objectif similaire : diminuer le sentiment de honte et d'auto-flagellation pour se diriger vers un changement positif (Dryden, 2013). Les rares études comparant ces concepts vont dans ce sens, proposant que l'AIS et l'AC utiliseraient des moyens différents pour atteindre le même but (Crisan et al., 2022).

Alors comment choisir ? Dryden (2013) propose que l'acceptation inconditionnelle de soi serait une étape préliminaire au développement de l'auto-compassion (*C'est en acceptant que je suis humaine et donc nécessairement complexe, changeante et faillible, que je peux me reconnaître dans l'expérience humaine, accueillir sans juger mes ressentis, et donc, in fine, me traiter avec bienveillance*). Mais cette idée n'a pas fait l'objet de recherches approfondies. Certains auteurs observent une plus grande acceptabilité de l'auto-compassion que de l'acceptation inconditionnelle de soi (Crisan et al., 2022), mais d'autres constatent un rejet de l'auto-compassion chez certaines populations (notamment avec un attachement insécure ou parasités par une trop grande détresse) (Pauksik, 2022), qui nécessitent des exercices de sécurisation préalables (Baldwin et al., 2020). Compte tenu des fortes croyances négatives liées à l'auto-compassion chez les personnes souffrant de troubles alimentaires, de leur tendance à l'évitement émotionnel, et de leur attachement souvent insécure, nous faisons l'hypothèse que l'acceptation inconditionnelle de soi serait plus acceptable pour les participantes, car perçue comme plus rationnelle et nécessitant moins de participation affective. Nous pensions que cette première étape d'assouplissement de l'auto-critique permettrait ensuite d'accéder à l'auto-compassion par 1) la compassion de chaque participante envers les autres participantes, 2) un cadre sécurisant permettant l'identification de leurs ressentis, 3) par des exercices variés et le soutien du groupe, le développement individuel d'une attitude bienveillante envers soi.

Cela a demandé un soin tout particulier donné à la mise en place de ce groupe. En tant qu'examinatrice, je me suis présentée de façon formelle à chaque participante mais j'ai aussi pris le temps d'exister dans le service afin d'être la moins possible étrangère au lieu, les psychologues référentes de l'unité ont participé à certains ateliers, les séances se sont passées dans une salle confortable et spacieuse associée à un environnement plaisant (fauteuils, canapés, vue sur le parc, musique douce), et nous avons eu à cœur de créer un sentiment de sécurité au sein du groupe.

La différence entre l'AIS et l'AC a été expliquée dès le premier atelier sous forme de psychoéducation, et un vocabulaire spécifique a été proposé pour différencier les concepts abordés : d'abord l'identification de la « voix sévère » (les pensées auto-critiques, perfectionnistes,

auto-punitives), puis le développement de la « voix juste » (l'acceptation inconditionnelle de soi), et enfin celle de la « voix bienveillante » (l'auto-compassion). Dryden (2013) supposait que la préférence entre l'AIS et l'AC dépendrait des populations et de la singularité des patients, ce qui a effectivement été observé dans nos résultats qualitatifs. L'AIS et l'AC ayant augmenté dans le groupe expérimental et non dans le groupe contrôle, nous pouvons supposer que les ateliers ont bien su cibler ces deux variables. Cependant, l'effet spécifique du groupe n'a pas pu être retenu pour l'acceptation inconditionnelle de soi, ce qui s'explique en partie par le fait que la plupart des séances étaient plus centrées sur l'AC que sur l'AIS. Notre étude ne permet malheureusement pas de statuer sur la différence de fonctionnement de ces deux concepts, ni d'un choix privilégié pour la population TCA. Il serait intéressant à l'avenir de comparer trois groupes thérapeutiques : l'un uniquement basé sur l'auto-compassion, l'un basé uniquement sur l'AIS, et un basé à la fois sur l'AIS et l'AC, afin de déterminer de l'effet spécifique et complémentaire de l'AIS.

Mais le discours des participantes en follow-up et durant les ateliers a semé des indices. Pour la plupart des participantes avec les plus grandes tendances à l'auto-critique et à la recherche de perfectionnisme, c'est l'AIS qui semble la facilement utilisable, à travers les exercices de restructuration cognitive, qu'elles ont préféré aux autres exercices. Pour celles plutôt concernées par de forts sentiments de honte, de détresse émotionnelle et de comportements auto-agressifs, l'auto-compassion a été mieux perçue, notamment dans ses formes médiatisées par le corps (toucher-soutien, méditation guidée, auto-compassion du quotidien et compassion corporelle). D'autres participantes ont pu exprimer utiliser l'AIS et l'AC de façon complémentaire, et la plupart semblent avoir à la fin des ateliers totalement fusionné les deux concepts, les nommant de façon interchangeable pour signifier « se traiter avec bienveillance ». Il nous apparaît que ces *deux* concepts sont pertinents pour cette population, l'un et l'autre pouvant être plus facilement acceptables selon les traits les plus saillants des patientes (AIS pour perfectionnisme et auto-critique, AC pour honte et intolérance à la détresse).

4. Une autre façon de se penser, et de panser le trouble

Notre troisième étude visant principalement à évaluer l'efficacité du dispositif « GAC », la partie qualitative de cette étude s'est centrée sur les propos illustrant le degré d'acceptabilité du dispositif par les participantes. Cependant, leurs retours lors de l'entretien de follow-up se sont avérés bien plus riches, et permettent de faire des hypothèses sur les leviers et freins à l'adhésion à l'AIS et à l'AC.

Les patientes se sont appropriées de façons différentes les concepts clefs des ateliers, tout en bâtissant ensemble un sentiment de sécurité inhérent au travail de groupe, celui-là même permettant l'exploration de leurs ressentis et pensées les plus douloureuses. Nous avons repéré une différence d'« ambiance » entre les deux groupes expérimentaux, l'un ayant été plus contenant que l'autre. Plusieurs facteurs ont pu influencer cette différence (horaire juste après le repas ou plus tard dans l'après-midi, présence ou non des psychologues du service, tempérament plus ou moins extraverti des patientes...) mais dans les deux cas les patientes ont exprimé un sentiment de contenance et de maintenance psychique :

« Je retiens... que les mots qui ressortaient quand vous faisiez le tour de notre état, c'était souvent 'fatiguée, anxieuse, triste'. Et à chaque fois, à la fin, c'était 'apaisée, soulagée'. Et j'en retiens justement ce sentiment de... d'apaisement, tout simplement. Ne pas se sentir seule, se sentir écoutée, constater qu'il y a des solutions, qu'il est possible de voir du positif. Je pense que c'est un sentiment qui reste. »

La plupart des participantes du groupe expérimental ont pu s'autoriser à penser et ressentir dans cet espace groupal, en partageant à la fois une exploration individuelle et un sentiment d'appartenance. Les ateliers semblent avoir permis la création d'une enveloppe psychique groupale, faisant fonction d'espace à la fois de délimitation des pensées de chacune et permettant l'interaction entre elles. Le concept du Moi-peau d'Anzieu (1995) héritier du « bloc-notes magique » de Freud (Cotet et al., 1992), décrit un espace séparant l'environnement intrapsychique et l'environnement extérieur, tout en permettant la communication entre les deux (Vollon & Gimenez, 2015). Dans le cadre du groupe thérapeutique, « les membres du groupe projettent dans un premier temps leurs enveloppes et Moi-peaux respectifs sur le groupe lui-même, la mise en commun de l'ensemble de ces mouvements projectifs permet, potentiellement, la formation d'une structuration psychique groupale commune et accessible à tous » (Vollon & Gimenez, 2015). Cette structuration psychique s'est poursuivie au-delà des limites temporelles et spatiales des ateliers :

« J'ai croisé une ancienne patiente dans le tramway. On parlait de notre soin, et en parlant de ça, ça m'a fait penser au concept d'humanité commune dont vous parliez. Et en fait, avec toutes les patientes, je trouve que ce concept nous lie parce que toutes, on vit la même maladie, mais à travers chacune, chacune de notre façon. Mais en fait, on se comprend toutes. Et donc, on n'est pas seules dans cette difficulté. C'est un concept qui résonne encore beaucoup. »

Le Moi-peau souvent trop imperméable, et donc isolant, chez les patientes anorexiques a été particulièrement mobilisé dans une séance utilisant l'exercice du « toucher-soutien » (Germer et al., 2020). Cet exercice prend la forme d'une méditation guidée à travers laquelle les patientes sont amenées à activer leur système d'apaisement (Gilbert, 2014) par l'exploration d'un contact physique avec leur propre corps amenant une sensation de bienveillance envers elles-mêmes : main sur le cœur, prendre son visage en coupe, s'enlacer elles-mêmes, se caresser la main... Pour beaucoup, cette séance a permis un bond en avant dans l'adoption d'une attitude compatissante.

« Ce qui m'avait bien marqué c'était cette séance qu'on avait faite, je crois que c'était d'ailleurs la première sur cet aspect un peu méditatif, où on avait essayé de trouver ce fameux toucher-soutien qui nous parlait le plus, et où j'avais trouvé le mien et je trouvais ça très très chouette. Je me voyais... vous vous souvenez, c'était un peu trop là [elle fait référence à une vague de tristesse qu'elle a ressenti au début de la méditation guidée et pour laquelle elle a demandé de l'aide], et du coup ça me faisait tellement penser à avoir quelqu'un dans mes bras. »

Pour certaines, ce sont les exercices de restructuration cognitives qui ont été les plus investis, le rapport aux éprouvés corporels étant trop perturbés et source de souffrance :

« C'est un peu compliqué pour moi parce que... le toucher, j'ai une relation un peu particulière avec ça. Du coup, c'était ça le plus compliqué. Justement, dans ces moments, j'ai du mal à m'empêcher de penser. Il y a souvent... J'ai des pensées négatives qui vont arriver. Aussi, toucher mon corps, ça reste compliqué. Donc, se dire je vais faire un toucher pour me faire du bien, tout ça, c'est un peu... »

A noter que cet exercice du toucher-soutien s'est inscrit dans le temps pour plusieurs patientes. L'une d'entre elles, en grande difficulté pour transformer sa « voix sévère » en « voix juste » (AIS) ou en « voix compatissante » (AC) a trouvé une autre voie par le toucher-soutien pour accompagner sa culpabilité post-prandiale : *« Après, il y a tous ces soutiens aussi que j'utilise... par exemple, après les repas, je me masse le ventre ».*

La dimension corporelle de certaines séances a contribué à amener les patientes à se décaler de leur perception esthétique de leur corps, pour aller vers une perception plus incarnée et tournée vers le *care*.

« Moi, ça m'a quand même permis de me sentir un peu mieux dans mon corps parce que le fait de faire le toucher-soutien, de la méditation, même des fois quand je me faisais un masque au

visage, ça me permettait peut-être de m'accepter encore plus. Je me dis que les exercices, ça m'a aussi aidé à voir mon corps d'une différente manière qu'un corps malade en fait. »

Les propos des participantes ont fait écho à une récente étude qualitative (Anagnostopoulou et al., 2025) mettant en avant un aspect encore peu étudié de l'auto-compassion : la compassion corporelle (*body compassion*), c'est-à-dire la compassion envers son propre corps, comprenant bienveillance, humanité commune, et pleine conscience, et la motivation à apaiser la détresse, souffrance, et douleur corporelle (Beadle et al., 2021). Dans l'étude d'Anagnostopoulou et collaborateurs, ce concept est pensé comme un pont entre l'image corporelle et l'auto-compassion, et est fortement associé à la pleine conscience, à la restructuration cognitive, à la pratique d'auto-soin, et à la capacité de *faire avec* les émotions douloureuses. Les personnes rétablies de TCA interrogées par ces auteurs identifient la compassion corporelle comme une composante clef de l'entrée dans le rétablissement, et l'autrice en infère des étapes progressives :

- (1) Fondation (la nécessité de la compassion corporelle pour se rétablir) ;
- (2) Confusion (difficulté pour les participantes à élaborer sur ce concept) ;
- (3) Evolution (reparentage du corps, regard plus souple et bienveillant sur son corps) ;
- (4) Reconnexion (être à l'écoute de son corps, neutralité puis appréciation vis-à-vis de son apparence) ;
- (5) Résistance (remise en question des exigences sociétales vis-à-vis du corps et l'idéal de minceur) ;
- (6) Rébellion (lutte active contre ces exigences et recherche de sens personnel).

Les exercices centrés sur le corps utilisés dans les ateliers GAC ont semble-t-il participé à développer cette compassion corporelle, en permettant aux patientes d'écouter les besoins de leur corps, d'abord en dehors de la sphère alimentaire, pour peu à peu s'y reconnecter. Entrer à nouveau en contact avec ses sensations corporelles, mêmes désagréables, fait partie des différentes étapes du rétablissement psychologique, moins mesurables que la diminution des symptômes de TCA. Cette étape est essentielle pour se reconstruire une connaissance de soi, tant en termes de « dedans/dehors » identifiée par Anzieu, qu'en termes d'image de soi incorporée (Adame et al., 2024), ou d'un sens de Soi à construire (Adame et al., 2024; Oldershaw et al., 2019; Holmes et al., 2017; K. Williams et al., 2016; Bruch, 1979). Certaines patientes ont pu évoquer spontanément ces changements :

« Il y avait l'exercice de lettres. Mais moi, je ne me suis pas fait une lettre, je me suis dit des phrases encourageantes que quelqu'un aurait pu me dire pour que j'avance. Un jour, ça m'est venu d'un coup et j'ai noté tout de suite. Et depuis, j'ai affiché des petits post-it dans ma salle de bain. Du coup, tous les matins, je vois et je relis ces post-it. Et ça me fait du bien, en fait. C'est pas grand-chose, mais ça me fait du bien. »

« Maintenant ma chambre c'est la chambre d'une jeune femme qui a envie de vivre, d'étudier, de voir ses amis, de voir sa famille. C'est aussi une chambre dans laquelle je peux développer mon identité, mettre au mur les choses que j'aime, donc le cinéma, l'art, mes proches. »

« J'ai l'impression de me retrouver avant de vraiment souffrir, en fait. Parce que ça fait vraiment longtemps que ça dure, plusieurs années. Et là, j'ai vraiment l'impression de me retrouver moi, alors qu'avant, ce n'était plus moi. »

Dans l'ensemble, les patientes ont utilisé différents chemins pour développer de l'acceptation d'elles-mêmes et de l'auto-compassion, selon leur singularité et en puisant dans la compassion du groupe (la leur envers les autres, et celle des autres envers elles). Les patientes interrogées en follow-up ont rapporté avoir trouvé dans les ateliers une façon nouvelle de s'adresser à elles-mêmes et une meilleure identification de leurs ressentis. Même si le chemin du rétablissement reste encore long pour certaines, la majorité sont sorties d'hospitalisation en follow-up, et nous ont dit continuer à s'autoriser de la bienveillance envers elles-mêmes via les exercices découverts dans ce dispositif de groupe thérapeutique.

Ce travail de thèse cherchait à répondre à trois principales questions :

- 1) Quelle place ont l'auto-compassion et l'acceptation de soi dans la trajectoire de l'anorexie et de la boulimie ?
- 2) L'acceptation inconditionnelle de soi peut-être aider au développement de l'auto-compassion ?
- 3) Quelle est l'acceptabilité et l'efficacité d'un protocole de thérapie de groupe basée sur l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi ?

A travers ces trois études, nous avons pu contribuer à la compréhension de la place de l'AC et de l'AIS dans l'anorexie et la boulimie : deux concepts qui peuvent être développés en amont du rétablissement et facilitent l'entrée dans celui-ci en améliorant la régulation émotionnelle et l'image de soi via une diminution de l'intolérance à la détresse, de la mésestime corporelle, et de l'auto-critique excessive. L'AIS et l'AC semblent toutes deux pertinentes dans le soin de l'anorexie et de la boulimie, chacune s'adressant à des facteurs de maintien différents et privilégiés selon le profil clinique des patientes. Le développement de ces deux attitudes psychologiques est possible via un dispositif groupal.

Ce travail comporte plusieurs autres forces :

- Il est un des rares à lier l'AIS et l'AC non seulement d'un point de vue théorique mais aussi dans un dispositif de soin
- Il participe à l'émergence des évaluations scientifiques des dispositifs de soin basés sur l'AC et l'AIS, utilisant à la fois un groupe contrôle et un follow-up
- Il enrichit ces autres études en évaluant des variables psychologiques plus larges que les symptômes comportementaux du TCA avec le prisme de la régulation émotionnelle (schémas précoces inadaptés, mécanismes de défense, alexithymie, tolérance à la détresse...)
- Il contribue au développement de l'AIS et de l'AC en France, issues de deux thérapies peu utilisées sur le territoire (thérapie comportementale émotive et rationnelle, et thérapie basée sur la compassion)
- Il permet de montrer l'efficacité d'un tel groupe thérapeutique sur une durée compatible avec les durées classiques d'hospitalisation

5. Limites de ce travail

Ce travail comporte naturellement plusieurs limites discutées précédemment dans chaque étude, et nous en préciserons ici les plus saillantes :

Notre choix pour l'enquête en ligne tout comme pour les ateliers thérapeutiques était de nous décentrer de la symptomatologie « stricte » des TCA, afin de nous permettre d'étoffer un livret de questionnaires explorant d'autres variables sous-jacentes au TCA (intolérance à la détresse, alexithymie, schémas précoces inadaptés, mécanismes de défense, image du corps, qualité de vie, et bien sûr auto-compassion et acceptation inconditionnelle de soi). Ce choix s'est fait à la fois avec un regard clinique (décentrer les patientes du comportement alimentaire déjà bien abordé dans leurs soins) et à la fois dans un but stratégique (limiter le nombre de questionnaires déjà dense pour les patientes, et explorer des variables moins étudiées dans la littérature). Cependant, cela a pour conséquence de nous fournir peu d'information sur le trouble alimentaire proprement dit et son évolution. Il serait judicieux dans de futures études d'ajouter un questionnaire évaluant les symptômes directs du TCA comme l'EDE-Q, l'EAT-26, l'EDI-2, ou le Q-EDD. A noter également que certains questionnaires utilisés ne disposaient pas d'une traduction validée et ont donc été traduits par traduction renversée et relues par des personnes de langue maternelle française et anglaise. Cette méthode peut induire des biais d'interprétation par les participantes.

Compte tenu de contraintes inhérentes aux lieux de soins (disponibilités des patientes, dates de sorties prévues, enjeux relationnels pré-existants entre patientes, variabilité des âges et des troubles des patientes), nous n'avons pas pu randomiser la composition de nos groupes expérimentaux et de notre groupe contrôle, ce qui limite nécessairement la qualité statistique de notre troisième étude. Nous n'avons pas non plus été matériellement en mesure de comparer le groupe expérimental à un autre groupe contrôle actif, préférant donc un groupe contrôle de soin usuel. La double fonction d'animatrice d'atelier thérapeutique et d'investigatrice de recherche apporte également des biais non négligeables. Enfin, la petite taille de notre échantillon ne permet pas de généraliser les effets des ateliers basés sur l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi. Il serait pertinent de reconduire ce groupe à plusieurs reprises et dans différents lieux de soins afin d'augmenter notre compréhension des effets de ce groupe et d'en évaluer plus finement son efficacité.

Une dernière limite est le caractère nouveau et donc exploratoire de ce travail. Au fur et à mesure des futures expérimentations de ces ateliers, nous espérons développer un dispositif thérapeutique

de plus en plus solide et nourri des retours des patientes, sources de nombreuses pistes d'amélioration.

6. Conclusion et perspectives cliniques

Malgré leur ancienne et riche histoire clinique, les recherches concernant les prises en charge de l'anorexie et de la boulimie restent en développement. Ces troubles convoquent la stupeur des professionnels et des proches, tant l'acte de se nourrir paraît simple pour qui n'est pas confronté à un trouble des conduites alimentaires. Pour dépasser cette stupeur, voire contre-transfert négatif, poursuivre les travaux à la fois quantitatifs et qualitatifs est essentiel. Ce travail de thèse ouvre de nouvelles perspectives en plaçant au centre une autre question que celle du corps : celle de la façon dont les patientes se parlent à elles-mêmes. Il nous paraît impossible de faire fi de cette question, car elle est au cœur du maintien du trouble. Les patientes ayant accepté de participer à nos études disent toutes se traiter avec la plus grande des sévérités, ne s'accorder aucun pardon, et subir sans relâche les injonctions de leur « voix sévère ». Et pourtant, la plupart sont empathiques, sensibles aux autres, soucieuse du bien-être de leurs proches. Les conduire à réaliser cette dissonance cognitive (« *tout le monde mérite de la douceur sauf moi* ») est une étape clef du développement de l'auto-compassion ou de l'acceptation inconditionnelle de soi, selon l'approche qui leur est la plus acceptable.

Il paraît peu probable de trouver un jour une approche thérapeutique efficace pour toutes ces patientes. Le développement d'un trouble du comportement alimentaire est le résultat d'un ensemble multi-factoriel complexe, et il est important de se souvenir que le résultat de ce mélange forme toujours une présentation singulière, propre à chaque personne. Nonobstant, dessiner des profils à partir de tableaux cliniques souvent retrouvés en thérapie, permet de tisser une compréhension globale du fonctionnement de ces troubles. Nous pensons que réfléchir en termes de « profil » ou d'ensemble de processus plutôt qu'uniquement en termes de diagnostic pourrait permettre d'adapter plus finement les propositions thérapeutiques. Gulliksen (Gulliksen et al., 2017) propose quatre profils identifiant la porte par laquelle la maladie est entrée dans la vie des patientes : évitant (tempérament anxieux, inhibé, craintif du jugement, petites mangeuses depuis toujours), performateur (tempérament consciencieux, perfectionnisme, estime de soi basse, orientation vers les autres), transformateur (sentiment de décalage avec les pairs, difficultés scolaires, surpoids), et punitif (haine de soi, recherche d'auto-destruction, honte). D'autres auteurs mentionnés plus tôt (Levine-Keini & Shalev, 2024; Wagner & Vitousek, 2019) proposent une autre appellation: Résilient/névrotique, Sur-contrôlé/psychotique, Dysrégulé/limite. Dans une

perspective différente, certains auteurs préfèrent réfléchir en termes de « réseaux de symptômes », dont les liens entretiennent les troubles psychiatriques de différentes façons selon les patients (Bringmann et al., 2022; Gauld, 2020). Cette approche propose elle aussi une personnalisation des thérapies pour en augmenter l'efficacité (Kopland et al., 2025). En nous basant sur nos observations lors des ateliers GAC et de nos discussions formelles (entretiens de recherche) ou informelles (les temps d'échange entre deux portes, en chambre, dans le parc...), nous proposons de poursuivre cette réflexion avec l'AIS et l'AC :

- Pour les patientes présentant au premier plan un profil perfectionniste et obsessionnel, l'acceptation inconditionnelle de soi semble tout à fait indiquée car elle permet d'explorer et transformer les distorsion cognitives à l'œuvre dans le trouble, d'« arrondir les angles », comme l'a dit une participante du groupe. Pour ces patientes, l'auto-compassion est d'abord perçue avec dédain, comme une attitude « pour les faibles », et est donc plus acceptable après un travail préalable d'acceptation inconditionnelle de soi, c'est-à-dire de remise en question de la croyance *« il est possible d'être parfaite et je dois atteindre cet idéal pour avoir de la valeur »*.

- Pour les patientes chez qui la honte, le dégoût de soi, l'auto-flagellation, l'intolérance à la détresse, est plus saillante et pour qui le trouble est plus une stratégie de régulation émotionnelle qu'une recherche de réussite, l'auto-compassion en premier lieu semble plus indiquée. Comment pourraient-elles avoir la disponibilité psychique d'apprendre à s'accepter alors qu'elles sont en prise avec de telles tempêtes émotionnelles ? Pour elles, la question de l'acceptation inconditionnelle de soi semble plus entendable dans un second temps. Cibler en premier lieu l'auto-compassion permet en effet de favoriser le développement de compétences et de stratégies de régulation émotionnelle (identifier ses ressentis, les exprimer, écouter et répondre à ses besoins) nécessaires pour aborder ensuite des schémas cognitifs ancrés.

A l'avenir, produire de nouvelles études pour tester cette hypothèse serait très précieux. Par exemple en développant une échelle psychométrique aidant à déterminer ces profils dans cette population. En amont de cette piste, il est déjà envisageable d'utiliser l'échelle de peur de l'auto-compassion (Gilbert et al., 2011) et d'observer quels items sont les plus saillants chez les répondantes, car ils sont souvent révélateurs de leur fonctionnement psychique (par exemple les items *« Je crains que si je deviens plus gentil et moins autocritique envers moi-même, mes exigences pour moi-même baisseront »* ou *« Je crains que si je commence à ressentir de la compassion et de la chaleur envers moi-même, je me sente submergé par un sentiment de perte / de chagrin »*). Il n'existe pas à notre connaissance d'échelle similaire pour l'acceptation

inconditionnelle de soi, ce qui serait pertinent pour mieux comprendre quels sont les freins à cette attitude et comment y répondre pour favoriser l'acceptabilité de cette approche. Comme nous l'avons vu précédemment, les ateliers GAC ont présenté des résultats prometteurs, ont été particulièrement bien acceptés par les patientes (la seule sortie de groupe était dû à une fin d'hospitalisation précoce suite à un décès familial), et sont aisément reproductibles. Améliorer, reconduire, et évaluer à nouveaux ces ateliers paraît donc très souhaitable.

Ce travail de thèse constitue plus un préambule qu'une fin. L'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi sont des concepts pertinents pour la prise en charge des troubles des conduites alimentaires, pourtant encore peu utilisés en France. Développer à la fois des recherches théoriques et des applications cliniques est essentiel, et le rendu de cette thèse, effectuée en auto-financement et en parallèle d'un travail en institution auprès de patientes, s'inscrit dans cette double articulation. Nous souhaitons poursuivre ce travail et participer à la diffusion de ces connaissances, via de nouvelles publications, participation à des congrès, ou encore en formant des équipes pour faire vivre ces ateliers. Dans cette objectif, notre recherche permet de proposer des recommandations de bonnes pratiques (voir Tableau 2). Gardons néanmoins à l'esprit de rester souples, et d'adapter ce dispositif de soin en fonction de particularités des services et des équipes, des thérapeutes, mais surtout, des patientes.

Tableau 2 : Recommandations de bonnes pratiques pour les Ateliers GAC (Groupe Acceptation Compassion)

Ateliers GAC : recommandations	
Indications	• Personnes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie nerveuse et volontaire aux soins et bénéficiant d'un suivi individuel • IMC suffisant pour ne pas limiter les capacités de flexibilité cognitive • S'assurer que les participantes ont eu un temps préalable d'accommodation à leur soin individuel et/ou à leur hospitalisation • Présenter le cadre des ateliers (groupe fermé, participation à tous les ateliers, engagement aux exercices entre les séances)
Symptômes ciblés et objectifs thérapeutiques	• Alexithymie, évitement émotionnel et sensoriel Reconnexion aux éprouvés sensoriels et émotionnels, mise en mots et expression des émotions → psychoéducation, pleine conscience, roue des émotions, auto-compassion comportementale (activités permettant l'accès à des ressentis apaisants) • Auto-flagellation / auto-critique excessive Travail autour des biais cognitifs, défusion des pensées, et mise en perspective → psychoéducation, restructuration cognitive (colonnes de Beck adaptées à l'AIS et l'AC), questionnement socratique • Honte et culpabilité Apprentissage d'une attitude compatissante envers les autres participantes, puis redirection de cette compassion envers soi → soutien du groupe, imagerie compatissante, découverte du « touché-soutien », compassion corporelle, développer la « voix bienveillante » • Perfectionnisme, rigidité et sur-contrôle Travail de flexibilité cognitive, de lâcher-prise progressif et de remise en question de la croyance « <i>ma valeur dépend de ma réussite</i> », restructuration cognitive et questionnement socratique, exercices de méditation et de médiation artistique • Perte du sens de Soi, égocyttonie Favoriser la reconnexion à un sens de Soi plus complexe, explorer ses valeurs et les mettre en lien avec les objectifs thérapeutiques → outil de la « Carte de Soi » • Isolement social et manque d'affirmation Favoriser les interactions sociales et l'affirmation de soi → participation active au sein du groupe, donner la parole aux participantes les plus inhibées, leur permettre un dévoilement de soi et de bénéficier du soutien des autres participantes

Bibliographie

- Adame, A. L., Pierce, E., Jimenez, A., Shelby, T., & Parks, D. (2024). How Does Self-Identity Change in Eating Disorder Recovery? *Journal of Humanistic Psychology*, 00221678241255264. <https://doi.org/10.1177/00221678241255264>
- Ahvan, E., Alizadeh, K., & Zarei, E. (2025). Self-acceptance in Adolescent Girls : The Roles of Body Image and Perfectionism with Mental Toughness as a Mediator. *Modern Care Journal*, 22. <https://doi.org/10.5812/mcj-157988>
- Amianto, F., Northoff, G., Abbate Daga, G., Fassino, S., & Tasca, G. A. (2016). Is Anorexia Nervosa a Disorder of the Self? A Psychological Approach. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00849>
- Anagnostopoulou, V., Bailie, C., & Troop, N. (2025). “Without this part, it’s hard to truly recover”: Adults’ experiences of body compassion in eating disorder recovery—a reflexive thematic analysis. *Journal of Eating Disorders*, 13, 279. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01464-y>
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Archonti, C., Simpson, S., Castelnuovo, G., & Pietrabissa, G. (2019). Schema Therapy for Eating Disorders : Theory and Practice for Individual and Group Settings. In *Schema Therapy for Eating Disorders : Theory and Practice for Individual and Group Settings Condividi* (p. 121-135). Taylor and Francis. <https://staging-unicatt.elsevierpure.com/en/publications/schema-therapy-for-eating-disorders-theory-and-practice-for-indiv>

- Badel, C. (2012). Vomir pour le plaisir à Rome. In F. Quellier & K. Karila-Cohen (Éds.), *Le corps du gourmand : D'Héraclès à Alexandre le Bienheureux* (p. 179-189). Presses universitaires François-Rabelais. <https://doi.org/10.4000/books.pufr.28760>
- Baldwin, S., Bandarian-Balooch, S., & Adams, R. (2020). Attachment and compassion-threat : Influence of a secure attachment-prime. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(3), 520-536. <https://doi.org/10.1111/papt.12244>
- Baron-Cohen, S., Jaffa, T., Davies, S., Auyeung, B., Allison, C., & Wheelwright, S. (2013). Do girls with anorexia nervosa have elevated autistic traits? *Molecular Autism*, 4(1), 24. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-24>
- Barrett, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007). The experience of emotion. *Annual Review of Psychology*, 58, 373-403. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085709>
- Beadle, E. S., Cain, A., Akhtar, S., Lennox, J., McGuire, L., & Troop, N. A. (2021). Development and validation of the Body Compassion Questionnaire. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 9(1), 951-988. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.1993229>
- Beattie, C. (2017). *Compassion focused therapy (CFT) for eating disorders : An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences*. [https://www.semanticscholar.org/paper/Compassion-focused-therapy-\(CFT\)-for-eating-%3A-an-of-Beattie/37c0346b683959b7df8f66da821fad0d74dcc91f](https://www.semanticscholar.org/paper/Compassion-focused-therapy-(CFT)-for-eating-%3A-an-of-Beattie/37c0346b683959b7df8f66da821fad0d74dcc91f)
- Becquignon, A., Maoz, Z., & Sudres, J.-L. (2025). Les effets inattendus des psychothérapies : De notions en concepts et applications. Une approche exploratoire par l'hypnothérapie. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 183(5), 532-537. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2025.03.001>
- Bemporad, J. R. (1996). Self-starvation through the ages : Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 217-237. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199604\)19:3<217::AID-EAT1>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199604)19:3<217::AID-EAT1>3.0.CO;2-P)
- Berking, M., & Whitley, B. (2014). *Affect regulation training : A practitioner's manual* (p. x, 266). Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1022-9>
- Besjes, M. J., Mares, S. H. W., van Elburg, A. A., & Spijker, J. (2026). The Efficacy of Pharmacological Treatment of Depression in Anorexia Nervosa and Underweight Patients : A

Systematic Review. *European Eating Disorders Review*, 34(1), 55-70.
<https://doi.org/10.1002/erv.70008>

Bingöl, T. Y., & Batik, M. V. (2019). Unconditional Self-Acceptance and Perfectionistic Cognitions as Predictors of Psychological Well-Being. *Journal of Education and Training Studies*, 7(1), 67-75.

Biskas, M., Sirois, F. M., & Webb, T. L. (2022). Using social cognition models to understand why people, such as perfectionists, struggle to respond with self-compassion. *British Journal of Social Psychology*, 61(4), 1160-1182. (2022-43728-001). <https://doi.org/10.1111/bjso.12531>

Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1990). Attachment and separateness : A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127. <https://doi.org/10.1080/00797308.1990.11823513>

Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1105-1110. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.06.012>

Bordo, S. (1993). *Unbearable weight : Feminism, Western culture, and the body* (p. x, 361). University of California Press.

Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's stepsisters : A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Signs*, 2(2), 342-356. <https://doi.org/10.1086/493362>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss : Attachment*. Basic Books.

Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating : A review of the literature. *Body Image*, 17, 117-131. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>

Bréjard, V., Bonnet, A., & Pedinielli, J.-L. (2008). Régulation des émotions, dépression et conduites à risques : L'alexithymie, un facteur modérateur. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166(4), 260-268. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.06.017>

Breton, D. L. (2023). *La Sociologie du corps*. <https://doi.org/10.3917/puf.lebre.2023.11>

Brewerton, T. D. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity : Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15(4), 285-304. <https://doi.org/10.1080/10640260701454311>

- Bringmann, L. F., Albers, C., Bockting, C., Borsboom, D., Ceulemans, E., Cramer, A., Epskamp, S., Eronen, M. I., Hamaker, E., Kuppens, P., Lutz, W., McNally, R. J., Molenaar, P., Tio, P., Voelkle, M. C., & Wichers, M. (2022). Psychopathological networks : Theory, methods and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 149, 104011. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.104011>
- Brown, N., & Ashcroft, K. (2025). The Effectiveness of Compassion Focused Therapy for the Three Flows of Compassion, Self-Criticism, and Shame in Clinical Populations : A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 15(8), 1031. <https://doi.org/10.3390/bs15081031>
- Bruch, H. (1979). *L'Énigme de l'anorexie : La cage dorée*. Presses universitaires de France.
- Bruch, H., Florence, V., & Monique, M. (1975). *Les yeux et le ventre : L'obèse, l'anorexique et moi dedans*. Payot.
- Brumberg, J. J. (2000). *Fasting Girls : The History of Anorexia Nervosa* (edition). Vintage.
- Brusset, B. (2008). *Psychopathologie de l'anorexie mentale—2ème édition*. Dunod.
- Burns, M. (2004). Eating Like an Ox : Femininity and Dualistic Constructions of Bulimia and Anorexia. *Feminism & Psychology*, 14(2), 269-295. <https://doi.org/10.1177/0959353504042182>
- Bynum, C. W. (1998). *Holy Feast and Holy Fast : The Religious Significance of Food to Medieval Women*. University of California Press.
- Cadena, S. B. R., Iyer, A., Webb, T. L., & Millings, A. (2024). Understanding the relationship between self-compassion and body dissatisfaction. *Journal of Applied Social Psychology*, 54(11), 669-682. <https://doi.org/10.1111/jasp.13065>
- Calogero, R., Boroughs, M., & Thompson, J. (2007). *The impact of Western beauty ideals on the lives of women and men : A sociocultural perspective* (p. 259-298). https://doi.org/10.1057/9780230596887_13
- Cascales, T., & Olives, J.-P. (2016). « Tu vas manger ! ». Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : Du refus au forçage alimentaire. *Spirale - La grande aventure de bébé*, 80(4), 52-60. <https://doi.org/10.3917/spi.080.0052>
- Chabrol, H. (2013). L'anorexie mentale de l'adolescente. *Developpements*, n° 14(1), 29-38.
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2018). *Mécanismes de défense et coping—3e éd.* Dunod.

- Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. F. (2001). Unconditional Self-Acceptance and Psychological Health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 19(3), 163-176. <https://doi.org/10.1023/A:1011189416600>
- Chwyl, C., Chen, P., & Zaki, J. (2021). Beliefs About Self-Compassion : Implications for Coping and Self-Improvement. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 47(9), 1327-1342. <https://doi.org/10.1177/0146167220965303>
- Cleare, S., Gumley, A., & O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm : A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(5), 511-530. <https://doi.org/10.1002/cpp.2372>
- Clerc, E., Mesquida, L., Raynaud, J.-P., & Revet, A. (2023). Therapeutic groups for parents of patients with anorexia nervosa : A systematic review of subjective experiences and state of current practices in France. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 181(6), 509-520. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.09.011>
- Collombat, J., Chapron, S.-A., Sarram, S., Fatseas, M., Serre, F., & Auriacombe, M. (2024). L'anorexie mentale : Une addiction ? Application du modèle addictologique aux troubles du comportement alimentaire. Une revue narrative commentée. *L'Encéphale*, 50(5), 566-572. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2024.03.002>
- Conversano, C., Di Giuseppe, M., & Lingiardi, V. (2023a). Case report : Changes in defense mechanisms, personality functioning, and body mass index during psychotherapy with patients with anorexia nervosa. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1081467>
- Conversano, C., Di Giuseppe, M., & Lingiardi, V. (2023b). Case report : Changes in defense mechanisms, personality functioning, and body mass index during psychotherapy with patients with anorexia nervosa. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1081467>
- Convertino, A. D., & Mendoza, R. R. (2023). Posttraumatic stress disorder, traumatic events, and longitudinal eating disorder treatment outcomes : A systematic review. *The International Journal of Eating Disorders*, 56(6), 1055-1074. <https://doi.org/10.1002/eat.23933>
- Corcos, M. (2005). Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires. *Dialogue*, 169(3), 97-109. <https://doi.org/10.3917/dia.169.0097>
- Corcos, M. (2010). *Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles de conduites alimentaires*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.corco.2010.01>

- Corcos, M. (2015). Le contre-investissement dans l'anorexie mentale... De la sauvegarde à la survie... *Le Carnet Psy*, 189(4), 21-24. <https://doi.org/10.3917/lcp.189.0021>
- Corcos, M., & Dupont, M.-E. (2008). Aspects psychopathologiques des troubles des conduites alimentaires. *La Revue du Praticien*. <https://www.larevuedupraticien.fr/archive/aspects-psychopathologiques-des-troubles-des-conduites-alimentaires>
- Cotet, P., ALTOUNIAN, J., & BOURGUIGNON, A. (1992). *Note sur le « Bloc magique »*.
- Crisan, S., Canache, M., Buksa, D., & Nechita, D. (2022). A comparison between self-compassion and unconditional self-acceptance : Interventions on self-blame, empathy, shame-, guilt-proneness, and performance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. (2022-55538-001). <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00451-5>
- Dajon, M., & Sudres, J.-L. (2022a). Histoires d'orthorexie : Expressions d'une obsession de l'alimentation au sein d'une trajectoire de vie. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 57(2), 117-127. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2022.01.005>
- Dajon, M., & Sudres, J.-L. (2022b). Orthorexie et troubles des conduites alimentaires : Spécificité d'un profil ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 180(7), 621-629. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.02.010>
- Damasio, A. (2003). Feelings of emotion and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001, 253-261. <https://doi.org/10.1196/annals.1279.014>
- Darwin, C. (1871). *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex*. Princeton University Press. <https://www.torrossa.com/en/resources/an/5576321>
- Davis, A. A., & Nguyen, M. (2014). A Case Study of Anorexia Nervosa Driven by Religious Sacrifice. *Case Reports in Psychiatry*, 2014, 512764. <https://doi.org/10.1155/2014/512764>
- Dawson, L., Mullan, B., Rhodes, P., & Touyz, S. (2014). Developing a measure to assess motivation and self-efficacy in anorexia nervosa using the Theory of Planned Behaviour. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), O46. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-2-S1-O46>
- Dawson, L., Rhodes, P., & Touyz, S. (2014). "Doing the Impossible" : The Process of Recovery From Chronic Anorexia Nervosa. *Qualitative Health Research*, 24(4), 494-505. <https://doi.org/10.1177/1049732314524029>

- Deegan, P. E. (1988). Recovery : The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Dejours, C. (2000). Différence anatomique et reconnaissance du réel dans le travail. *Les Cahiers du Genre*, 29(1), 101-125. <https://doi.org/10.3406/genre.2000.1138>
- Delphy, C. (2013). *L'ennemi principal tome 2 : Penser le genre*. Syllepse. https://www.syllepse.net/penser-le-genre-_r_87_i_585.html
- Delphy, C., Molinier, P., Clair, I., & Rui, S. (2012). Genre à la française ? *Sociologie*, (N°3, vol. 3), Article N°3, vol. 3. <https://journals.openedition.org/sociologie/1392>
- de Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery : A systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0>
- Di Fiorino, M., Debbio, A., & Vanderlinden, J. (2009). From « De fame canina » : A brief history of bulimia nervosa in ancient times « De fame canina »: Did bulimia nervosa exist already in ancient times? *Bulletin of Integrative Psychiatry*, nr. 2/2009 (41).
- Dittmar, H., & Bates, B. (1987). Humanistic approaches to the understanding and treatment of anorexia nervosa. *Journal of Adolescence*, 10(1), 57-69. [https://doi.org/10.1016/s0140-1971\(87\)80033-7](https://doi.org/10.1016/s0140-1971(87)80033-7)
- Dixon, L. J., Earl, K. A., Lutz-Zois, C. J., Goodnight, J. A., & Peatee, J. J. (2014). Explaining the link between perfectionism and self-forgiveness : The mediating roles of unconditional self-acceptance and rumination. *Individual Differences Research*, 12(3), 101-111. (2014-43846-002).
- Doumenc, A., Sudres, J. L., & Sztulman, H. (2005). La pratique de la danse et les troubles du comportement alimentaire : Un point sur la question. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 15(3), 97-108.
- Dover, S., & Clements, F. (2025). Body dissatisfaction, stigma and eating disorders : A scoping study on the role of compassion focused therapy. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01292-0>
- Doyle, K. A. (2019). REBT and Eating Disorders. In W. Dryden & M. E. Bernard (Éds.), *REBT with Diverse Client Problems and Populations* (p. 83-101). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-02723-0_5

- Drinkwater, D., Holttum, S., Lavender, T., Startup, H., & Oldershaw, A. (2022). Seeing Through the Façade of Anorexia : A Grounded Theory of Emotional Change Processes Associated With Recovery From Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 868586. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.868586>
- Dryden, W. (2013). Unconditional self-acceptance and self-compassion. In M. E. Bernard (Éd.), *The strength of self-acceptance : Theory, practice and research*. (p. 107-120). Springer Science + Business Media. (2013-17223-007). https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6806-6_7
- Duffy, M. E., Rogers, M. L., Joiner, T. E., Bergen, A. W., Berrettini, W., Bulik, C. M., Brandt, H., Crawford, S., Crow, S., Fichter, M., Halmi, K., Kaplan, A. S., Klump, K. L., Lilenfeld, L., Magistretti, P. J., Mitchell, J., Schork, N. J., Strober, M., Thornton, L. M., ... Keel, P. K. (2019). An investigation of indirect effects of personality features on anorexia nervosa severity through interoceptive dysfunction in individuals with lifetime anorexia nervosa diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 200-205. <https://doi.org/10.1002/eat.23008>
- Duncan, T. K., Sebar, B., & Lee, J. (2015). Reclamation of power and self: A meta-synthesis exploring the process of recovery from anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders*, 3(2), 177-190. <https://doi.org/10.1080/21662630.2014.978804>
- Duriez, P., & Gorwood, P. (2018). Apports récents des neurosciences dans la compréhension de l'anorexie mentale : Génétique, épigénétique, neurocognition et circuit de la récompense. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 53(3), 136-140. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2018.04.001>
- Durif-Bruckert, C. (2003). Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire. *Champ psychosomatique*, 29(1), 71-95. <https://doi.org/10.3917/cpsy.029.0071>
- Eeden, A., Hoeken, D., & Hoek, H. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry, Publish Ahead of Print*. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- Egan, S. J., Rees, C. S., Delalande, J., Greene, D., Fitzallen, G., Brown, S., Webb, M., & Finlay-Jones, A. (2022). A Review of Self-Compassion as an Active Ingredient in the Prevention and Treatment of Anxiety and Depression in Young People. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(3), 385-403. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01170-2>

- Eibl, M., & Nicoleta Turliuc, M. (2025). Complex posttraumatic stress disorder symptoms and anorexia nervosa manifestations. Dissociative symptoms and emotion dysregulation as explanatory mechanisms. *Eating Disorders*, 0(0), 1-18. <https://doi.org/10.1080/10640266.2025.2558015>
- Ejdemyr, I., Sundqvist, R., Bjureberg, J., Birgegård, A., Jokinen, J., Levallius, J., Gilbert, K., & Sjögren, M. (2025). Feasibility and potential efficacy of radically open dialectical behavior therapy for anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 0(0), 1-19. <https://doi.org/10.1080/10640266.2025.2524215>
- Ellis, A. (1976). RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 13, 343-348.
- Ellis, A. (1999). Early Theories and Practices of Rational Emotive Behavior Therapy and How They Have Been Augmented and Revised During the Last Three Decades. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 17(2), 69-93. <https://doi.org/10.1023/A:1023048830350>
- Ellis, A. (2003). Early Theories and Practices of Rational Emotive Behavior Therapy and How They Have Been Augmented and Revised During the Last Three Decades. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 219-243. <https://doi.org/10.1023/A:1025890112319>
- Ellis, & Dryden. (2007). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. Springer Publishing Company.
- Esherick, M. (2003). *How women recover from anorexia nervosa : An analysis of the recovery stories of 14 formerly anorexic women* (Numéros 3-B). ProQuest Information & Learning. (2003-95018-183).
- Evans, C., & Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire : Derivation of shortened « alternative forms. » *International Journal of Eating Disorders*, 13, 315-321. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199304\)13:3<315::AID-EAT2260130310>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199304)13:3<315::AID-EAT2260130310>3.0.CO;2-3)
- Ewert, C., Vater, A., & Schröder-Abé, M. (2021). Self-Compassion and Coping : A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 12(5), 1063-1077. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01563-8>
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., O'Connor, M. E., & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour

- therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Davies, B. A. (2005). Identifying Dieters Who Will Develop an Eating Disorder: A Prospective, Population-Based Study. *American Journal of Psychiatry*. (world). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2249>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders : A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00102-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00102-8)
- Faustino, B., Vasco, A. B., Silva, A. N., & Marques, T. (2020). Relationships between emotional schemas, mindfulness, self-compassion and unconditional self-acceptance on the regulation of psychological needs. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23(2), Article 2. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.442>
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 143-155. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831>
- Fenichel, O., & Fain, M. (1987). *La Théorie psychanalytique des névroses, tome 1 : Le Développement mental, les Névroses traumatiques et les Psychonévroses*. Presses Universitaires de France - PUF.
- Ferreira, C., Dias, B., & Oliveira, S. (2019). Behind women’s body image-focused shame : Exploring the role of fears of compassion and self-criticism. *Eating Behaviors*, 32, 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.11.002>
- Ferreira, C., Matos, M., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2014). Shame Memories and Eating Psychopathology : The Buffering Effect of Self-Compassion. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 487-494. <https://doi.org/10.1002/erv.2322>
- Flett, G. L., Besser, A., Davis, R. A., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of Perfectionism, Unconditional Self-Acceptance, and Depression. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21(2), 119-138. <https://doi.org/10.1023/A:1025051431957>

- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An Evaluation of the Impact of Introducing Compassion Focused Therapy to a Standard Treatment Programme for People with Eating Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1002/cpp.1806>
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence : Attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01136>
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341(8861), 1631-1635. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)90768-C](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)90768-C)
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test : Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
- Garrett, C., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2025). The acceptability of compassion-focused therapy in clinical populations : A metasynthesis of the qualitative literature. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1400962. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1400962>
- Gauld, C. (2020). Introduction aux réseaux de symptômes en psychopathologie. *médecine/sciences*, 36(2), 163-168. <https://doi.org/10.1051/medsci/2020016>
- Geller, J., Iyar, M. M., Kelly, A. C., & Srikameswaran, S. (2019). Barriers to self-compassion in the eating disorders : The factor structure of the fear of self-compassion scale. *Eating Behaviors*, 35, 101334. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101334>
- Geller, J., Kelly, A. C., Samson, L., Iyar, M. M., & Srikameswaran, S. (2020). The relation between two barriers to self-compassion and clinical characteristics in individuals with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 766-772. <https://doi.org/10.1002/erv.2764>
- Germer, C., Neff, K., Ricard, M., Dechow, I., & Retoux, D. (2020). *Mon cahier d'autocompassion en pleine conscience : Comment apprendre à s'aimer*. DE BOECK SUP.
- Ghosh, D. (2025). *Loss of Autonomy and Identity Disturbance in Anorexia Nervosa : Integrating Hilde Bruch's Psychodynamic Model and Modern Perspectives*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22249.56169>
- Gilbert, P. (2005). *Compassion : Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (p. xii, 403). Routledge.

- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Ceresatto, L., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3>
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy*, 85(4), 374-390. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02046.x>
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion : Development of three self-report measures: Fears of compassion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239-255. <https://doi.org/10.1348/147608310X526511>
- Gnatt, I., Mackelprang, J. L., Phillipou, A., & Nedeljkovic, M. (2025). A pilot feasibility and acceptability study of an online compassion-focused group therapy intervention to treat comorbid eating disorders and PTSD symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 38, 100946. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2025.100946>
- Gnatt, I., Mackelprang, J. L., Phillipou, A., Williamson, D., & Nedeljkovic, M. (2025). Compassion-focused group therapy as a transdiagnostic treatment for comorbid eating disorders and posttraumatic stress disorder : A pilot feasibility and acceptability study. *Clinical Psychologist*, 29(1), 43-58. <https://doi.org/10.1080/13284207.2024.2437400>
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion : An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Goodman, A. (1990). Addiction : Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403-1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Goss, K., & Allan, S. (2010). Compassion Focused Therapy for Eating Disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 141-158. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.141>
- Goss, K., & Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 62-77. <https://doi.org/10.1111/bjc.12039>

- Goss, K., Haynes, C., & Dowling, C. (2024). Compassion-Focused Therapy and Eating Disorders. In P. Robinson, T. Wade, B. Herpertz-Dahlmann, F. Fernandez-Aranda, J. Treasure, & S. Wonderlich (Éds.), *Eating Disorders : An International Comprehensive View* (p. 1419-1435). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-46096-8_75
- Goutaudier, N., & Rousseau, A. (2021). L'orthorexie, une obsession pathologique. *Pratiques en Nutrition : santé et alimentation*, 17(66), 28-30. <https://doi.org/10.1016/j.pranut.2021.03.007>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation : Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Greenberg, L. s. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Groth, T., Hilsenroth, M., Boccio, D., & Gold, J. (2020). Relationship between Trauma History and Eating Disorders in Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(4), 443-453. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00275-z>
- Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., & Strauss, C. (2020). Development and Psychometric Properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). *Assessment*, 27(1), 3-20. <https://doi.org/10.1177/1073191119860911>
- Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2017). Four Pathways to Anorexia Nervosa: Patients' Perspective on the Emergence of AN. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(4), 846-858. <https://doi.org/10.1002/cpp.2050>
- Hackley, J. (2024). *From Shame to Compassion : Shame Memories and the Therapeutic Potential of Compassion-Focused Chairwork* [University of Manchester]. <https://research.manchester.ac.uk/en/studentTheses/from-shame-to-compassion-shame-memories-and-the-therapeutic-poten/>
- Hatoum, A. H., Burton, A. L., Berry, S. L., & Abbott, M. J. (2023). Psychometric properties of self-report measures of eating disorder cognitions : A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 11, 233. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00947-0>
- Haute Autorité de Santé. (2010). *Anorexie mentale : Prise en charge*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf

- Henderson, M., Bould, H., Flouri, E., Harrison, A., Lewis, G., Lewis, G., Srinivasan, R., Stafford, J., Warne, N., & Solmi, F. (2021). Association of Emotion Regulation Trajectories in Childhood With Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa in Early Adolescence. *JAMA Psychiatry*, 78. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1599>
- Holmes, S. (2016). 'Blindness to the obvious'? Treatment experiences and feminist approaches to eating disorders. *Feminism & Psychology*, 26(4), 464-486. <https://doi.org/10.1177/0959353516654503>
- Holmes, S., Drake, S., Odgers, K., & Wilson, J. (2017). Feminist approaches to Anorexia Nervosa : A qualitative study of a treatment group. *Journal of Eating Disorders*, 5, 36. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0166-y>
- Houssier, F., & Vlachopoulou, X. (2019). Un cas clinique inédit de Winnicott : Élaboration d'un environnement thérapeutique dans la cure d'une jeune fille anorexique. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(1), 61-77. <https://doi.org/10.3917/psy.621.0061>
- Hower, H., Reilly, E. E., Wierenga, C. E., & Kaye, W. H. (2021). Last word : A call to view temperamental traits as dual vulnerabilities and strengths in anorexia nervosa. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 29(2), 151-160. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1883882>
- Jack, D. C. (2011). Reflections on the Silencing the Self Scale and Its Origins. *Psychology of Women Quarterly*, 35(3), 523-529. <https://doi.org/10.1177/0361684311414824>
- Jaeger, M., & Hoff, P. (2012). Recovery : Conceptual and ethical aspects. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 497-502. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328359052f>
- Jeammet, P. (1985). *L'anorexie mentale*. Doin. <https://www.chasse-aux-livres.fr/prix/2704004676/l-anorexie-mentale-philippe-jeammet>
- Jeammet, P. (2011). *Anorexie, Boulimie—Les paradoxes de l'adolescence*. Fayard/Pluriel.
- Jean-Luc, S. (2023). Traversées d'anorexies : Ponctuations cliniques. *SOINS*, (881), 49-50.
- Joshua, P. R., Lewis, V., Kelty, S. F., & Boer, D. P. (2023). Is schema therapy effective for adults with eating disorders? A systematic review into the evidence. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(3), 213-231. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2158926>

- Karakasidou, E., Raftopoulou, G., & Stalikas, A. (2020). Investigating differences in self-compassion levels : Effects of gender and age in a Greek adult sample. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 25(1), 164-177. https://doi.org/10.12681/psy_hps.25344
- Katan, A., & Kelly, A. C. (2021). A two-week daily diary study examining the association between daily self-compassion and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1438-1448. <https://doi.org/10.1002/eat.23533>
- Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Knatz, S., Liang, J., Boutelle, K., Hill, L., & Eisler, I. (2015). Temperament-based treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 23(1), 12-18. <https://doi.org/10.1002/erv.2330>
- Kelly, A. C., & Carter, J. C. (2016). Compassion-Focused Therapy for Eating Disorders. In T. Wade (Éd.), *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (p. 1-6). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_167-1
- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., & Carter, J. C. (2014). Understanding the roles of self-esteem, self-compassion, and fear of self-compassion in eating disorder pathology : An examination of female students and eating disorder patients. *Eating Behaviors*, 15(3), 388-391. (2014-31632-012). <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.008>
- Kelly, A. C., & Waring, S. V. (2018). A feasibility study of a 2-week self-compassionate letter-writing intervention for nontreatment seeking individuals with typical and atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 1005-1009. (2018-40479-001). <https://doi.org/10.1002/eat.22930>
- Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., & Hoffman, E. (2017). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders : A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 475-487. <https://doi.org/10.1002/cpp.2018>
- Kelly, A., Katan, A., Sosa Hernandez, L., Nightingale, B., & Geller, J. (2021). Why would I want to be more self-compassionate? A qualitative study of the pros and cons to cultivating self-compassion in individuals with anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 99-115. (2021-00395-001). <https://doi.org/10.1111/bjc.12275>
- Kergoat, D. (1992). Des rapports sociaux de sexe et de la division sexuelle du travail. *Les Cahiers du Genre*, 3(1), 23-26. <https://doi.org/10.3406/genre.1992.879>

- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Kestemberg, E., Kestemberg, J., Decobert, S., & Lebovici, S. (1972). *La faim et le corps : Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Presses Universitaires de France - PUF.
- Khoury, B., & Dionne, F. (2022). Les dimensions incarnée et interpersonnelle de la compassion. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Numéro supplément : " Varia ", 180(6, Supplément)*, S57-S65. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.11.018>
- Kirby, J. N., & Petrocchi, N. (2023). Compassion focused therapy—What it is, what it targets, and the evidence. In *Handbook of self-compassion* (p. 417-432). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8_23
- Kleszczewska-Albińska, A. (2023). Potential applications of Schema Therapy in the treatment of adolescents with anorexia nervosa : A theoretical analysis. *Advances in Psychiatry and Neurology*, 32(4), 215-233. <https://doi.org/10.5114/ppn.2023.135530>
- Kopland, M. C. G., Vrabel, K., Landt, M. S.-O. 't, Hoffart, A., Johnson, S. U., & Giltay, E. J. (2025). Network dynamics of self-compassion, anxiety, and depression during eating disorder therapy. *European Eating Disorders Review*, 33(1), 35-52. <https://doi.org/10.1002/erv.3121>
- Krug, I., Liu, S., Portingale, J., Croce, S., Dar, B., Obleada, K., Satheesh, V., Wong, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2025). A meta-analysis of mortality rates in eating disorders : An update of the literature from 2010 to 2024. *Clinical Psychology Review*, 116, 102547. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102547>
- LaMarre, A., Levine, M. P., Holmes, S., & Malson, H. (2022). An open invitation to productive conversations about feminism and the spectrum of eating disorders (part 1) : Basic principles of feminist approaches. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00532-x>
- Lamas, C., Shankland, R., Nicolas, I., & Guelfi, J.-D. (2012). *Les troubles du comportement alimentaire*. Elsevier Masson.
- Lamoureux, M. M. H., & Bottorff, J. L. (2005). “Becoming the Real Me” : Recovering from Anorexia Nervosa. *Health Care for Women International*, 26(2), 170-188. <https://doi.org/10.1080/07399330590905602>

- Lascar, R., Letranchant, A., Hirot, F., & Godart, N. (2021). Quels facteurs expliquent la durée d'hospitalisation pour anorexie mentale : Revue systématique de la littérature. *L'Encéphale*, 47(4), 362-368. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.11.002>
- Lawrence, M. (1979). Anorexia nervosa—The control paradox. *Women's Studies International Quarterly*, 2(1), 93-101. [https://doi.org/10.1016/S0148-0685\(79\)93118-X](https://doi.org/10.1016/S0148-0685(79)93118-X)
- Laws, J. L. (1979). *The Second X: Sex Role and Social Role*.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Oxford University Press.
- Le Grange. (2005). The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*, 4(3), 142-146.
- Lester, R. J. (1997). The (dis)embodied self in anorexia nervosa. *Social Science & Medicine*, 44(4), 479-489. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00166-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00166-9)
- Levine-Keini, N., & Shalev, A. (2024). *Eating Disorders : Analysis and Therapy Based on Personality Organization*.
- Linardon, J., & Messer, M. (2023). Reciprocal Associations Between Self-compassion and Eating Disorder Symptoms : An 8-month Longitudinal Study. *Mindfulness*, 14(1), 141-147. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-02031-1>
- Linardon, J., Susanto, L., Tepper, H., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2020). Self-compassion as a moderator of the relationships between shape and weight overvaluation and eating disorder psychopathology, psychosocial impairment, and psychological distress. *Body Image*, 33, 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.03.001>
- Liu, J., Conner, M., & O'Connor, D. B. (2025). Trait self-compassion, daily stress and eating behaviours : A daily diary study. *Psychology & Health*, 0(0), 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870446.2025.2575070>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion : A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552.
- Maćik, D., & Sas, E. (2015). Therapy of anorexia and Young's early maladaptive schemas. Longitudinal study. *Current Issues in Personality Psychology*, 4, 203-213. <https://doi.org/10.5114/cipp.2015.54713>

- Maher, A., Cason, L., Huckstepp, T., Stallman, H., Kannis-Dymand, L., Millear, P., Mason, J., Wood, A., & Allen, A. (2022). Early maladaptive schemas in eating disorders : A systematic review. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 30(1), 3-22. <https://doi.org/10.1002/erv.2866>
- Mahowald, M. B. (1992). To be or not be a woman : Anorexia nervosa, normative gender roles, and feminism. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 17(2), 233-251. <https://doi.org/10.1093/jmp/17.2.233>
- Malka, L. (2025). *Mangeuses : Histoire de celles qui dévorent, savourent ou se privent à l'excès*. Point. <https://www.librairie-des-femmes.fr/livre/9791041422975-mangeuses-histoire-de-celles-qui-devorent-savourent-ou-se-privent-a-l-exces-lauren-malka/>
- Malson, H. (2024). *The thin woman : Feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. (2025-07477-000). <https://doi.org/10.4324/9781003401742>
- Marques, C. C., Castilho, P., Castelo-Branco, M., Pereira, A. T., & Goss, K. (2025). Enhancing Understanding of Eating Psychopathology : A Network Analysis Study. *Behavior Therapy*, 56(3), 605-617. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.09.004>
- Marques, C., Simão, M., Guiomar, R., & Castilho, P. (2021). Self-disgust and urge to be thin in eating disorders : How can self-compassion help? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(7), 2317-2324. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01099-9>
- Matos, M., & Steindl, S. R. (2020). “You are already all you need to be” : A case illustration of compassion-focused therapy for shame and perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2079-2096. <https://doi.org/10.1002/jclp.23055>
- Maynard, P. G., van Kessel, K., & Feather, J. S. (2023). Self-forgiveness, self-compassion and psychological health : A qualitative exploration of change during compassion focused therapy groups. *Psychology and Psychotherapy*, 96(2), 265-280. <https://doi.org/10.1111/papt.12435>
- McBride, H. L., & Kwee, J. L. (2021). Inside and out : How western patriarchal cultural contexts shape women’s relationships with their bodies. In *International perspectives in values-based mental health practice : Case studies and commentaries*. (p. 103-108). (2021-36857-012). https://doi.org/10.1007/978-3-030-47852-0_12

- Messer, M., Anderson, C., & Linardon, J. (2021). Self-compassion explains substantially more variance in eating disorder psychopathology and associated impairment than mindfulness. *Body Image*, 36, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.002>
- Metral, M., Guerraz, M., & Luyat, M. (2020). Distorsion de la représentation du corps chez l'adolescente souffrant d'anorexie mentale. *A.N.A.E. Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 32(168). <https://hal.univ-grenoble-alpes.fr/hal-03253118>
- Miles, S., Crocker, K., Toh, W. L., & Phillipou, A. (2025). Perfectionism, and divergent and flexible thinking in anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 0(0), 1-21. <https://doi.org/10.1080/10640266.2025.2553837>
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 326, 168-192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families : Anorexia nervosa in context* (p. viii, 351). Harvard U Press. <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674418233>
- Mitchell, K. S., Scioli, E. R., Galovski, T., Belfer, P. L., & Cooper, Z. (2021). Posttraumatic stress disorder and eating disorders : Maintaining mechanisms and treatment targets. *Eating Disorders*, 29(3), 292-306. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1869369>
- Mitchison, D., Dawson, L., Hand, L., Mond, J., & Hay, P. (2016). Quality of life as a vulnerability and recovery factor in eating disorders : A community-based study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 328. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1033-0>
- Molinier, P. (2002). Féminité sociale et construction de l'identité sexuelle : Perspectives théoriques et cliniques en psychodynamique du travail. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (31/4), Article 31/4. <https://doi.org/10.4000/osp.3438>
- Montague, G., Eidipour, T., & Grant, S. L. (2025). Thin-Ideal Internalisation and Weight Bias Internalisation as Predictors of Eating Pathology : The Moderating Role of Self-Compassion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph22081278>
- Monteleone, A. M., Pellegrino, F., Croatto, G., Carfagno, M., Hilbert, A., Treasure, J., Wade, T., Bulik, C. M., Zipfel, S., Hay, P., Schmidt, U., Castellini, G., Favaro, A., Fernandez-Aranda, F., Il Shin, J., Voderholzer, U., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., ... Solmi, M. (2022). Treatment of

- eating disorders : A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 142, 104857. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104857>
- Mountain, D., & Shah, P. J. (2008). Recovery and the medical model. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(4), 241-244. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004671>
- Mullen, G., Dowling, C., Doyle, J., & O'Reilly, G. (2020). Experiences of compassion focused therapy in eating disorder recovery : A qualitative model. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(2), 248-262. <https://doi.org/10.1002/capr.12283>
- Munguía, L., Camacho-Barcia, L., Gaspar-Pérez, A., Granero, R., Galiana, C., Jiménez-Murcia, S., Dieguez, C., Gearhardt, A. N., & Fernández-Aranda, F. (2022). Food addiction in Bulimia Nervosa : Analysis of body composition, psychological and problematic foods profile. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1032150>
- Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2023a). L'acceptation inconditionnelle de soi et l'autocompassion : Une autre clinique de l'anorexie mentale ? *Soins; La Revue De Reference Infirmiere*, 68(881), 41-44. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2023.10.011>
- Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2023b). L'acceptation inconditionnelle de soi et l'autocompassion : Une autre clinique de l'anorexie mentale ? *Soins Psychiatrie*. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2023.10.011>
- Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2026). Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires (étude mixte) : Quelles places et fonctions ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2026.03.006>
- Muzi, L., Tieghi, L., Franco, A., Rugo, M., & Lingardi, V. (2021). The Mediator Effect of Personality on the Relationship Between Symptomatic Impairment and Treatment Outcome in Eating Disorders. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.688924>
- Neff, K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. (avec Internet Archive). (2011). *Self-compassion : The proven power of being kind to yourself*. New York : William Morrow. <http://archive.org/details/selfcompassionpr0000neff>

- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-Compassion Versus Global Self-Esteem : Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- Neff, K., & Dahm, K. A. (2015). Self-Compassion : What It Is, What It Does, and How It Relates to Mindfulness. In B. D. Ostafin, M. D. Robinson, & B. P. Meier (Éds.), *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation* (p. 121-137). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_10
- Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2006). The meaning of self-starvation : Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 556-564. <https://doi.org/10.1002/eat.20276>
- Northoff, G. (2013). What the brain's intrinsic activity can tell us about consciousness? A tri-dimensional view. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(4), 726-738. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.12.004>
- O'Connor, E., Garceau, C., Polhill, S., & Tasca, G. A. (2024). Evidence-based group therapy for eating disorders. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 28(3), 163-177. <https://doi.org/10.1037/gdn0000221>
- Oldershaw, A., Lavender, T., Basra, R., & Startup, H. (2022). SPEAKS study : Study protocol of a multisite feasibility trial of the Specialist Psychotherapy with Emotion for Anorexia in Kent and Sussex (SPEAKS) intervention for outpatients with anorexia nervosa or otherwise specified feeding and eating disorders, anorexia nervosa type. *BMJ Open*, 12, e050350. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050350>
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa : A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, 39, 83-95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005>
- Oldershaw, A., & Startup, H. (2023). Emotion Focused and Schema Therapy for Anorexia Nervosa : The SPEAKS Approach. In P. Robinson, T. Wade, B. Herpertz-Dahlmann, F. Fernandez-Aranda, J. Treasure, & S. Wonderlich (Éds.), *Eating Disorders : An International Comprehensive View* (p. 1-18). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97416-9_105-1
- Oldershaw, A., Startup, H., & Lavender, T. (2019). Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self : A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia

- Nervosa. *Frontiers in Psychology*, 10.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00219>
- Orsolini, L., Oriani, G., Giacomoni, S., Amato, G., Mari, M., & Volpe, U. (2020). Personality Features and Defense Styles in Subjects Affected with Eating Disorders : Focus on Anorexia and Bulimia Nervosa. *Journal of Psychology and Psychotherapy Research*, 7, 98-106.
<https://doi.org/10.12974/2313-1047.2020.07.9>
- Osoro, A., Villalobos, D., & Tamayo, J. A. (2022). Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders : A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(3), 815-836. <https://doi.org/10.1002/cpp.2690>
- Palazzoli, M. S., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorentino, A.-M. (2002). *Anorexiques et boulimiques*. Médecine & Hygiène, RMS édition.
- Paucsik, M. (2022). *Evaluation and development of compassion as a transdiagnostic protective factor : Cross-sectional, longitudinal, and interventional studies based on a processual approach* [Phdthesis, Université Grenoble Alpes [2020-....]]. <https://theses.hal.science/tel-04224011>
- Paucsik, M., Nardelli, C., Bortolon, C., Shankland, R., Leys, C., & Baeyens, C. (2023a). Self-compassion and emotion regulation : Testing a mediation model. *Cognition and Emotion*, 37(1), 49-61. <https://doi.org/10.1080/02699931.2022.2143328>
- Paucsik, M., Nardelli, C., Bortolon, C., Shankland, R., Leys, C., & Baeyens, C. (2023b). Self-compassion and emotion regulation : Testing a mediation model. *Cognition and Emotion*, 37(1), 49-61. <https://doi.org/10.1080/02699931.2022.2143328>
- Pauli, D., Aebi, M., Winkler Metzke, C., & Steinhausen, H.-C. (2017). Motivation to change, coping, and self-esteem in adolescent anorexia nervosa : A validation study of the Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ). *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 11.
<https://doi.org/10.1186/s40337-016-0125-z>
- Perez, S. (2024). *Le corps des femmes : Mille ans de fantasmes et de violences – XIe-XXIe siècles*. Perrin.
- Petrocchi, N., Dentale, F., & Gilbert, P. (2019). Self-reassurance, not self-esteem, serves as a buffer between self-criticism and depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(3), 394-406. <https://doi.org/10.1111/papt.12186>

- Popov, S. (2019). When is unconditional self-acceptance a better predictor of mental health than self-esteem? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(3), 251-261. (2018-60308-001). <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0310-x>
- Propice, K., Pellissier, S., Bourgin, J., Chancel, M., Carron, R., Atzeni, T., & Metral, M. (2024). Morphological changes and body representation : A study of the link between weight cycling and body schema disturbances. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 34(4), 100507. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2024.100507>
- Rand-Giovannetti, D. (2019). *The Role of Self-Compassion, Distress Tolerance, and Social Problem Solving in The Relationship Between Perfectionism and Disordered Eating* [Ph.D., University of Hawai'i at Manoa]. <https://www.proquest.com/docview/2268337632/abstract/75F3EBC9F5FC4217PQ/1>
- Rengade, C.-E., & Hautekeete, M. (2014). L'auto-compassion, trait de personnalité ou processus de pensée ? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 24. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2014.10.001>
- Robinson, L., Flynn, M., & Cooper, M. (2024). Individual differences in motivation to change in individuals with eating disorders : A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 57(5), 1069-1087. <https://doi.org/10.1002/eat.24178>
- Rose, A., McIntyre, R., & Rimes, K. A. (2018). Compassion-Focused Intervention for Highly Self-Critical Individuals : Pilot Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(5), 583-600. <https://doi.org/10.1017/S135246581800036X>
- Rousset, I., Kipman, A., Adès, P., & Gorwood, P. (2004). Personnalité, tempérament et anorexie mentale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 162(3), 180-188. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2003.01.001>
- Ruhland, A. S. (2020). *Exploring the Role of Self-Compassion in the Recovery of Eating Disorders in Adult Women* [Psy.D., Adler University]. <https://www.proquest.com/docview/2447308719/abstract/B799AD8F09B74F6DPQ/1>
- Saffi Biasetti, A. (2016). *Broken into life : A grounded theory on the role of self-compassion in eating disorder recovery* (Numéros 12-B(E)). ProQuest Information & Learning. (2016-21250-114).

- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Miller, A. L. (2008). Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 415-425. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.04.001>
- Saukko, P. (2008). *The Anorexic Self: A Personal, Political Analysis of a Diagnostic Discourse*. State University of New York Press.
- Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., Keyes, A., Kenyon, M., Dejong, H., Lose, A., Broadbent, H., Loomes, R., Yasin, H., Watson, C., Ghelani, S., Bonin, E.-M., Serpell, L., Richards, L., Johnson-Sabine, E., Boughton, N., Whitehead, L., Beecham, J., ... Landau, S. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 796-807. <https://doi.org/10.1037/ccp0000019>
- Scotto Di Rinaldi, S., Sudres, J.-L., & Rousseau, A. (2026). Troubles des conduites alimentaires et musicothérapies : Une revue clinique et critique de la question. *L'Évolution Psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2026.01.009>
- Scotto Di Rinaldi, S., Sudres, J.-L., Rousseau, A., & Bouchard, J.-P. (2023). L'anorexie mentale, une pathologie familiale et complexe. *Soins*, 68(881), 20-23. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2023.10.005>
- Selvini, M., Palazzoli, M. S., Allegra, G., Babando, R., Basile, P., Bedarida, L., Gogliani, A., Mancini, A., Panico, D., Pasin, E., & Serra, T. (2003). Comment se portent les anorexiques traitées par Mara Selvini Palazzoli et ses équipes entre 1971 et 1987 ? : Une étude quantitative sur les résultats de la psychothérapie familiale. *Thérapie Familiale*, 24(4), 381-402. <https://doi.org/10.3917/tf.034.0381>
- Serpell, L., Amey, R., & Kamboj, S. K. (2020). The role of self-compassion and self-criticism in binge eating behaviour. *Appetite*, 144, 104470. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104470>
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa : Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 177-186. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199903\)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D)

- Seth, A. K. (2013). Interoceptive inference, emotion, and the embodied self. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(11), 565-573. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.09.007>
- Shankland, R. (2020). *Les troubles du comportement alimentaire. Prévention et accompagnement thérapeutique*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.shank.2020.02>
- Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 362-371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale : Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words, part I: « Concretised metaphors » and reflective function in anorexia nervosa--An interview study. *European Eating Disorders Review*, 15(3), 163-174. <https://doi.org/10.1002/erv.777>
- Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A. M., Trott, M., Firth, J., Carfagno, M., Eaton, M., De Toffol, M., Vergine, M., Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D., Stubbs, B., Girardi, A., Busetto, P., Favaro, A., Carvalho, A. F., Steinhausen, H.-C., & Correll, C. U. (2024). Outcomes in people with eating disorders : A transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 124-138. <https://doi.org/10.1002/wps.21182>
- Solmi, M., Wade, T. D., Byrne, S., Del Giovane, C., Fairburn, C. G., Ostinelli, E. G., De Crescenzo, F., Johnson, C., Schmidt, U., Treasure, J., Favaro, A., Zipfel, S., & Cipriani, A. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa : A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(3), 215-224. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30566-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30566-6)
- Steindl, S. R., Buchanan, K., Goss, K., & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders : A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*, 21(2), 62-73. <https://doi.org/10.1111/cp.12126>
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology : A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>

- Stiner, A. (2008). *Psychometric properties of the Unconditional Self-Acceptance Questionnaire and the association of self-acceptance with eating disorders* (Numéros 2-B). ProQuest Information & Learning. (2008-99160-403).
- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
- Stutts, L. A., & Blomquist, K. K. (2018). The moderating role of self-compassion on weight and shape concerns and eating pathology : A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 879-889. <https://doi.org/10.1002/eat.22880>
- Sudres, J. L. (2025). Eating disorders and art therapy : Between decoys, realities and clinical practices. In Routledge (Éd.), *Routledge International Handbook of Art Therapy: Routledge International Handbook of Art Therapy*. <https://univ-tlse2.hal.science/hal-04953294>
- Sudres, J.-L., Bordet, A., & Brandibas, G. (2020). Art-thérapie et troubles des conduites alimentaires. Évaluation en follow-up. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(1), 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.11.006>
- Tapajóz P. de Sampaio, F., Soneira, S., Aulicino, A., Martese, G., Iturry, M., & Allegri, R. F. (2013). Theory of mind and central coherence in eating disorders : Two sides of the same coin? *Psychiatry Research*, 210(3), 1116-1122. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.051>
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders : A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Tasca, G. A., Ritchie, K., & Balfour, L. (2011). Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(3), 249-259. <https://doi.org/10.1037/a0022423>
- Tavolacci, M. P., Ladner, J., & Dechelotte, P. (2022). Forte augmentation de la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les étudiants pendant la pandémie COVID-19. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 36(1), S28-S29. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2021.12.053>
- Tinat, K. (2008). Le Poids du féminin et du masculin dans le corps anorexique. *Corps*, 4(1), 41-48. <https://doi.org/10.3917/corp.004.0041>
- Tomba, E., Tecuta, L., Crocetti, E., Squarcio, F., & Tomei, G. (2019). Residual eating disorder symptoms and clinical features in remitted and recovered eating disorder patients : A systematic

review with meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(7), 759-776. <https://doi.org/10.1002/eat.23095>

Treasure, J., & Cardi, V. (2017). Anorexia Nervosa, Theory and Treatment : Where Are We 35 Years on from Hilde Bruch's Foundation Lecture? *European Eating Disorders Review*, 25(3), 139-147. <https://doi.org/10.1002/erv.2511>

Trottier, K., Wonderlich, S. A., Monson, C. M., Crosby, R. D., & Olmsted, M. P. (2016). Investigating posttraumatic stress disorder as a psychological maintaining factor of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 49(5), 455-457. <https://doi.org/10.1002/eat.22516>

Turk, F., Kellett, S., & Waller, G. (2021). Determining the potential links of self-compassion with eating pathology and body image among women and men : A cross-sectional mediational study. *Body Image*, 37, 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.01.007>

Valls, M., Rousseau, A., & Chabrol, H. (2013). Influence des médias, insatisfaction envers le poids et l'apparence et troubles alimentaires selon le genre. *Psychologie Française*, 58(3), 229-240. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2013.06.002>

van den Berg, E., Houtzager, L., de Vos, J., Daemen, I., Katsaragaki, G., Karyotaki, E., Cuijpers, P., & Dekker, J. (2019). Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 27(4), 331-351. <https://doi.org/10.1002/erv.2683>

van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515-524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>

Vibert, S., & Chabert, C. (2022). *Les Anorexies mentales*. QUE SAIS JE.

Vollon, C., & Gimenez, G. (2015). Mise en chantier des notions d'enveloppe(s) psychique(s) et de moi-peau individuelles et groupales: *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 65(2), 167-178. <https://doi.org/10.3917/rppg.065.0167>

Voyer, A., Nicolas, I., & Corcos, M. (2017). 16. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. In *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent* (p. 157-168). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.duver.2017.01.0159>

Vrabel, K. R., Waller, G., Goss, K., Wampold, B., Kopland, M., & Hoffart, A. (2024). Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with eating disorders with

- and without childhood trauma : A randomized controlled trial in an intensive treatment setting. *Behaviour Research and Therapy*, 174, 104480. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104480>
- Wade, S., Byrne, S., & Allen, K. (2017). Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting : WADE et al. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 863-872. <https://doi.org/10.1002/eat.22723>
- Wagener, A., & Blairy, S. (2015). Version française de la Distress Tolerance Scale et de la Discomfort Intolerance Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47, 241-250. <https://doi.org/10.1037/cbs0000015>
- Wagner, A. F., & Vitousek, K. M. (2019). Personality Variables and Eating Pathology. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 105-119. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.012>
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Crosby, R. D., Ringham, R. M., Dapelo, M. M., Gaskill, J. A., & Forbush, K. T. (2011). The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 665-674. <https://doi.org/10.1037/a0024597>
- Williams, K., King, J., & Fox, J. R. E. (2016). Sense of self and anorexia nervosa : A grounded theory. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(2), 211-228. <https://doi.org/10.1111/papt.12068>
- Williams, P. R. (2018). ONEBird : Integrating Mindfulness, Self-Compassion, and Art Therapy (ONEBird : intégration de la pleine conscience, de l'autocompassion et de l'art-thérapie). *Canadian Art Therapy Association Journal*, 31(1), 23-32. <https://doi.org/10.1080/08322473.2018.1454687>
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2019). Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies : A Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 979-995. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>
- Winnicott, D. (1970). *Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self »*. Payot.
- Wonderlich, S. A., Lilenfeld, L. R., Riso, L. P., Engel, S., & Mitchell, J. E. (2005). Personality and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S68-S71. <https://doi.org/10.1002/eat.20120>
- Wooten, W. (2025). *Expanding the Definition of Self-Compassion as Emotion Regulation*.

- Yang, J., & Han, K. S. (2020). A rational emotive behavior therapy-based intervention for binge eating behavior management among female students : A quasi-experimental study. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00347-8>
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E., Cottraux, J., & Pascal, B. (2005). *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité*. DE BOECK SUP.
- Zelkowitz, R. L., Zerubavel, N., Zucker, N. L., & Copeland, W. E. (2021). Longitudinal associations of trauma exposure with disordered eating : Lessons from the Great Smoky Mountains Study. *Eating Disorders*, 29(3), 208-225. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1921326>
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being : A Meta-Analysis. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>
- Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H.-C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K. E., de Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., von Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H., Herzog, W., & ANTOP study group. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study) : Randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 383(9912), 127-137. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8)

Annexes

Table des annexes

Annexe 1 : Avis favorables du comité d'éthique et du comité de protection des personnes..	195
Annexe 2 : Notices d'informations des participantes et formulaires de consentement (études 2 et 3)	196
Annexe 3 : Items et questionnaires	206
Annexe 4 : Articles publiés.....	222
Article 1 : L'acceptation inconditionnelle de soi et l'autocompassion : Une autre clinique de l'anorexie mentale ?	222
Article 2 : Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires (étude mixte) : Quelles places et fonctions ?	223

Annexe 1 : Avis favorables du comité d'éthique et du comité de protection des personnes

Annexe non diffusée (anonymat)

Annexe 2 : Notices d'informations des participantes et formulaires de consentement (études 2 et 3)

Étude 2

Compassion, acceptation, et conduites alimentaires

Bonjour, et merci d'avoir ouvert ce questionnaire !

Cette étude cherche à mieux comprendre les liens entre l'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires.

Voici quelques informations avant de continuer :

Responsables scientifiques :

Jean-Luc Sudres, responsable scientifique du projet

Océane Muroi, doctorante



Centre d'Études et de Recherche en Psychopathologie et Psychologie de la Santé (CERPPS),
Université Toulouse Jean Jaurès, 5 allées Antonio Machado, 31058 Toulouse.

But du projet de recherche :

Dans le cadre d'une thèse menée à l'Université Toulouse Jean Jaurès, cette recherche a pour objectif d'explorer les liens entre les troubles des conduites alimentaires et les concepts d'acceptation inconditionnelle de soi et d'auto-compassion, ainsi que les perceptions que vous pouvez avoir sur ces concepts.

Les connaissances gagnées par cette étude permettront par la suite d'améliorer la compréhension de ces liens, du fonctionnement et du vécu des personnes concernées ou ayant été concernées par des troubles du comportement alimentaire, et à long terme, de développer de nouvelles prises en soin plus innovantes.

Ce que l'on attend de vous :

Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous sera demandé de répondre à des questions concernant votre profil (sexe, âge, situation professionnelle, etc.), vos relations avec vos émotions et votre perception de vous-même, ainsi qu'avec votre relation à la nourriture et au corps. Le questionnaire entier est détaillé, **il peut demander entre 20 et 40 minutes**. Vous avez la possibilité de sauvegarder vos réponses pour le remplir en plusieurs fois.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps :

Cette participation à l'étude est libre et volontaire, vous pouvez cesser votre participation à tout moment et sans conséquences, ceci *avant* l'envoi de vos réponses. En effet, aucune information permettant de vous identifier (nom prénom, adresse IP) ne sera demandée ou conservée, ce qui ne permet pas d'identifier votre réponse parmi toutes les réponses reçues.

Vos réponses seront confidentielles, stockées sur un serveur sécurisé, et ne seront accessibles que du responsable scientifique et de la doctorante.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée :

Les données obtenues seront entièrement confidentielles : vos réponses seront liées à un numéro de passation qui ne permettra d'aucune façon de vous identifier, votre adresse IP ni aucun moyen d'identification ne sera récolté. Vos réponses seront stockées sur un serveur sécurisé, et ne seront accessibles que du responsable scientifique et de la doctorante. Les données étant strictement confidentielles, il ne sera pas possible de supprimer vos données une fois avoir validé le questionnaire, puisque nous n'aurons aucun moyen de savoir quelles réponses sont les vôtres parmi celles des autres participants.

Bénéfices :

Les connaissances gagnées par cette étude pourront nous aider à mieux comprendre le fonctionnement et le vécu des personnes concernées ou ayant été concernées par des troubles du comportement alimentaire, et à long terme, de développer de nouvelles prises en soin plus innovantes.

Ce questionnaire pourra aussi vous être bénéfique directement, en vous permettant d'explorer votre propre fonctionnement et de mieux vous connaître.

Risques possibles :

A notre connaissance, certaines questions du questionnaire peuvent provoquer de l'inconfort psychologique, car elles explorent les relations aux émotions, aux relations, et au corps, par exemple : « Je pense que je ne mérite pas d'être bienveillant envers moi-même » ou « J'ai peur de ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes ressentis ».

Les questionnaires de ce type seront alternés avec des questionnaires plus légers.

En cas de difficultés, nous vous rappelons que vous pouvez quitter ce questionnaire à tout moment, ou le passer en plusieurs fois.

Diffusion :

Les résultats de cette recherche seront diffusés dans des colloques et seront publiés dans des actes de colloque et/ou des journaux scientifiques.

Vos droits de poser des questions en tout temps :

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le responsable scientifique du projet ou la doctorante par courrier électronique.

Consentement à la participation :

En signalant votre consentement pour participer à l'étude en cliquant sur suivant, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, que nous avons répondu à vos questions de façon satisfaisante et que vous avez été avisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche sans conséquence, avant d'envoyer vos réponses anonymes au questionnaire.

Il y a 193 questions dans ce questionnaire.

Étude 3 (patientes majeures)



NOTICE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT RECHERCHE IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE

1. INFORMATIONS A L'ATTENTION DES PARTICIPANTS

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une recherche impliquant la personne humaine dont l'Université Toulouse 2 Jean Jaurès, 5 allées Antonio Machado, 31058 Toulouse, est le promoteur.

Cette recherche intitulée « **Auto-compassion et acceptation inconditionnelle de soi dans les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires : exploration appliquée de ces liens par des ateliers psychothérapeutiques de groupe** » est dirigée par Pr Jean-Luc SUDRES () et Mme Océane MURONI () en tant qu'investigateurs.

1.1. INFORMATION

Ce document a pour but de vous fournir les informations écrites nécessaires à votre décision. Nous vous remercions de le lire attentivement.

N'hésitez pas à poser des questions aux investigateurs si vous voulez plus d'informations. Ils sont à votre disposition pour vous présenter la recherche et la façon dont vous pouvez y participer, pour répondre à toutes vos questions et pour vous expliquer ce que vous ne comprenez pas.

En fin de document, si vous acceptez de participer à cette recherche, les investigateurs vous demanderont de compléter l'emplacement qui vous est réservé en y apposant votre signature et la date de votre consentement.

1.2. CONSENTEMENT

Votre participation est volontaire : vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche impliquant la personne humaine.

Si vous décidez de participer, sachez que vous pourrez retirer à tout moment votre consentement à la recherche, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Cela ne changera en rien les rapports que vous avez avec votre médecin ou avec les investigateurs. Nous vous demanderons simplement d'en informer les investigateurs. Si vous décidez de ne pas participer à cette recherche, vous n'aurez pas à vous justifier et la qualité des soins dont vous devez bénéficier n'en sera pas modifiée.

1.3. CADRE GENERAL ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

L'objectif de cette étude est d'expérimenter un dispositif thérapeutique auprès de patients de la clinique Saint-Vincent de Paul. Ce dispositif prend la forme d'ateliers psychothérapeutiques de groupe. Ces ateliers se centrent autour des notions d'acceptation inconditionnelle de soi et d'auto-compassion, et s'adressent à des patients concernés par les troubles du comportement alimentaire.

1.4. DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

Les ateliers seront composés de différentes techniques thérapeutiques basées sur l'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion, avec une approche issue des thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles. Plusieurs types d'exercices seront proposés durant les ateliers (rédaction de lettres, discussions de groupe, techniques psychocorporelles...). Ce dispositif sera évalué en trois temps lors d'un entretien avec les investigateurs et par des auto-questionnaires : avant le premier atelier, après le dernier atelier, puis 3 mois après le dernier atelier.

Durée de votre participation : Une première séance de présentation de l'atelier et première évaluation par questionnaires pré-atelier, 8 ateliers de 1h30 durant 8 semaines (à raison d'une fois par semaine), une séance bilan avec seconde évaluation par questionnaires, puis une dernière évaluation par questionnaires 3 mois après le dernier atelier.

1.5. BENEFICES ATTENDUS

Cette recherche permettra d'apporter de nouvelles connaissances en psychologie clinique, en associant le monde de la recherche et un lieu de soin.
 Cette recherche vous permettra d'accéder gratuitement et librement à un atelier psychothérapeutique lors de votre hospitalisation à la clinique.

1.6. CONTRAINTES

Aucune contrainte liée à l'étude n'a été identifiée par l'équipe de recherche.

1.7. RISQUES PREVISIBLES

Aucun risque lié à l'étude n'a été identifié par l'équipe de recherche.

1.8. DROIT D'ETRE INFORME(E) DES RESULTATS GLOBAUX

Vous avez le droit d'être informé(e) des résultats globaux de la recherche à l'issue de celle-ci, conformément au dernier alinéa de l'article L.1122-1 du Code de la Santé Publique. Une restitution des résultats globaux sera proposée aux participants à l'issue de la recherche.

Les résultats de cette recherche pourront être présentés à des congrès ou dans des publications scientifiques.
 Les données recueillies vous concernant seront alors rendues totalement anonymes de sorte qu'il sera impossible de vous identifier. Aucune information permettant de vous identifier ne sera diffusée ; ni votre nom ni votre prénom ne seront donc diffusés.

1.9. CONFIDENTIALITE ET TRAITEMENT DE VOS DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'une déclaration auprès du service de Protection des données de l'Université Toulouse Jean Jaurès (■■■■■■■■■■). La base légale de cette déclaration s'appuie sur votre consentement.

Les données recueillies dans la présente étude constituent des données sensibles (données sociodémographiques et données de santé). Seuls les investigateurs responsables de ce projet auront accès à vos données.
 La durée de conservation de vos données est de 2 ans après la dernière publication des résultats de la recherche. Au-delà de cette période, elles seront supprimées.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) 2016/679), vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer avant le début du traitement des données. Vous pouvez exercer ces droits auprès des investigateurs en vous adressant à Jean-Luc SUDRES (■■■■■■■■■■) ou Océane MURONI (■■■■■■■■■■).
 Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation (plainte) à la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>.

1.10. INDEMNITE

Aucune indemnité n'est prévue pour la participation à cette recherche.

1.11. CADRE REGLEMENTAIRE DE LA RECHERCHE IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE

Cette recherche est réalisée conformément aux articles L.1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, relatifs aux recherches impliquant la personne humaine. Elle a reçu l'avis favorable du Comité de protection des personnes (CPP) CPP Sud-Ouest et Outre-Mer I et II.

Cette recherche est menée conformément à la méthodologie de référence MR 001 homologuée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et à laquelle l'Université Toulouse-Jean Jaurès s'est engagé à se conformer.



2. RECUEIL DU CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS

J'atteste avoir bien lu et pris connaissance des informations relatives à ma participation à la recherche intitulée « **Auto-compassion et acceptation inconditionnelle de soi dans les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires : exploration appliquée de ces liens par des ateliers psychothérapeutiques de groupe** » exposées par écrit sur les pages précédentes et avoir été informé(e) de l'objectif de cette recherche par les investigateurs, de la façon dont elle va être réalisée et de ce que ma participation va impliquer pour moi. J'ai obtenu toutes les réponses aux questions que j'ai posées.

- J'ai bien compris que ma participation à la recherche durera 8 semaines ainsi qu'une séance post-ateliers, une séance bilan, et un entretien d'évaluation 3 mois après le dernier atelier.
- J'ai été avisé(e) qu'aucune indemnisation n'est prévue pour cette recherche.
- J'ai compris que je peux retirer à tout moment mon consentement de participation à cette recherche quelles que soient mes raisons et sans avoir à m'en justifier, sans supporter aucune responsabilité et sans encourir aucun préjudice. J'en informerai simplement l'équipe investigatrice.
- J'ai bien noté que mon droit d'accès à mes données, prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, s'exerce à tout moment auprès de l'équipe investigatrice qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de l'investigateur ou de son représentant désigné.

CONSENTEMENT RELATIF AUX DONNEES PERSONNELLES

Je consens à ce que mes données personnelles relatives à mes données de santé (durée d'hospitalisation, diagnostic, indice de masse corporelle, questionnaires) soient collectées et traitées afin de répondre aux objectifs de la recherche.

☐ Oui ☐ Non

A compléter de la main de la personne donnant son consentement :

Je soussigné(e), _____ (Nom, Prénom)
accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite. Mon
consentement ne décharge en rien l'équipe investigatrice et le promoteur de l'ensemble
de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Le ____ / ____ / ____

Signature du participant

A compléter par l'équipe investigatrice :

Je soussigné(e), _____ (Nom,
Prénom) confirme avoir expliqué le but et les modalités de cette recherche ainsi que
ses risques potentiels. Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de
consentement, conciliant le respect des droits et des libertés individuelles et les
exigences d'un travail scientifique.

Le ____ / ____ / ____

Signature de l'investigateur

Fait en 2 exemplaires originaux.

Étude 3 (patientes mineures)



NOTICE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT RECHERCHE IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE

1. INFORMATIONS A L'ATTENTION DES PARTICIPANTS

Madame, Monsieur,

Votre enfant est invité/e à participer à une recherche impliquant la personne humaine dont l'Université Toulouse 2 Jean Jaurès, 5 allées Antonio Machado, 31058 Toulouse, est le promoteur.

Cette recherche intitulée « **Auto-compassion et acceptation inconditionnelle de soi dans les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires : exploration appliquée de ces liens par des ateliers psychothérapeutiques de groupe** » est dirigée par Pr Jean-Luc SUDRES () et Mme Océane MURONI () en tant qu'investigateurs.

1.1. INFORMATION

Ce document a pour but de vous fournir les informations écrites nécessaires à votre décision. Nous vous remercions de le lire attentivement.

N'hésitez pas à poser des questions aux investigateurs si vous voulez plus d'informations. Ils sont à votre disposition pour vous présenter la recherche et la façon dont vous pouvez y participer, pour répondre à toutes vos questions et pour vous expliquer ce que vous ne comprenez pas.

En fin de document, si vous acceptez de participer à cette recherche, les investigateurs vous demanderont de compléter l'emplacement qui vous est réservé en y apposant votre signature et la date de votre consentement.

1.2. CONSENTEMENT

Votre participation est volontaire : vous êtes libre d'accepter ou de refuser la participation de votre enfant à cette recherche.

Si vous décidez d'autoriser la participation de votre enfant, sachez que chacun des parents peut retirer à tout moment son consentement à la recherche, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Cela ne changera rien les rapports que vous avez avec votre médecin ou avec les investigateurs. Nous vous demanderons simplement d'en informer les investigateurs. Si vous décidez de ne pas autoriser la participation de votre enfant à cette recherche, vous n'aurez pas à vous justifier et la qualité des soins dont votre enfant peut bénéficier n'en sera pas modifiée. Il en va de même pour le consentement ou non consentement de votre enfant à participer ou non à l'étude.

1.3. CADRE GENERAL ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

L'**objectif** de cette étude est d'expérimenter un dispositif thérapeutique auprès de patients de la clinique Saint-Vincent de Paul. Ce dispositif prend la forme d'ateliers psychothérapeutiques de groupe. Ces ateliers se centrent autour des notions d'acceptation inconditionnelle de soi et d'auto-compassion, et s'adressent à des patients concernés par les troubles du comportement alimentaire.

1.4. DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

Les **ateliers** seront composés de différentes techniques thérapeutiques basées sur l'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion, avec une approche issue des thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles. Plusieurs types d'exercices seront proposés durant les ateliers (rédaction de lettres, discussions de groupe, techniques psychocorporelles...). Ce dispositif sera évalué en trois temps lors d'un entretien avec les investigateurs et par des auto-questionnaires : avant le premier atelier, après le dernier atelier, puis 3 mois après le dernier atelier.

Durée de la participation : Une première séance de présentation de l'atelier pour les participants et première évaluation par questionnaires pré-atelier, 8 ateliers de 1h30 durant 8 semaines (à raison d'une fois par semaine), une

séance bilan avec seconde évaluation par questionnaires, puis une dernière évaluation par questionnaires 3 mois après le dernier atelier.

1.5. BENEFICES ATTENDUS

Cette recherche permettra d'apporter de nouvelles connaissances en psychologie clinique, en associant le monde de la recherche et un lieu de soin.

Cette recherche permettra à votre enfant d'accéder gratuitement et librement à un atelier psychothérapeutique lors de l'hospitalisation à la clinique.

1.6. CONTRAINTES

Aucune contrainte liée à l'étude n'a été identifiée par l'équipe de recherche.

1.7. RISQUES PREVISIBLES

Aucun risque lié à l'étude n'a été identifié par l'équipe de recherche.

1.8. DROIT D'ETRE INFORME(E) DES RESULTATS GLOBAUX

Vous avez le droit d'être informé(e) des résultats globaux de la recherche à l'issue de celle-ci, conformément au dernier alinéa de l'article L.1122-1 du Code de la Santé Publique. Une restitution des résultats globaux sera proposée aux participants à l'issue de la recherche.

Les résultats de cette recherche pourront être présentés à des congrès ou dans des publications scientifiques.

Les données recueillies vous concernant seront alors rendues totalement anonymes de sorte qu'il sera impossible de d'identifier votre enfant. Aucune information permettant de l'identifier ne sera diffusée ; ni le nom ni le prénom ne seront donc diffusés.

1.9. CONFIDENTIALITE ET TRAITEMENT DE VOS DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'une déclaration auprès du service de Protection des données de l'Université Toulouse Jean Jaurès [REDACTED] la base légale de cette déclaration s'appuie sur votre consentement.

Les données recueillies dans la présente étude constituent des données sensibles (données sociodémographiques et données de santé). Seuls les investigateurs responsables de ce projet auront accès à vos données.

La durée de conservation de vos données est de 2 ans après la dernière publication des résultats de la recherche. Au-delà de cette période, elles seront supprimées.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) 2016/679), vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer avant le début du traitement des données. Vous pouvez exercer ces droits auprès des investigateurs en vous adressant à Jean-Luc SUDRES ([REDACTED]) ou Océane MURONI ([REDACTED]).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation (plainte) à la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>.

1.10. INDEMNITE

Aucune indemnité n'est prévue pour la participation à cette recherche.

1.11. CADRE REGLEMENTAIRE DE LA RECHERCHE IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE

Cette recherche est réalisée conformément aux articles L.1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, relatifs aux recherches impliquant la personne humaine. Elle a reçu l'avis favorable du Comité de protection des personnes (CPP) CPP Sud-Ouest et Outre-Mer I et II.

Cette recherche est menée conformément à la méthodologie de référence MR 001 homologuée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et à laquelle l'Université Toulouse-Jean Jaurès s'est engagé à se conformer.



2. RECUEIL DU CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS

Nous attestons avoir bien lu et pris connaissance des informations relatives à la participation de notre enfant à la recherche intitulée « **Auto-compassion et acceptation inconditionnelle de soi dans les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires : exploration appliquée de ces liens par des ateliers psychothérapeutiques de groupe** » exposées par écrit sur les pages précédentes et avoir été informé/es de l'objectif de cette recherche par les investigateurs, de la façon dont elle va être réalisée et de ce que cette participation va impliquer pour notre enfant. Nous obtenons toutes les réponses aux questions que nous avons posées.

- Nous avons bien compris que la participation à la recherche durera 8 semaines ainsi qu'une séance post-ateliers, une séance bilan, et un entretien d'évaluation 3 mois après le dernier atelier.
- Nous avons été avisé/es qu'aucune indemnisation n'est prévue pour cette recherche.
- Nous avons compris que chacun de nous (ou notre enfant) peut retirer à tout moment son consentement de participation à cette recherche quelles que soient nos raisons et sans avoir à nous en justifier, sans supporter aucune responsabilité et sans encourir aucun préjudice. Nous en informerons simplement l'équipe investigatrice.
- Nous avons bien noté que notre droit d'accès à aux données, prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, s'exerce à tout moment auprès de l'équipe investigatrice qui suit notre enfant dans le cadre de la recherche et qui connaît l'identité de notre enfant. Nous pourrions exercer séparément notre droit de rectification et d'opposition auprès de l'investigateur ou de son représentant désigné.

CONSENTEMENT RELATIF AUX DONNEES PERSONNELLES

Nous consentons à ce que les données personnelles relatives aux données de santé de notre enfant (durée d'hospitalisation, diagnostic, indice de masse corporelle, questionnaires) soient collectées et traitées afin de répondre aux objectifs de la recherche.

☐ Oui ☐ Non

A compléter de la main des représentants légaux (préciser s'il n'y a qu'un/e détenteur/rice de l'autorité parentale)

☐ Père

☐ Mère

☐ Autre tuteur légal :

Nous soussigné/es, _____ (Noms, Prénoms) acceptons librement et volontairement la participation de notre enfant à la recherche décrite. Notre consentement ne décharge en rien l'équipe investigatrice et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et nous conservons tous nos droits garantis par la loi.

Le ____ / ____ / ____

Signatures

A compléter de la main de la personne donnant son consentement :

Je soussignée, _____ (Nom, Prénom) accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite. Mon consentement ne décharge en rien l'équipe investigatrice et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Le ____ / ____ / ____

Signature

A compléter par l'équipe investigatrice :

Je soussigné/e, _____ (Nom, Prénom) confirme avoir expliqué le but et les modalités de cette recherche ainsi que ses risques potentiels. Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, conciliant le respect des droits et des libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique.

Le ____ / ____ / ____

Signature de l'investigateur

Fait en 2 exemplaires originaux.

Annexe 3 : Items et questionnaires

Questionnaire sociodémographique (étude 2)

Pour vous connaître...

Ces questions nous permettent de vous connaître un peu mieux, vous et votre histoire. Nous vous rappelons que ces réponses sont parfaitement anonymes.

Votre sexe : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin
- Intersexe

Quel est votre âge ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

En chiffre, exemple pour 24 ans : 24

Quel est votre statut professionnel ? *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- En emploi
- Sans emploi
- Etudiant
- Retraité
- En congé maladie longue durée / invalidité

Vous vivez... *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Seule (et vous êtes célibataire)
- Seule (et vous êtes en couple)
- Seule avec un/des enfants
- En couple
- Chez vos parents, quelqu'un de votre famille
- En colocation

Avez-vous un ou des enfants ? (si non, écrivez non, si oui, écrivez combien) *

Veillez écrire votre réponse ici :

Quel est votre niveau d'étude ? (le plus haut diplôme que vous avez obtenu) *

Veillez écrire votre réponse ici :

Quelle est votre taille ? *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

(réponse en chiffre, exemple pour 1m60 : 160)

Quel est votre poids ? *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

(réponse en chiffre, exemple pour 65 kg : 65)

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de trouble des conduites alimentaires (trouble du comportement alimentaire) ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si oui, depuis combien de temps ?

(si vous vous considérez comme totalement rétablie, veuillez indiquer votre âge au début du TCA et votre âge à votre rétablissement)

Veillez écrire votre réponse ici :

Si oui, de quel trouble du comportement alimentaire ?

***Anorexie mentale :** Restriction des apports alimentaires et énergétiques par rapport aux besoins menant à un poids inférieur au poids normal, peur intense de prendre du poids, altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps. Type restrictif : sans épisodes de boulimie / Type mixte : avec épisodes de boulimie.*

***Boulimie :** Episodes de frénésies alimentaires suivies de conduites de purge (vomissements, de prise de laxatifs ou de pratique sportive excessive), sans épisodes d'anorexie.*

***Hyperphagie boulimique :** Episodes de frénésies alimentaires, sans conduites de purge.*

***Orthorexie :** Ensemble de pratiques alimentaires caractérisées par la volonté obsessionnelle d'ingérer une nourriture saine et le rejet systématique des aliments perçus comme malsains, mais sans recherche de perte de poids.*

Si vous souhaitez cocher plusieurs TCA, veuillez l'indiquer dans "Autre" en précisant pour chacun des troubles votre âge au début du trouble (et votre âge à la fin si vous vous considérez comme rétablie)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Anorexie mentale, de type restrictif
- Anorexie mentale, avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs
- Boulimie
- Hyperphagie boulimique
- Orthorexie
- Autre

Avez-vous suivi une psychothérapie ? Si oui, de quel type ?

Suivi psychiatrique (avec ou sans traitement médicamenteux, hospitalisations...) et / ou suivi psychologique (précisez si vous savez quel type de thérapie : psychanalytique, comportementale et cognitive, humaniste, gestalt, systémique, intégrative...)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Si vous avez eu un suivi psychothérapeutique :

Qu'est-ce qui vous a le plus aidé ?

Qu'est-ce qui vous a le plus manqué ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Questionnaire sociodémographique (étude 3)

Quelques questions pour vous connaître

Veillez cocher la réponse correspondante ou écrire votre réponse

Votre code participant garantissant votre anonymisation	2 premières lettres de votre prénom + 2 premières lettres du nom de famille de votre mère + jour d'aujourd'hui + mois d'aujourd'hui <i>Exemple : Mélanie remplit le questionnaire le 1^{er} février 2024, et le nom de famille de sa mère est Dupont, son code est donc : MEDU0102</i>
Votre âge	
Votre sexe	... Féminin ... Masculin ... Autre
Quel est votre statut professionnel	... En emploi ... Sans emploi ... En études ... En congé maladie longue durée / invalidité ... A la retraite
Quel est votre niveau d'étude	<i>Le plus haut diplôme que vous avez obtenu</i>
A votre domicile, vous vivez	... Seule / seul (et vous êtes célibataire) ... Seule / seul (et vous êtes en couple) ... Seule / seul avec un / des enfants ... En couple ... Chez vos parents ou quelqu'un de votre famille ... En colocation ... Autre (précisez) :
Avez-vous des enfants ?	... Oui Si oui, combien ? : Non
Votre date d'entrée à la clinique	
De quel trouble du comportement alimentaire souffrez-vous ?	... Anorexie mentale restrictive ... Anorexie mentale avec crises de boulimie ... Boulimie ... Hyperphagie ... Orthorexie ... Autre :

Self-compassion Scale (SCS)

Echelle d'auto-compassion

Version originale :

Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

Version française :

Kotsou I, Leys C (2016) Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLoS ONE*.

Questionnaire non diffusé (droits d'auteurs)

Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ-B)

Version originale :

Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., & Parker, J. D. A. (1990). Validation of the Alexithymia Construct : A Measurement-Based Approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(4), 290-297. <https://doi.org/10.1177/070674379003500402>

Traduction française :

Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., & Parker, J. D. (1990). Validation of the alexithymia construct : A measurement-based approach. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 35(4), 290-297. <https://doi.org/10.1177/070674379003500402>

Questionnaire non diffusé (droits d'auteurs)

Self-Compassion Scale – Fear (échelle 3) (SCS-F)

Version originale :

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion : Development of three self-report measures: Fears of compassion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239-255. <https://doi.org/10.1348/147608310X526511>

Version française :

Gheysen, F. (2023). La thérapie fondée sur la compassion, principes et applications cliniques.
(Elsevier Masson)

Questionnaire non diffusé (droits d’auteurs)

Defense Style Questionnaire (DSQ-40)

Version originale :

Andrews G, Pollock C, Stewart G (1989) The determination of defense style by questionnaire. Arch Gen Psychiatry. 46:455– 460.

Version française :

Bonsack C, Despland JN, Spagnoli J (1998) The French version of the Defense Style Questionnaire. Psychother Psychosom. 67:24 –30.

Questionnaire non diffusé (droits d’auteurs)

Young Schemas Questionnaire - version courte (YSQ-S-3)

Version originale :

Young, J. E., & Brown, G. (2018). Young Schema Questionnaire-Short Form; Version 3 [Jeu de données]. <https://doi.org/10.1037/t67023-000>

Version française :

Pascal, B. (2018). La thérapie des schémas : Principes et outils pratiques. Elsevier Masson.

Questionnaire non diffusé (droits d’auteurs)

Body Shape Questionnaire (version courte - 8 items) (BSQ-8C)

Version originale :

Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485–494.

Version française :

Rousseau, A., Knotter, R.-M., Barbe, R.-M., Raich, R.-M., & Chabrol, H. (2005). Étude de validation de la version française du Body Shape Questionnaire. *L’Encéphale*, 31(2), 162-173.
[https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82383-8](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82383-8)

Questionnaire non diffusé (droits d’auteurs)

Clinical Impairment Assessment (CIA)

Version originale :

Bohn K, Fairburn CG. The Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0). In Fairburn CG (ed). Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York: Guilford Press, 2008.

Version française :

Traduction non validée

Questionnaire non diffusé (droits d'auteurs)

Unconditional Self Acceptance Questionnaire (USAQ)

Version originale :

Chamberlain, J.M. & Haaga, D.A.F. (2001). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behaviour Therapy*, 19 (3), 163-176.

Version française :

Traduction non validée

Questionnaire non diffusé (droits d'auteurs)

Distress Tolerance Scale (DTS)

Version originale :

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale : Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.

<https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>

Version française :

Wagener, A., & Blairy, S. (2015). Version française de la Distress Tolerance Scale et de la Discomfort Intolerance Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47, 241-250.

<https://doi.org/10.1037/cbs0000015>

Questionnaire non diffusé (droits d’auteurs)

Predicting intentions to recover from anorexia nervosa (PIRAN)

Version originale :

Dawson, L., Mullan, B., & Sainsbury, K. (2015). Using the theory of planned behaviour to measure motivation for recovery in anorexia nervosa. *Appetite*, 84, 309-315.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.028>

Version française :

Traduction non validée

Questionnaire non diffusé (droits d'auteurs)

Questions semi-directives

Pour approfondir...

Ces dernières questions sont facultatives, vous pouvez valider le questionnaire sans y répondre, en appuyant sur suivant à la fin de la page.

Votre avis d'experte nous intéresse, sentez-vous libre de vous exprimer !

Ces questions portent sur les concepts d'acceptation inconditionnelle de soi, et d'auto-compassion.

Petites définitions :

L'acceptation inconditionnelle de soi signifie la capacité qu'un individu a de « s'accepter pleinement et sans condition, qu'il se comporte de manière intelligente, correcte, compétente ou non, et que les autres l'approuve, le respecte, l'aime ou non. » Il ne s'agit donc pas de s'aimer, mais de s'accepter telle que l'on est pour l'instant.

L'auto-compassion signifie la capacité d'un individu à être bienveillant et compatissant envers lui-même quand il se sent inadéquat, en échec, ou en souffrance.

Qu'est-ce que vous pensez du concept d'acceptation inconditionnelle de soi ? Est-ce qu'il vous concerne ?

L'acceptation inconditionnelle de soi signifie la capacité qu'un individu a de « s'accepter pleinement et sans condition, qu'il se comporte de manière intelligente, correcte, compétente ou non, et que les autres l'approuve, le respecte, l'aime ou non. » Il ne s'agit donc pas de s'aimer, mais de s'accepter telle que l'on est pour l'instant.

Veillez écrire votre réponse ici :

Qu'est-ce que vous pensez du concept d'auto-compassion ? Est-ce qu'il vous concerne ?

L'auto-compassion signifie la capacité d'un individu à être bienveillant et compatissant envers lui-même quand il se sent inadéquat, en échec, ou en souffrance.

Veillez écrire votre réponse ici :

Quel lien faites-vous entre l'acceptation inconditionnelle de soi et les troubles des conduites alimentaires ?

De même, quel lien faites vous entre l'auto-compassion et les troubles des conduites alimentaires ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Quels avantages et / ou inconvénients aurait l'acceptation inconditionnelle de soi, pour les personnes qui souffrent de troubles du comportement alimentaire ?

Et quels avantages et / ou inconvénients aurait l'auto-compassion pour ces personnes ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Et si, par magie, vous deveniez quelqu'un d'encore plus capable d'auto-compassion, qu'est-ce que ça changerait dans votre vision de vous ? Qu'est-ce que ça changerait dans votre vie ?

L'auto-compassion signifie la capacité d'un individu à être bienveillant et compatissant envers lui-même quand il se sent inadéquat, en échec, ou en souffrance.

Veillez écrire votre réponse ici :

Et si, par magie, vous deveniez quelqu'un d'encore plus capable d'acceptation inconditionnelle de vous-même, cette fois, qu'est-ce que ça changerait dans votre vision de vous ? Qu'est-ce que ça changerait dans votre vie ?

L'acceptation inconditionnelle de soi signifie la capacité qu'un individu a de « s'accepter pleinement et sans condition, qu'il se comporte de manière intelligente, correcte, compétente ou non, et que les autres l'approuve, le respecte, l'aime ou non. » Il ne s'agit donc pas de s'aimer, mais de s'accepter telle que l'on est pour l'instant.

Veillez écrire votre réponse ici :

Y a-t-il des choses que vous voudriez ajouter ? Des questions que vous auriez aimé qu'on vous pose ? Des détails que vous voulez nous dire ? Des choses importantes que nous aurions oublié ?

Si vous souhaitez nous laisser votre adresse e-mail afin d'être recontactée dans le cadre de cette étude, vous pouvez nous l'écrire ici :

Veillez écrire votre réponse ici :

Annexe 4 : Articles publiés

Article 1 : L'acceptation inconditionnelle de soi et l'autocompassion : Une autre clinique de l'anorexie mentale ?

Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2023). « L'acceptation inconditionnelle de soi et l'autocompassion : Une autre clinique de l'anorexie mentale ? » dans *Soins. La revue de référence infirmière* - 10.1016/j.soin.2023.10.011

Annexe non diffusée

Article 2 : Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires (étude mixte) : Quelles places et fonctions ?

Muroni, O., & Sudres, J.-L. (2026). Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires (étude mixte) : Quelles places et fonctions ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2026.03.006>

Licence CC-BY



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

Acceptation inconditionnelle de soi et auto-compassion dans les troubles des conduites alimentaires (étude mixte) : quelles places et fonctions ?

Unconditional self-acceptance, self-compassion, and eating disorders (mixed study): What roles and functions do they play?

Océane Muroi ^{a,c,*}, Jean-Luc Sudres ^{b,c,d}

^a CHU de Grenoble Alpes, La Tronche, France

^b Université Toulouse Jean-Jaurès, Toulouse, France

^c Laboratoire CERPPS EA 7411 (Centre d'études et de recherches en psychopathologie et psychologie de la santé), université Toulouse Jean-Jaurès, 5, allées Antonio-Machado, 31058 Toulouse, France

^d Clinique Vieux Château d'Oc, hôpital de jour L'Oasis, chemin des Affieux, 31180 Castelmauou, France

INFO ARTICLE

Mots clés:

Acceptation inconditionnelle de soi
Auto-compassion
Anorexie mentale
Boulimie nerveuse
Thérapies comportementales
Cognitives et émotionnelles (TCCE)
Trouble du comportement alimentaire

RÉSUMÉ

Contexte : L'acceptation inconditionnelle de soi (AIS) et l'auto-compassion (AC) sont des attitudes associées à de larges bénéfices en termes de santé psychologique, notamment sur la régulation émotionnelle, l'image du corps et le perfectionnisme, variables souvent très impactées dans les troubles des conduites alimentaires.

Objectifs : Cette étude exploratoire mixte a été construite pour décrire les relations entre l'anorexie/boulimie et des caractéristiques psychoaffectives au regard de l'AIS/AC et explorer les perceptions et croyances des patients sur ces deux concepts.

Méthode : Une population de 130 femmes souffrant ou ayant souffert d'anorexie ou de boulimie a répondu à une enquête en ligne contenant huit échelles psychométriques évaluant l'AIS, l'AC, l'image du corps, l'impact du trouble sur la qualité de vie, l'intention de rétablissement, la tolérance à la détresse, les mécanismes de défense et un questionnaire semi-directif explorant les représentations/croyances sur l'AIS et l'AC.

Résultats : L'AIS et l'AC sont positivement liés à la préservation de la qualité de vie, de l'image du corps, à certains mécanismes de défenses, et à la tolérance à la détresse. Le discours des participantes met en évidence leurs craintes (vulnérabilité émotionnelle, perte d'exigences, perte des bénéfices secondaires du trouble) et attentes (reconnexion émotionnelle et identitaire, diminution de l'autocritique, amélioration des relations interpersonnelles) à l'adoption de l'AIS et de l'AC. Ces concepts sont perçus comme des leviers au rétablissement désirables par les participantes.

Discussion et conclusion : L'AIS et l'AC peuvent être des attitudes aidantes pour les patientes souffrant d'anorexie et de boulimie. L'analyse thématique suggère des pistes de présentation de l'AIS et de l'AC basées sur les attentes des patientes. La pertinence de l'AIS et de l'AC face aux freins au rétablissement des patientes montre l'importance d'une exploration approfondie de ces concepts dans des études exploratoires, mais aussi leur développement dans les soins.

ABSTRACT

Keywords:

Anorexia nervosa
Bulimia nervosa
Cognitive behavioural therapy
Eating disorder
Self-compassion
Unconditional self-acceptance

Background and Objectives: Unconditional self-acceptance (USA) and self-compassion (SC) are attitudes associated with numerous psychological benefits, in particular emotional management, body-image and perfectionism, which are often severely affected in cases of anorexia nervosa and bulimia nervosa. However, the role of such concepts in these disorders is still poorly understood. Therefore, the aim of this mixed exploratory study was to observe the relationships between anorexia/bulimia nervosa, psychoaffective

* Auteur correspondant. Laboratoire CERPPS EA 7411 (Centre d'études et de recherches en psychopathologie et psychologie de la santé), université Toulouse 2 Jean-Jaurès, 5, allée Antonio-Machado, 31058 Toulouse, France.

Adresse e-mails : oceanemuroi@yahoo.com (O. Muroi), jean-luc.sudres@univ-tlse2.fr, sudres@univ-tlse2.fr (J.-L. Sudres).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2026.03.006>

Disponible en ligne xxx

0003-4487/© 2026 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

characteristics, and USA/SC; to analyse the place of USA and SC in the trajectory of the disorder; and to explore the participants' perceptions and beliefs about these two concepts.

Methods: 130 women suffering or who had suffered from anorexia or bulimia completed an online survey containing a socio-demographic questionnaire, eight psychometric scales evaluating USA (Unconditional self-acceptance scale, USAQ), SC (Self-compassion scale, SCS & Fear of self-compassion scale, SCS-F), body image (Body shape questionnaire 8-item version, BSQ-8), ED's impact on quality of life (The clinical impairment assessment, CIA), intention to recover (Predicting intentions to recover from anorexia nervosa, PIRAN), distress tolerance (Distress tolerance scale, DTS), defense mechanisms (Defense style questionnaire 40-item version, DSQ-40), and a semi-structured questionnaire. The data were analyzed with Jamovi and NVivo using comparisons of means, correlations and thematic analysis.

Results: USA and SC are positively related to the preservation of quality of life, body image, specific defense mechanisms (humor, anticipation, sublimation), and distress tolerance. For recovered participants the mean scores remain lower than those of the general population, suggesting an untreated aspect of psychopathology. The mean scores are not statistically different between subtypes of eating disorders, suggesting the existence of a common pathological factor that requires further research. The intention to recover is not correlated with SC and USA but is positively correlated with a fear of self-compassion and negatively correlated with clinical impairment. The participants' discourse highlights their fears (emotional vulnerability, loss of standards, loss of secondary benefits) and expectations (emotional and identity reconnection, reduced self-criticism, improved interpersonal relationships) when adopting USA and SC. These concepts are perceived as desirable tools for recovery by the participants.

Conclusions: These findings are consistent with the developing interest of the emotion-focused approach for treating eating disorders in the third wave of cognitive and behavioral therapy. USA and SC can be helpful attitudes for patients suffering from anorexia and bulimia, at any stage of the disorder. The thematic analysis suggests desirable ways of presenting USA and SC, based on patients' expectations. The relevance of USA and SC in addressing barriers to recovery highlights the importance of exploring these concepts in depth through exploratory studies, but also the need to integrate them in psychological treatments.

1. Un contexte : l'Acceptation Inconditionnelle de Soi (AIS) et l'Auto-Compassion (AC) à la croisée des chemins de la clinique des TCA

Rappelons que l'anorexie est caractérisée par une perte de poids importante et intentionnelle motivée par une peur intense de prendre du poids, tandis que la boulimie est caractérisée par des accès répétés d'hyperphagie compensés par des stratégies de contrôle pondéral, ces deux troubles étant liés à une préoccupation excessive pour l'apparence corporelle [1].

Cette étude s'inscrit dans un contexte où les connaissances scientifiques actuelles ne permettent pas de proposer aux patients adultes souffrant d'anorexie et de boulimie des thérapies ayant démontré de manière robuste une efficacité, notamment pour les formes chroniques [2]. Ce constat s'inscrit dans un enjeu de santé publique majeur, compte tenu, d'une part, du risque de complications somatiques et de passages à l'acte suicidaire (parmi les plus importants des troubles psychiatriques) [3], d'autre part, de la multiplication par deux de la fréquence des troubles des conduites alimentaires (TCA) chez les étudiants durant la crise COVID-19 [4].

Aujourd'hui, nombre de travaux consacrés à ces pathologies s'intéressent, avec une multitude de paradigmes complémentaires, aux facteurs déclencheurs pérennisant ces troubles. Ainsi, entre perfectionnisme et sentiment de honte, relations d'objets anaclitiques et développement du Moi perturbés, dysmorphophobie et dissociation corporelle, orthorexie nerveuse et comportement compensatoire, rigidité psychologique et défenses obsessionnelles, identification au trouble et déni, alexithymie et dysrégulation émotionnelle, la liste de ces facteurs apparaît sans fin/faim, même si nous pouvons les regrouper ici en deux grandes catégories : facteurs cognitifs ou de personnalité, et facteurs émotionnels ou affectifs. Mais d'autres études s'intéressent aussi aux différents leviers de rétablissement tels que défier le sentiment de honte et la tendance à l'autocritique, ou développer des mécanismes de coping et se réapproprient son identité en dehors du TCA [5,6]. D'ailleurs une récente revue de littérature sur les facteurs de motivation au changement dans les TCA [7] souligne la place de facteurs externes (amitiés et soutien social) et des facteurs internes (renégociations identitaires, acceptation de soi, auto-compassion), somme toute encore peu explorés.

2. De rappels conceptuels en objectifs pragmatiques

2.1. Repères conceptuels

« L'acceptation inconditionnelle de soi », alternative proposée par Albert Ellis à l'estime de soi en Thérapie rationnelle et émotionnelle [8] et reprise dans la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), est décrite comme la tendance d'un individu à ne pas reposer son sentiment de valeur personnelle sur des conditions changeantes comme la réussite et les échecs [9]. Cette vision de soi a été peu étudiée pour les TCA, mais est pourtant composée de dimensions pouvant répondre aux facteurs de résistance aux soins dans ces pathologies. Un précédent travail [10] nous a amenés à lier les trois dimensions de l'acceptation inconditionnelle de soi aux facteurs de maintien des TCA (Fig. 1) :

- « un Soi Fluide » face à la rigidité psychologique et au perfectionnisme ;
- « un Soi Faillible » face à l'intolérance à l'échec ;
- « un Soi Complexe » face à un sens de soi souvent fragile et camouflé par l'identification au trouble.

Pensée comme complémentaire à l'AIS [11], « l'auto-compassion¹ » (AC) est définie comme « la capacité d'un individu à être bienveillant et compatissant envers lui-même lorsqu'il se sent inadéquat, en échec, ou en souffrance » [12], et peut être conceptualisée comme dépendant de processus affectifs, cognitifs, comportementaux et interpersonnels [13]. L'AC a démontré des effets positifs, notamment sur la dysrégulation émotionnelle [14,15], le sentiment de honte [16], les comportements auto-agressifs [17], et la rigidité psychologique [18]. Dans le cadre plus focalisé des TCA, une faible AC est associée à la symptomatologie alimentaire [19-21], la mésestime corporelle et au désir de minceur [22,23], au sentiment de honte et de la tendance à l'autocritique [24], et une haute AC augmente la motivation aux soins [25].

¹ Il s'agit d'un sujet de recherche d'orientation troisième vague des thérapies comportementales émotionnelles et cognitives de plus en plus présent dans la littérature anglo-saxonne depuis ces 20 dernières années

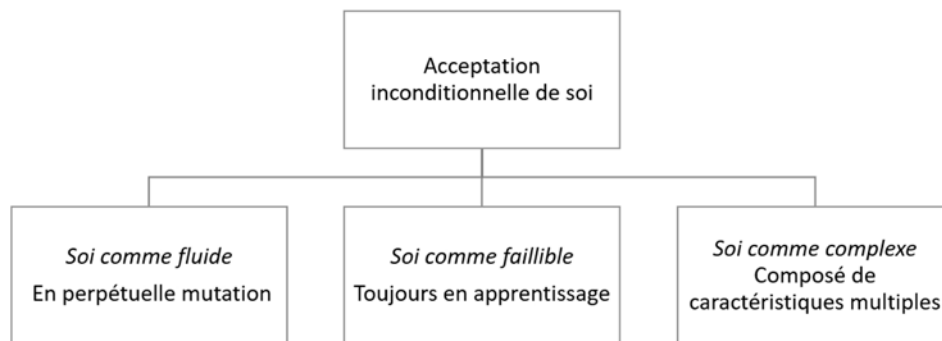


Fig. 1. Dimensions de l'acceptation inconditionnelle de soi.

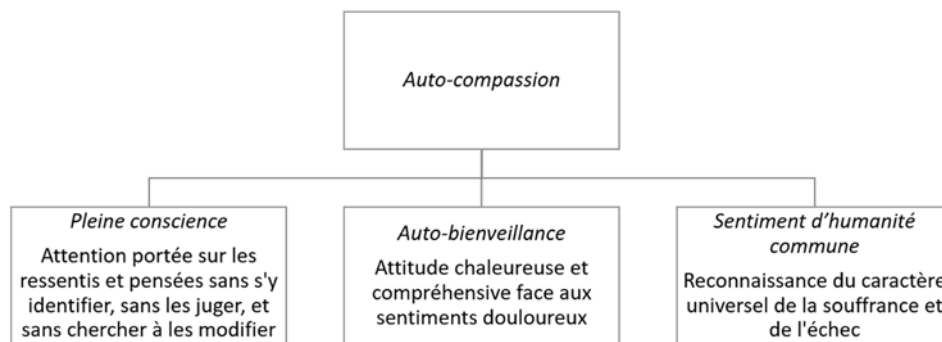


Fig. 2. Dimensions de l'auto-compassion.

Malgré de nombreux bénéfices, l'AC est souvent perçue avec des croyances négatives qui tendent à l'entraver, ce qui est d'autant plus saillant chez les patientes souffrant d'anorexie mentale [26,27].

Là aussi, notre précédent travail [10], nous a amenés à lier les trois dimensions de l'auto-compassion aux facteurs de maintien des TCA (Fig. 2) :

- « la Pleine Conscience » face à l'évitement émotionnel voire l'alexithymie souvent retrouvée dans les troubles des conduites alimentaires ;
- « l'Auto-bienveillance » face à l'autocritique exacerbée et le perfectionnisme ;
- « le Sentiment d'humanité Commune » face au sentiment de honte et d'isolement.

2.2. Objectifs

Malgré l'intérêt grandissant pour l'AC dans la recherche sur les TCA, il n'existe pas à notre connaissance d'études évaluant les relations entre AC, AIS et symptomatologie anorexique et boulimique. Ainsi, il devient pertinent d'explorer les croyances des patientes sur ces concepts et processus thérapeutiques, et d'analyser ces relations en lien avec d'autres variables plus larges, centrées sur le développement psycho-affectif des patientes.

Notre objectif dans cette étude exploratoire mixte est donc :

- d'observer quantitativement les relations entre trouble du comportement alimentaire, caractéristiques psychoaffectives, ainsi qu'AC et AIS ;
- d'analyser la place de l'AIS et de l'AC dans la trajectoire du trouble ;
- d'explorer ce qu'en disent les participantes, leurs perceptions et croyances sur ces deux concepts et leurs fonctions dans le trouble.

Pour y répondre, nous avons mis en place une enquête en ligne contenant à la fois des questionnaires quantitatifs et qualitatifs.

3. Méthode

3.1. Population

Après avis favorable du comité d'éthique de l'université de Toulouse², entre juillet 2023 et mars 2024, une enquête par le logiciel de création/gestion de questionnaires LimeSurvey a été partagée sur différentes plateformes/réseaux sociaux, forums/groupements professionnels et associations de patientes par échantillonnage boule de neige.

L'enquête a été complétée en totalité par 229 participantes (Fig. 3). Après application des critères d'exclusion, l'échantillon de travail retenu se compose de 130 participantes (Tableau 1) âgées en moyenne de 28 ans (ET = 11,2).

3.2. Outils d'investigation

Les participantes ont répondu à un questionnaire socio-démographique, huit échelles psychométriques réparties en trois sphères complémentaires (AIS et AC, symptomatologie du TCA, fonctionnement psycho-affectif) et un questionnaire semi-directif. Par-delà la validité des outils psychométriques standardisée, une pré-expérimentation a permis de s'assurer de la faisabilité, de la pertinence et du confort de passation du protocole.

² Avis favorable rendu le 10 juillet 2023 (dossier 2023_680).

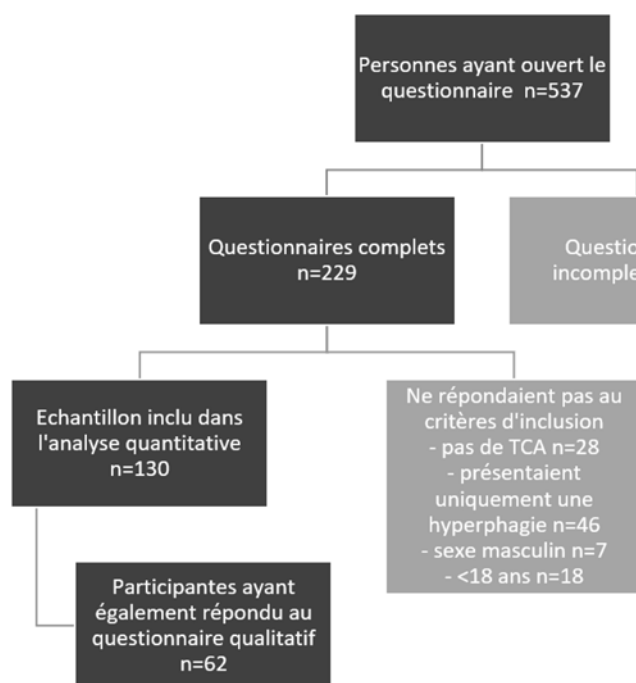


Fig. 3. Organigramme du recrutement des participants.

3.2.1. Questionnaire socio-démographique

Ce questionnaire a permis de récolter des informations générales sur les participantes : sexe, âge, statut professionnel, statut conjugal/familial, poids, taille, type de TCA et durée du trouble, et nature du suivi en cours.

3.2.2. Outils de la « Sphère de l'acceptation inconditionnelle de soi et l'auto-compassion »

- *Le questionnaire de l'acceptation inconditionnelle de soi (Unconditional self-acceptance scale, USAQ) [9]* mesure le niveau d'acceptation inconditionnelle de soi. La fourchette des scores s'étend de 20 à 140. Plus le score est élevé, plus le niveau d'acceptation inconditionnelle de soi est haut. La moyenne des résultats de la population générale est de 81.56 (ET = 17.50). L'alpha de Cronbach pour l'USAQ dans cette étude est de .86.
- *L'échelle d'auto-compassion (Self compassion scale, SCS) [12]* permet d'évaluer le niveau de compassion qu'un individu a tendance à pratiquer envers lui-même. La fourchette des scores s'étend de 1 à 5. Plus le score est élevé, plus l'auto-compassion est forte. La moyenne

des résultats de la population générale est de 2.88 (ET = 0.79). L'alpha de Cronbach pour la SCS dans cette étude est de .93.

• *l'échelle de la peur de l'auto-compassion (Self compassion scale-Fear, SCS-F) [28]* permet d'évaluer les croyances négatives vis-à-vis de l'auto-compassion. La fourchette des scores s'étend de 1 à 5. Plus le score est élevé, plus la crainte de l'auto-compassion est forte. La moyenne des résultats de la population générale féminine est de 5.09 (ET = 9.59). L'alpha de Cronbach pour la SCS-F dans cette étude est de .92.

• *Le questionnaire d'image du corps (Body shape questionnaire 8 items version, BSQ-8) [29]* mesure les préoccupations envers le poids et la forme du corps. Les fourchettes des scores s'étendent de 8 à 46. Plus le score est élevé, plus la préoccupation corporelle est forte. La moyenne des résultats de la population générale féminine est de 20 (Velch et al., 2012). L'alpha de Cronbach pour la SCS-F dans cette étude est de .89.

• *Le questionnaire d'altération clinique (The clinical impairment assessment, CIA) [30]* mesure le niveau d'altération de la qualité de vie due à la présence d'un trouble du comportement alimentaire, de manière globale et dans trois domaines spécifiques (personnel, cognitif, social). L'alpha de Cronbach pour la SCS-F dans cette étude est de .96.

• *Le questionnaire de Prédiction d'intention de rétablissement de l'anorexie mentale (Predicting intentions to recover from anorexia nervosa, PIRAN) [31]* permet d'évaluer l'intention de rétablissement des personnes atteintes d'anorexie mentale. La fourchette des scores s'étend de 0 à 250, plus le score est élevé, plus l'intention de se rétablir est forte. L'alpha de Cronbach dans cette étude est de .67.

3.2.3. Outils de la « Sphère psycho-affective »

- *Le questionnaire des mécanismes de défense (Defense style questionnaire 40 items version, DSQ-40) [32]* mesure la présence de 16 mécanismes de défense considérés comme matures, névrotiques, ou immatures. L'alpha de Cronbach dans cette étude est de .75.
- *L'échelle de tolérance à la détresse (Distress tolerance scale, DTS) [33]* mesure le niveau de tolérance à la détresse, c'est-à-dire la capacité à tolérer les émotions négatives et à maintenir une activité orientée vers un but lorsqu'on est confronté à la souffrance. Le score total varie de 1 à 5, les scores les plus élevés indiquant des niveaux plus élevés de tolérance à la détresse. D'après les auteurs, la moyenne des résultats de la population générale est de 2.93 (ET = 0.80) [34]. L'alpha de Cronbach pour la DTS dans cette étude est de .92.

3.2.4. Questionnaire semi-directif

Des questions semi-directives à propos de l'AIS et de l'AC ont été proposées en fin d'enquête afin d'explorer les représentations et croyances des participantes sur ces concepts avec des questions de

Tableau 1
Caractéristiques de l'échantillon.

Caractéristiques	Taille de l'échantillon n = 130	Anorexie	Boulimie
Âge	M. = 28 ans ; E.T. = 11.2		
Anorexie	67,7 % (n = 88)		
Dont anorexie restrictive	41,5 % (n = 54)		
Dont anorexie mixte	26,2 % (n = 34)		
Boulimie	32,3 % (n = 42)		
Durée du trouble			
< 3 ans	10,8 % (n = 17)	9,3 % (n = 12)	3,8 % (n = 5)
3 - < 5 ans	15,3 % (n = 25)	14,6 % (n = 19)	4,6 % (n = 6)
5 - < 7 ans	13,6 % (n = 22)	13,8 % (n = 18)	3,1 % (n = 4)
7 - < 10 ans	17,6 % (n = 27)	12,3 % (n = 16)	8,5 % (n = 11)
10 - < 15 ans	17 % (n = 18)	8,5 % (n = 11)	5,4 % (n = 7)
> 15 ans	25,6 % (n = 21)	9,3 % (n = 12)	7 % (n = 9)

Tableau 2

Matrice de corrélation sur échantillon total (n = 130).

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. AC	—							
2. Peur de l'AC	-0,635***	—						
3. AIS	0,712***	-0,586***	—					
4. Image du corps	-0,500***	0,490***	-0,520***	—				
5. Altération clinique	-0,423***	0,354***	-0,419***	0,572***	—			
6. Tolérance à la détresse	0,530***	-0,296***	0,373***	-0,231**	-0,358***	—		
7. Intention de rétablissement	-0,084	0,184*	-0,098	0,071	-0,208*	0,105	—	
8. IMC	0,188*	-0,188*	0,179*	-0,053	-0,336***	0,123	0,175*	—

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

type : « *Qu'est-ce que vous pensez du concept d'auto-compassion ? Est-ce qu'il vous concerne ?* » ou « *Quels avantages et/ou inconvénients auraient l'acceptation inconditionnelle de soi, pour les personnes qui souffrent de troubles du comportement alimentaire ?* »

Une présentation préalable a été réalisée sous la forme de l'information conceptuelle standardisée suivante : « *L'acceptation inconditionnelle de soi signifie la capacité qu'un individu a de s'accepter pleinement et sans condition, qu'il se comporte de manière intelligente, correcte, compétente ou non, et que les autres l'approuvent, le respectent, l'aiment ou non. Il ne s'agit donc pas de s'aimer, mais de s'accepter telle que l'on est pour l'instant. L'auto-compassion signifie la capacité d'un individu à être bienveillant et compatissant envers lui-même quand il se sent inadéquat, en échec, ou en souffrance* ».

3.3. Traitement des données

La distribution ne suivant pas une loi normale, des analyses descriptives et des analyses non paramétriques (comparaisons de moyennes par ANOVA et corrélations de Spearman) ont été effectuées avec le logiciel Jamovi pour les données quantitatives. Pour les données qualitatives, le logiciel d'analyse du discours Nvivo 12 a été retenu ainsi qu'une analyse thématique manuelle classique afin d'illustrer les perceptions de l'AIS et de l'AC dans le cadre des différentes trajectoires des TCA et de leurs rétablissements.

4. Résultats

4.1. Caractéristiques singulières de la population

Près de 67,7 % des participantes déclarent être ou avoir été concernées par l'anorexie et 32,3 % par la boulimie, avec une durée du trouble plus importante pour l'anorexie (Tableau 1). Près de 70 % d'entre elles se considèrent comme « Non rétablies » et 30 % comme « Rétablies ». Cette distinction est déclarative, vérifiée à la fois par leur IMC et leurs réponses au questionnaire d'impact du TCA sur la qualité de vie (CIA).

Un test de Mann-Whitney montre que, par rapport à la population générale, les participantes (rétablies ou non) ont un plus faible niveau d'auto-compassion [U = 802, p < .001], d'acceptation inconditionnelle de soi [U = 1028, p < .001], de tolérance à la détresse [U = 224, p < .001], ainsi qu'une plus grande peur de l'auto-compassion [U = 7817, p < .001] et des préoccupations corporelles plus importantes [U = 8033, p < .001].

4.1.1. Place des variables mesurées dans une population anorexique et boulimique

Quelques corrélations sont plus saillantes chez l'ensemble des participantes : l'AC et l'AIS sont négativement corrélées à l'altération de l'image du corps (AC r = -.5), (AIS r = -.52) et à l'impact du TCA sur la qualité de vie (AC r = -.42) (AIS r = -.41), et positivement corrélées à la tolérance à la détresse (AC r = .53) (AIS r = .37). L'intention de rétablissement n'est pas corrélée à l'AC et l'AIS, mais est

positivement corrélée à la peur de l'auto-compassion et négativement corrélée à l'altération clinique (Tableau 2).

Concernant les mécanismes de défense, ceux statistiquement positivement corrélés à l'AC et l'AIS sont des mécanismes matures comme l'humour (AC r = .311) (AIS r = .259), l'anticipation (AC r = .235), et la sublimation (AC r = .207) (AIS r = .194). Tandis que les mécanismes de défense statistiquement négativement corrélés à l'AC et l'AIS sont des mécanismes névrotiques et immatures comme la rêverie (AC r = -.404) (AIS r = -.399), le clivage (AC r = -.338) (AIS r = -.359), et la projection (AC r = -.308) (AIS r = -.330).

4.1.2. L'AIS et de l'AC selon la trajectoire du TCA

Les différences de moyennes entre les participantes malades et les participantes rétablies vont dans le sens attendu : nous observons chez les participantes rétablies plus d'auto-compassion et d'acceptation inconditionnelle de soi, moins de peur de l'auto-compassion, moins d'altération de l'image du corps, plus de tolérance à la détresse, et une meilleure qualité de vie. Des comparaisons intergroupes (test de Mann-Whitney) permettent de dégager les différences significatives de moyennes. On observe pour la dimension Isolation de la SCS des scores significativement plus élevés pour les participantes non rétablies (M. = 3.49, ET = 0.95) que pour les participantes rétablies (M. = 3.12, ET = 0.99), p = .026, avec une taille d'effet faible (d = 0.06) ; des scores plus élevés de peur de l'auto-compassion pour les participantes non-rétablies (M. = 31.08, ET = 13.78) que pour les participantes rétablies (M. = 26.38, ET = 14.5), p = .03, avec une taille d'effet faible (d = 0.33). Nous n'avons retrouvé aucune différence significative entre les participantes anorexiques restrictives, mixtes, et boulimiques.

Parmi les participantes non rétablies, nous observons une AC et AIS faible qui se répartissent de façon homogène chez les participantes en phase aiguë (TCA présent depuis moins de trois ans), mais hétérogène chez les participantes avec un TCA durant depuis plus de dix ans. D'un point de vue statistique, ces différences ne sont pas significatives et les tailles d'effets sont faibles, ces différents groupes en fonction de la durée du trouble étant composés de petits échantillons.

4.2. Analyse qualitative du discours : « ce qu'en disent les participantes »

Soixante-deux participantes de l'échantillon de travail ont également répondu à sept questions semi-directives à la fin du questionnaire. Ces questions ont pour objectif d'explorer les perceptions et croyances des participantes vis-à-vis de l'acceptation inconditionnelle de soi et de l'auto-compassion, en général et envers elles-mêmes. Parmi ces 62 participantes, 31 % se considèrent comme rétablies, et 69 % comme actuellement souffrantes de TCA (dont 39.5 % d'anorexie restrictive, 39.5 % d'anorexie mixte, et 20.9 % de boulimie). Les réponses ne permettent pas de distinguer de différence statistique entre les participantes rétablies et non rétablies. La relation entre les participantes et l'AIS/AC se présente donc comme un indicateur de symptomatologie qui semble échapper aux soins, et les

réponses des participantes permettent de mettre en lumière une souffrance d'ordinaire peu explorée.

L'analyse thématique révèle quatre thèmes principaux : la perception de l'AIS et de l'AC, la relation entre ces concepts et les TCA, ainsi que les risques et avantages perçus à l'adoption de l'AIS et de l'AC.

4.2.1. Des attitudes désirables... parfois inconfortables

La quasi-totalité (91 %) des participantes identifient l'AC et l'AIS comme des attitudes très positives. Quelques participantes perçoivent l'AC comme une attitude inconfortable ou associée à une idée de « mollesse », et l'AIS est perçue par quelques autres avec un rejet plus franc car associé à de l'« arrogance ». Les deux concepts sont perçus avec la même désirabilité pour la majorité des participantes.

4.2.2. Des attitudes désirables... qui paraissent de prime abord impossibles

De nombreuses participantes (n = 25) estiment que l'AIS et l'AC sont des attitudes « inatteignables » pour elles. Quelques participantes émettent une certaine surprise à la découverte de ce concept, encore impensé « *je ne me suis jamais posé la question* ». Certaines participantes identifient la « haine » de soi, la « honte » et le manque de « légitimité » comme freins à l'adoption de cette attitude. Plusieurs (n = 17) participantes estiment l'AIS et l'AC comme possibles au bout d'un long apprentissage, et identifient des leviers comme s'appuyer sur leur soutien social (« *j'ai besoin de me mettre dans la peau d'un proche pour savoir ce qu'il me dirait* ») et reconstruire leur image d'elle-même (« *ça nécessite une reconstruction de la perception que nous avons de notre valeur* »). Plusieurs participantes pointent également l'écart entre la façon dont elles se traitent et la compassion dont elles sont pourtant capables envers les autres.

4.2.3. S'autoriser à imaginer l'AIS et l'AC

L'AIS et l'AC sont explicitement perçues par quatre participantes comme un inconnu « effrayant ». Celles-ci perçoivent l'adoption de l'AIS et de l'AC comme des facteurs de rétablissement, mais un rétablissement pour l'instant mis à distance : « *changer ma façon de me percevoir m'effraie, j'ai peur de m'accepter, je préfère rester dans une souffrance connue que dans un bien-être inconnu* ». Une jeune participante souffrant d'anorexie chronique se surprend pourtant à se projeter en détail dans l'auto-compassion, et à y voir un levier de rétablissement : « *si on compatit réellement pour soi-même, alors on voudra guérir et ne plus se faire du mal* ». Pour d'autres, l'AIS et l'AC sont vues comme les portes de sortie d'une « impasse ».

4.3. Risques perçus de l'AIS et de l'AC

4.3.1. Perte d'un idéal personnel

La majorité des participantes identifient le perfectionnisme et l'autocritique excessive comme un frein majeur à l'adoption d'auto-compassion, notamment dans les moments d'échec ou de difficulté à atteindre leurs objectifs. D'autres avancent la croyance que l'auto-compassion est une forme de récompense qui se « mérite » ou au contraire un signe de faiblesse. S'autoriser à être plus compatissante envers soi-même et moins sévère est associé à l'idée de ne plus être capable d'atteindre des objectifs, et à une perte de contrôle : « *j'ai peur de faire encore plus d'erreurs, de devenir laxiste avec moi-même au point de ne plus faire aucun effort* ».

4.3.2. Perte de l'armure du TCA

Certaines participantes avec un faible niveau d'intention de rétablissement évoquent la crainte que l'AIS et l'AC viendraient faire voler en éclat le sentiment de narcissisation qu'apporte le trouble alimentaire (« *maigrir ça nous fait nous sentir valide, acceptée, un peu nous apprécier* »), ainsi que leur sens de Soi (« *les TCA font partie de mon*

identité et les abandonner me ferait perdre mes repères et qui je suis »). Trois autres participantes amènent l'idée que l'auto-compassion et le renoncement au perfectionnisme entraîneraient nécessairement la prise de poids tant redoutée : « *l'inconvénient, c'est que je prendrais du poids et je deviendrais obèse* ».

4.3.3. Retrouver une vulnérabilité émotionnelle

La tendance à éviter ses ressentis par l'anesthésie émotionnelle provoquée par la restriction ou la purge est identifiée par deux participantes comme un bénéfice secondaire des TCA : « *les TCA me permettent de gérer mon stress et apaiser mes angoisses* ». Cette mise à distance émotionnelle confère à certaines participantes un sentiment de maîtrise qu'elles ne sont pas prêtes à délaïsser. Pourtant, deux participantes reconnaissent l'échec de cette stratégie : « *on ne règle jamais ce qui nous dérange et on s'enfonce un peu plus dans la maladie* ». D'autres patientes montrent une confusion entre acceptation et résignation, amenant l'idée d'une crainte de ne plus être en recherche de changement et d'amélioration : « *s'accepter c'est empêcher les progrès, ne plus avoir d'espoir de transformation* ».

4.4. Avantages perçus de l'AIS et de l'AC

La majorité des participantes, y compris celles qui ont d'abord parlé de l'AIS et de l'AC comme d'attitudes impossibles ou présentant des inconvénients, identifient au fur et à mesure du questionnaire une grande variété d'avantages à ces attitudes.

4.4.1. Une reconnexion émotionnelle

De nombreuses participantes perçoivent dans l'AC une façon de reprendre contact avec leurs émotions (« *aller chercher en soi et accepter de voir que c'est parfois moche, triste, joyeux, ou beau* » ; « *se reconnecter à un soi oublié et amener de la chaleur, de la vie* »), et d'augmenter leur tolérance à la détresse (« *apprendre à accepter les ressentis pénibles et cesser cette lutte* »). D'autres évoquent l'idée de s'autoriser du plaisir. La diminution du sentiment de honte est également mentionnée par plusieurs participantes : « *je pourrai dessiner mon corps sans fermer les yeux sur ce qui me fait mal ou honte* ».

4.4.2. Une diminution de l'autocritique sévère

Plusieurs affirmations reflètent l'idée que développer l'AIS et l'AC améliorerait la capacité des participantes à tolérer l'erreur avec « souplesse » et à s'autoriser un comportement doux envers elles-mêmes dans ces moments d'échec, imaginant finalement une meilleure capacité à aller vers leurs désirs et objectifs : « *j'aurais moins peur de me tromper, puisque je ne me punirai pas !* ». Une participante a également identifié que l'auto-compassion lui permettrait d'offrir de la « reconnaissance » à son corps, et plusieurs participantes identifient l'impact quotidien des injonctions sociales féminines à l'idéal de minceur, voyant dans l'AIS/AC un moyen de se détourner de ces injonctions.

4.4.3. Une amélioration des relations interpersonnelles

Ce re-contact avec ses émotions et ses besoins apparaît pour certaines participantes comme un moyen de développer une « spontanéité » dans les rapports aux autres (« *je pourrai être plus extravertie, plus authentique* »), mais aussi comme une source d'aide au développement de l'affirmation de soi (« *je m'autoriserais à formuler des oui et des non plus vrais* »).

4.4.4. Des réaménagements identitaires

Pour plusieurs participantes, apprendre à pratiquer l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi conduirait à un sentiment de « liberté » et à une porte ouverte au « champ des possibles ».

Cette ouverture est identifiée comme une façon de (re)construire leur identité : « *apprendre que je suis plus qu'un corps* » « *se découvrir et se comprendre* ». La capacité à identifier et exprimer ses besoins est également décrite comme une conséquence désirable de l'AIS et de l'AC : « *j'aurais moins le sentiment de devoir compenser les échecs, prouver ma valeur, repousser mes limites voir les sacrifier, placer les résultats au-dessus de mes besoins* ». D'autres participantes imaginent via l'AIS et l'AC un meilleur sentiment d'efficacité personnelle et de renarcissisation que par le contrôle alimentaire.

4.5. Une nouvelle motivation au rétablissement

L'AIS et l'AC sont fortement associées à l'idée d'entrée dans le rétablissement, notamment en trouvant une alternative entre insatisfaction corporelle et amour de soi irréaliste : « *atteindre une forme de neutralité (VS "body positivity"), quand l'amour de soi ou la célébration de son corps paraît trop difficile, impossible, hors d'atteinte* ». Certaines participantes intègrent l'acceptation comme une aide au changement, voire comme sa condition préalable. D'autres mettent en avant un lien explicite entre rétablissement et auto-compassion, en se projetant dans un avenir de rémission : « *l'auto-compassion c'est se dire je mérite de m'en sortir* ».

Parmi les répondantes, 15 affirment pratiquer des attitudes d'auto-compassion et d'acceptation de soi au quotidien. Parmi elles, il n'y a pas de différence statistique significative entre participantes rétablies ou souffrant actuellement de TCA, ni entre type de trouble, mais les participantes rétablies font un lien explicite entre leur rétablissement et leur capacité à être plus acceptantes et bienveillantes envers elles-mêmes : « *Quoi que je fasse, j'ai désormais ce respect inconditionnel. Je me juge moins, et surtout j'essaie de nouvelles choses sans avoir d'attentes de réussite. Je me laisse guider par les opportunités en étant davantage douce avec moi-même* ». Nous pouvons observer certaines différences entre ces participantes et le reste de notre échantillon : elles ont toutes un IMC supérieur à 16, utilisent des mécanismes de défense similaires (humour, anticipation, passage à l'acte), et montrent des différences significatives aux variables mesurées en comparaison avec l'échantillon total (meilleure AC, AIS, image du corps, qualité de vie, tolérance à la détresse).

5. Discussion

L'objectif de cette étude était d'explorer les relations entre acceptation inconditionnelle de soi, auto-compassion, et symptomatologie des troubles du comportement alimentaire, tant d'un point de vue quantitatif que d'un point de vue qualitatif, en tenant compte de la trajectoire du TCA, et en recueillant les croyances des participantes sur ces concepts et leurs relations.

5.1. L'AIS et l'AC : quelle relation avec l'anorexie et la boulimie ?

Les résultats de cette étude permettent de démontrer un niveau plus faible d'auto-compassion chez les participantes souffrant ou ayant souffert d'anorexie et de boulimie, comparativement à la population générale. Cette faible tendance à recourir à l'auto-compassion mais aussi à l'acceptation inconditionnelle de soi est à mettre en relation avec un fonctionnement rigide de perfectionnisme [35], et à des mécanismes de défense recourant à l'inhibition mentale, voire à une distorsion plus ou moins majeure de l'image de soi et de la réalité [36]. Les réponses des participantes au questionnaire semi-directif permettent d'observer plus finement comment se traduit cette rigidité au quotidien et son impact sur le développement de l'AIS et l'AC. Dans cette étude, nous observons que cette tendance est commune et indifférenciée entre participantes anorexiques (restrictive ou mixte) et participantes boulimiques, ce qui indique une même pertinence de l'utilisation de l'AC et de l'AIS pour ces deux troubles.

Les personnes souffrant de TCA voient généralement cette rigidité cognitive se cristalliser à mesure que leur IMC baisse, entraînant un cercle vicieux bloquant les leviers de rétablissement. Dans notre étude, les participantes avec des IMC bas ont en effet tendance à moins d'auto-compassion, moins d'acceptation inconditionnelle de soi, et plus de peur de l'auto-compassion que les participantes avec un IMC plus préservé.

De façon attendue, l'AC et l'AIS sont identifiées dans cette étude comme positivement liées à l'image du corps et à la qualité de vie, mais aussi à la tolérance à la détresse (celle-ci permettant la pleine conscience nécessaire à l'AC et l'AIS). L'AC et l'AIS ne sont, contrairement à notre hypothèse, pas corrélées à l'intention de rétablissement. Néanmoins, celle-ci est négativement liée à la peur de l'auto-compassion, ce que les participantes ont pu expliciter à travers les liens, identifier entre AIS/AC et rétablissement (vulnérabilité émotionnelle, perte d'exigences, perte des bénéfices secondaires du trouble). La question « Et si, comme par magie... » a permis de mobiliser leurs capacités d'imagination et de dépasser ces craintes pour imaginer de nombreux avantages à l'AIS et l'AC.

5.2. Quand observe-t-on le développement de l'AIS et de l'AC ?

Cette étude permet également d'explorer de façon assez novatrice la place de l'AIS et de l'AC en fonction de l'évolution du trouble alimentaire. Si les participantes rétablies ont montré des résultats allant dans le sens d'un fonctionnement psychologique plus apaisé, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence vis-à-vis de l'AIS et de l'AC en fonction de la durée du trouble, et ces deux variables restent tout de même faibles chez les participantes rétablies par rapport à la population générale. Cela pourrait aller dans le sens de précédentes recherches [37] supposant la préexistence d'une faible AIS/AC au développement du trouble alimentaire, mais aussi montrer des séquences qui se maintiennent après le rétablissement.

Nous observons également une répartition plus hétérogène des moyennes d'AIS et d'AC des participantes souffrant de TCA depuis plus de dix ans, ainsi qu'une corrélation positive et significative entre âge et niveau d'AC/AIS. L'auto-compassion a tendance à augmenter avec l'âge [38], notamment les sous-dimensions liées aux biais de « tout ou rien » ou de maximalisation, et à la capacité de prise de recul (jugement, isolation, sur-identification). Dans notre échantillon, nous observons aussi une diminution significative de la peur de l'auto-compassion et une augmentation significative de l'acceptation inconditionnelle de soi avec l'âge. L'impact du trouble sur la qualité de vie a également tendance à baisser avec l'âge.

Ces résultats nous ramènent à un débat ancien sur ce que les termes de « rétablissement » ou de « guérison » décrivent [39]. Dans notre étude, nous observons une disparité entre, d'un côté, certaines participantes rétablies montrant la persistance d'un extrême sévérité envers elles-mêmes, et d'un autre côté, des participantes avec un trouble chronicisé mais qui s'accompagne d'autres signes cliniques améliorés, suggérant une accommodation du quotidien autour du trouble, ce qui est souvent observé dans la pratique clinique de sujets chronicisés. Le faible niveau d'AIS et AC étant peu ciblé par les thérapies habituellement proposées aux patientes, il reste souffrance non traitée et durable, présentant potentiellement des facteurs de rechute.

La question de la temporalité de l'AIS et de l'AC dans la trajectoire de développement des TCA est essentielle pour l'application de ces concepts dans les espaces de soin. Les propos des participantes confirment d'autres études qualitatives mettant en avant le point de départ du rétablissement dans l'exploration d'une identité en dehors du trouble, ainsi que l'amélioration de la tolérance à la détresse [5]. Pour répondre à ces leviers de soin, le travail thérapeutique basé sur l'AIS propose aux patientes l'exploration de leur sens du Soi, y compris émotionnel [40], tandis que l'AC permet l'appropriation des sentiments de honte, d'inaptitude, et de détresse. L'AIS et l'AC

peuvent donc être des portes d'entrées, acceptables par toutes les patientes, dans le changement de leur façon de s'adresser à elles-mêmes et de réguler leurs émotions désagréables.

6. Conclusions

6.1. Principaux résultats

Cette étude permet de démontrer dans une population anorexique et boulimique des liens forts entre acceptation inconditionnelle de soi, auto-compassion, qualité de vie, image du corps, mécanismes de défenses, et tolérance à la détresse ; liens qui se poursuivent au-delà du rétablissement du trouble. Les résultats qualitatifs mettent en évidence les craintes et attentes à l'adoption de ces attitudes, perçues comme des leviers au rétablissement désirables par les personnes souffrant d'anorexie et de boulimie.

6.2. Limites de l'étude

Le recrutement en ligne de l'échantillon peut induire un manque de représentativité, ne sélectionnant que des participantes habituées à l'utilisation des réseaux sociaux et présentes dans des communautés discutant des troubles alimentaires, de santé mentale, ou de l'alimentation en général. Certains choix de questionnaires pourraient être revus, certaines versions courtes des questionnaires (par exemple la version DSQ-28) ou plus adaptées à cette population (par exemple l'ANSOCQ au lieu du PIRAN) auraient pu être choisies. Enfin, la nature corrélationnelle de cette étude ne permet de déterminer une causalité entre AIS, AC et symptomatologie des troubles alimentaires.

6.3. De dispositifs en applications

Les réponses qualitatives des participantes font écho aux outils thérapeutiques préconisés par Neff [41], et les résultats de cette étude enrichissent ces connaissances, permettant de dégager des pistes de développement de l'AC et de l'AIS chez les patientes :

- Présenter l'AIS et l'AC aux patientes en tenant compte de leurs *a priori* négatifs. L'association entre bienveillance et « faiblesse »/« mollesse », ou encore entre acceptation et « laxisme »/« résignation », demande aux thérapeutes une adaptation de leur discours : déconstruire la croyance que l'autocritique aiderait à l'accomplissement, et décrire l'AC avec un vocabulaire associé aux valeurs des patientes : force mentale, courage, affirmation de soi, gestion émotionnelle ;
- Investiguer les mécanismes de défense facilitateurs de l'AIS et de l'AC : l'humour et l'anticipation ;
- S'appuyer sur leur compassion pour autrui et leur soutien social.
- Cette exploration thérapeutique de l'AIS et de l'AC peut se proposer à la fois en suivi individuel et groupal, l'un pouvant conduire à l'exploration intime des croyances limitant leur adoption, l'autre pouvant permettre un apprentissage par appui sur la compassion à autrui, la compassion des autres pour soi, et au sentiment d'humanité commune.

6.4. Prospectives cliniques

D'autres recherches de type expérimental seraient nécessaires afin d'explorer une éventuelle causalité entre une haute AIS/AC et rétablissement, ou sur une faible AIS/AC comme facteur prédictif de rechute. Pour répondre à ces questions, à l'instar d'autres études expérimentales sur l'AC [6,42,43], nous avons dans une recherche complémentaire expérimenté un groupe thérapeutique basé sur l'AIS et l'AC auprès d'une population hospitalisée souffrant d'anorexie et de boulimie. Cette expérimentation et ses futures reproductions seront

pour les participantes l'occasion de développer leur AIS et AC dans un cadre sécurisé et contenant, où le groupe et l'investigateur tiennent un rôle de modélisation durant les ateliers. L'AIS et l'AC sont des concepts pertinents pour la prise en soin des troubles des conduites alimentaires, et chercheurs et cliniciens montrent un intérêt grandissant pour les thérapies basées sur la compassion. Cet intérêt international est cependant encore peu présent en France et gagnerait à être développé en lien avec les acteurs de soin, dans l'objectif d'enrichir les prises en charge proposées aux patientes.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Points essentiels

- Les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires ont tendance à montrer peu d'acceptation inconditionnelle de soi et peu d'auto-compassion. Cette tendance se poursuit même chez les personnes rétablies du TCA.
- L'AIS et l'AC sont fortement corrélées à l'image du corps, la tolérance à la détresse, et à la qualité de vie des personnes souffrant de TCA.
- Les personnes concernées par les TCA ont certaines craintes vis-à-vis de l'AIS et de l'AC, mais de plus nombreuses attentes et espoirs.

Références

- [1] Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge;2010 [https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge]
- [2] Solmi M, Wade TD, Byrne S, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021;8:215–24, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30566-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30566-6)
- [3] Eeden A, Hoeken D, Hoek H. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34:515–24, <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739> [Publish Ahead of Print].
- [4] Tavorlaci MP, Ladner J, Dechelotte P. Forte augmentation de la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les étudiants pendant la pandémie COVID-19. *Nutr Clin Metab*. 2022;36:S28–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2021.12.053>
- [5] Drinkwater D, Holtum S, Lavender T, et al. Seeing through the façade of anorexia: a grounded theory of emotional change processes associated with recovery from anorexia nervosa. *Front Psychiatry*. 2022;13:868586, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2022.868586>
- [6] Mullen G, Dowling C, Doyle J, et al. Experiences of compassion focused therapy in eating disorder recovery: a qualitative model. *Counsel Psychother Res*. 2020;20:248–62, <http://dx.doi.org/10.1002/capr.12283>
- [7] Robinson L, Flynn M, Cooper M. Individual differences in motivation to change in individuals with eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord*. 2024;57:1069–87, <http://dx.doi.org/10.1002/eat.24178>
- [8] Ellis A. Early Theories and practices of rational emotive behavior therapy and how they have been augmented and revised during the last three decades. *J Rat Emot Cogn Behav Ther*. 2003;21:219–43, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1025890112319>
- [9] Chamberlain JM, Haaga DAF. Unconditional self-acceptance and psychological health. *J Rat Emot Cogn Behav Ther*. 2001;19:163–76, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011189416600>
- [10] Muroi O, Sudres JL. L'acceptation inconditionnelle de soi et l'autocompassion : une autre clinique de l'anorexie mentale ? *Soins Psychiatrie*. 2023, <http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2023.10.011>
- [11] Dryden W. Unconditional self-acceptance and self-compassion. Bernard ME, editor. *The strength of self-acceptance: Theory, practice and research*. New York, NY: Springer Science + Business Media; 2013. p. 107–20, http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6806-6_7
- [12] Neff K. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity*. 2003;2:223–50, <http://dx.doi.org/10.1080/1529886030909027>
- [13] Khoury B, Dionne F. Les dimensions incarnée et interpersonnelle de la compassion. *Ann Med Psychol*. 2022;180:S57–65, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2020.11.018>
- [14] Pauscik M, Nardelli C, Bortolon C, et al. Self-compassion and emotion regulation: testing a mediation model. *Cogn Emot*. 2023;37:49–61, <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2022.2143328>

- [15] Ewert C, Vater A, Schröder-Abé M. Self-compassion and coping: a meta-analysis. *Mindfulness*. 2021;12:1063–77, <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-020-01563-8>
- [16] Matos M, Steindl SR. “You are already all you need to be”: a case illustration of compassion-focused therapy for shame and perfectionism. *J Clin Psychol*. 2020;76:2079–96, <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.23055>
- [17] Cleare S, Gumley A, O'Connor RC. Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: a systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2019;26:511–30, <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.2372>
- [18] Rose A, McIntyre R, Rimes KA. Compassion-focused intervention for highly self-critical individuals: pilot study. *Behav Cogn Psychother*. 2018;46:583–600, <http://dx.doi.org/10.1017/S135246581800036X>
- [19] Liu J, Conner M, O'Connor DB. Trait self-compassion, daily stress and eating behaviours: a daily diary study. *Psychol Health*. 2025;1–16, <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2025.2575070>
- [20] Linardon J, Messer M. Reciprocal associations between self-compassion and eating disorder symptoms: an 8-month longitudinal study. *Mindfulness*. 2023;14:141–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-022-02031-1>
- [21] Katan A, Kelly AC. A two-week daily diary study examining the association between daily self-compassion and symptoms of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2021;54:1438–48, <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23533>
- [22] Belle Rosales Cadena S, Iyer A, Webb TL, et al. Understanding the relationship between self-compassion and body dissatisfaction. *J Appl Soc Psychol*. 2024 [<https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/217511/>]
- [23] Marques C, Simão M, Guiomar R, et al. Self-disgust and urge to be thin in eating disorders: how can self-compassion help? *Eat Weight Disord*. 2021;26:2317–24, <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-020-01099-9>
- [24] Pauli D, Aebi M, Winkler Metzke C, et al. Motivation to change, coping, and self-esteem in adolescent anorexia nervosa: a validation study of the Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ). *J Eat Disord*. 2017;5:11, <http://dx.doi.org/10.1186/s40337-016-0125-z>
- [25] Kelly AC, Waring SV. A feasibility study of a 2-week self-compassionate letter-writing intervention for nontreatment seeking individuals with typical and atypical anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2018;51:1005–9, <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22930>
- [26] Kelly A, Katan A, Sosa Hernandez L, et al. Why would I want to be more self-compassionate? A qualitative study of the pros and cons to cultivating self-compassion in individuals with anorexia nervosa. *Br J Clin Psychol*. 2021;60:99–115, <http://dx.doi.org/10.1111/bjc.12275>
- [27] Geller J, Kelly AC, Samson L, et al. The relation between two barriers to self-compassion and clinical characteristics in individuals with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2020;28:766–72, <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2764>
- [28] Gilbert P, McEwan K, Matos M, et al. Fears of compassion: development of three self-report measures: fears of compassion. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 2011;84:239–55, <http://dx.doi.org/10.1348/147608310X526511>
- [29] Evans C, Dolan B. Body Shape Questionnaire: Derivation of shortened “alternative forms.”. *Int J Eating Disord*. 1993;13:315–21, [http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X\(199304\)13:3<315::AID-EAT2260130310>3.0.CO;2-3](http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X(199304)13:3<315::AID-EAT2260130310>3.0.CO;2-3)
- [30] Bohn K, Doll HA, Cooper Z, et al. The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behav Res Ther*. 2008;46:1105–10, <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.06.012>
- [31] Dawson L, Mullan B, Rhodes P, et al. Developing a measure to assess motivation and self-efficacy in anorexia nervosa using the Theory of Planned Behaviour. *J Eat Disord*. 2014;2:O46, <http://dx.doi.org/10.1186/2050-2974-2-S1-O46>
- [32] Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Mental Dis*. 1993;181:246.
- [33] Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005;29:83–102, <http://dx.doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- [34] Wagener A, Blairy S. Version française de la Distress Tolerance Scale et de la Discomfort Intolerance Scale. *Can J Behav Sci*. 2015;47:241–50, <http://dx.doi.org/10.1037/cbs0000015>
- [35] Ahvan E, Alizadeh K, Zarei E. Self-acceptance in adolescent girls: the roles of body image and perfectionism with mental toughness as a mediator. *Mod Care J*. 2025;22, <http://dx.doi.org/10.5812/mcj-157988>
- [36] Chabrol H, Callahan S. *Mécanismes de défense et coping*. 3e ed. Dunod; 2018.
- [37] Braun TD, Park CL, Gorin A. Self-compassion, body image, and disordered eating: a review of the literature. *Body Image*. 2016;17:117–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>
- [38] Karakasidou E, Raftopoulou G, Stalikas A. Investigating differences in self-compassion levels: effects of gender and age in a Greek adult sample. *Psychology*. 2020;25:164–77, http://dx.doi.org/10.12681/psy_hps.25344
- [39] Tomba E, Tecuta L, Crocetti E, et al. Residual eating disorder symptoms and clinical features in remitted and recovered eating disorder patients: a systematic review with meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2019;52:759–76, <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23095>
- [40] Oldershaw A, Startup H, Lavender T. Anorexia nervosa and a lost emotional self: a psychological formulation of the development, maintenance, and treatment of anorexia nervosa. *Front Psychol*. 2019;10 [<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00219>]
- [41] Neff K. *Self-compassion: the proven power of being kind to yourself*. New York: William Morrow; 2011.
- [42] Oldershaw A, Lavender T, Basra R, et al. SPEAKS study: study protocol of a multisite feasibility trial of the Specialist Psychotherapy with Emotion for Anorexia in Kent and Sussex (SPEAKS) intervention for outpatients with anorexia nervosa or otherwise specified feeding and eating disorders, anorexia nervosa type. *BMJ Open*. 2022;12:e050350, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050350>
- [43] Williams PR. ONEBird: Integrating Mindfulness, Self-Compassion, and Art Therapy (ONEBird : intégration de la pleine conscience, de l'autocompassion et de l'art-thérapie). *Can Art Ther Assoc J*. 2018;31:23–32, <http://dx.doi.org/10.1080/08322473.2018.1454687>

Titre : Auto-compassion et acceptation inconditionnelle de soi dans les troubles des conduites alimentaires : quelles perceptions, fonctions, et applications ?

Mots clés : acceptation inconditionnelle de soi, auto-compassion, approche intégrative, thérapies cognitives et comportementales, groupe thérapeutique, troubles des conduites alimentaires

Résumé : Issus de la troisième vague des thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles, l'acceptation inconditionnelle de soi (AIS) et l'auto-compassion (AC) sont des construits associés à de larges bénéfices psychologiques, notamment vis-à-vis de variables très impactées dans les troubles des conduites alimentaires (TCA). Les approches thérapeutiques basées sur la compassion pour les TCA ont montré des résultats positifs, mais ont également mis en évidence des freins pour l'anorexie mentale. En parallèle, les études évaluant l'utilisation de l'AIS auprès de cette population sont presque inexistantes. Nous avons fait l'hypothèse que l'AIS pouvait être une variable préalable à l'AC et potentialisante de ses effets. Notre thèse visait donc à répondre à cette question : « Comment l'auto-compassion et l'acceptation inconditionnelle de soi peuvent-elles améliorer les facteurs de maintien sous-jacents à l'anorexie mentale et à la boulimie nerveuse ? ».

Étude 1 — Objectif : Articuler les dimensions l'AIS et de l'AC aux facteurs de maintien de l'anorexie mentale. La revue de littérature nous a permis de dégager des pistes thérapeutiques intéressantes : la dimension Soi comme fluide pour la rigidité psychologique, les dimensions Soi comme faillible et Auto-bienveillance pour l'auto-critique et la honte, la dimension Humanité commune pour l'isolement, la dimension Soi complexe pour l'égosyntonie, et la dimension Pleine conscience pour l'évitement émotionnel.

Étude 2 — Objectifs : Analyser les relations entre AIS/AC et différentes variables psychologiques chronicisantes des TCA ; explorer les perceptions et croyances des participantes sur ces deux concepts. 130 femmes souffrant ou rétablies d'anorexie (67,7%) ou de boulimie (32,3%) ont participé à une enquête en ligne composée d'auto-questionnaires et d'un questionnaire semi-directif. Les résultats ont montré des corrélations positives entre AC/AIS et la qualité de vie, l'image du corps, certains mécanismes de défenses, et la tolérance à la détresse. Le discours des participantes montrait une perception positive de l'AIS et de l'AC, et a permis d'identifier des craintes et des attentes vis-à-vis de ces construits.

Étude 3 — Objectifs : Évaluer l'acceptabilité et l'efficacité d'un dispositif thérapeutique de groupe basé sur l'AC et l'AIS auprès de patientes hospitalisées pour anorexie ou boulimie. 20 patientes (groupe expérimental) ont bénéficié du dispositif thérapeutique, et 17 patientes ont uniquement bénéficié de leur prise en charge usuelle hospitalière (groupe contrôle). Le dispositif a été évalué par auto-questionnaires en pré-ateliers (T0), post-ateliers (T1), et les participantes du groupe expérimental ont également répondu à une nouvelle évaluation en follow-up (T2) et à un entretien semi-directif de recherche. Les résultats du groupe expérimental ont montré une amélioration significative et maintenue en follow-up sur de nombreuses variables : auto-compassion et peur de l'auto-compassion, acceptation inconditionnelle de soi, tolérance à la détresse, schémas précoces inadaptés, image du corps, qualité de vie. En contrôlant l'effet spécifique du dispositif par rapport au groupe contrôle, nous retenons un effet sur l'auto-compassion, la peur de la compassion, et la tolérance à la détresse. La quasi-totalité des participantes ont rapporté un bon vécu et investissement des ateliers.

A travers ces trois études, ce travail de thèse identifie l'AIS et l'AC comme des concepts pertinents dans le traitement de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse, qui semblent faciliter l'entrée dans le rétablissement via l'acquisition de compétences émotionnelles. Ces deux concepts adressent des facteurs de maintien différents et privilégiés selon le profil clinique des patientes, et permettent de mieux comprendre les freins et leviers au rétablissement des TCA. Ce travail est pionnier dans l'articulation théorique et thérapeutique de l'AIS et de l'AC.

Title: Self-compassion and unconditional self-acceptance in eating disorders: what perceptions, functions, and applications?

Key words: self-compassion, unconditional self-acceptance, integrative therapy, cognitive behavioural therapy, therapeutic group, eating disorders

Abstract: Originating from the third wave of Cognitive Behavioral Therapy, unconditional self-acceptance (USA) and self-compassion (SC) are constructs associated with significant psychological benefits, particularly in relation to variables that are heavily affected in eating disorders (EDs). Compassion-based therapy for EDs have shown positive results, but have also highlighted limitations when applied to anorexia nervosa. At the same time, studies evaluating the use of USA in this population are almost non-existent. We hypothesised that USA could be a pre-requisite for SC and could enhance its effects. Our thesis therefore aimed to answer the following question: 'How can self-compassion and unconditional self-acceptance improve the chronicity factors underlying anorexia nervosa and bulimia nervosa?'.

Study 1 — Aim: To articulate the dimensions of AIS and AC in relation to the chronicity factors of anorexia nervosa. The literature review led us to identify some interesting therapeutic leads: the 'Self as fluid' dimension for psychological rigidity; the 'Self as fallible' and 'Self-kindness' dimensions for self-criticism and shame; the 'Common humanity' dimension for isolation; the 'Complex self' dimension for egosyntony; and the 'Mindfulness' dimension for emotional avoidance.

Study 2 — Aims: To analyse the relationships between USA/SC and various psychological variables associated with the chronicity of EDs; to explore the participants' perceptions and beliefs regarding these two concepts. 130 women suffering from or recovered from anorexia (67.7%) or bulimia (32.3%) took part in an online survey consisting of self-questionnaires and a semi-structured questionnaire. The results showed positive correlations between USA/SC and quality of life, body image, certain defence mechanisms, and distress tolerance. The participants' comments revealed a positive perception of USA and SC, and helped to identify fears and expectations regarding these constructs.

Study 3 — Aims: To evaluate the acceptability and effectiveness of a group-based therapeutic programme using SC and USA among patients hospitalised for anorexia or bulimia. Twenty patients (experimental group) benefited from the therapeutic programme, whilst 17 patients received only their treatment as usual (control group). The programme was assessed using self-report questionnaires before the workshops (T0) and after the workshops (T1), and participants in the experimental group also completed a follow-up assessment (T2) and a semi-structured research interview. The results for the experimental group showed a significant and sustained improvement at follow-up across numerous variables: self-compassion and fear of self-compassion, unconditional self-acceptance, distress tolerance, maladaptive early schemas, body image, and quality of life. By controlling for the specific effect of the intervention compared to the control group, we found an effect on self-compassion, fear of compassion, and distress tolerance. Almost all participants reported a positive experience and engagement with the workshops.

Through these three studies, this doctoral thesis identifies USA and SC as relevant concepts in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa, which appear to facilitate the transition to recovery through the acquisition of emotional skills. These two concepts address different chronicity factors, prioritised according to the patients' clinical profiles, and provide a better understanding of the barriers and drivers to EDs recovery. This work is pioneering in the theoretical and therapeutic articulation of AIS and AC.