

UNIVERSITE DE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE
FACULTE DE MEDECINE DE LA PITIE-SALPETRIERE
ET SERVICE FORMATION PERMANENTE

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
DE
PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE
Médecine, Psychanalyse et Neurosciences »**

Membres du Jury de septembre 2015:

**Pr. Marc Olivier BITKER, Pr. Jean Benjamin STORA, Stéphane FLAMANT,
Michael STORA, Dr. Frédérique Tafforeau.**

Le « cas » de Madame E.

**Mémoire de psychosomatique
présenté par Philippon Charlotte**

**Jury du vendredi 4 septembre et du samedi 5 septembre 2015
Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière**

Résumé :

En tant qu'étudiante en dernière année d'ostéopathie, j'ai choisi d'étudier la psychosomatique et de m'intéresser au fonctionnement psychique de mes patients, car cela prenait tout son sens dans ma pratique au quotidien.

Ce mémoire expose le cas de Madame E. pour laquelle je me suis posée beaucoup de questions, et qui m'a permis de beaucoup évoluer dans ma pratique ostéopathique et dans la mise en pratique de mes connaissances acquises lors du Diplôme Universitaire de psychosomatique intégrative.

Madame E. consulte à l'origine pour une douleur à l'épaule droite qui est au centre de sa vie. Elle veut qu'on accède directement au traitement de cette douleur en traitant son épaule, sauf qu'elle n'est pas l'origine de son symptôme. Il faudra comprendre la relation à sa mère, déterminante dans la construction du « Moi » de ma patiente pour pouvoir considérer ses stades de développements qui sont abordés mais pas solutionnés.

Ce mémoire montre comment le corps de Madame E. a pris la relève pour éviter une désorganisation psychique complète.

Mots clés : psychosomatique intégrative, ostéopathie, binge eating disorder, achat compulsif, colopathie fonctionnelle, relation d'objet, transfert/contre transfert

Sommaire

Résumé.....	2
I) Introduction.....	4
II) Instruction du dossier clinique de Madame E.....	5
A) Anamnèse.....	5
B) Situation médicale.....	11
C) Traitements.....	13
III) Rappel de définitions.....	16
A) Troubles du comportement alimentaire.....	16
1) Boulimie.....	17
2) Binge Eating Disorder.....	18
B) Achats Compulsifs.....	19
C) Colopathies fonctionnelles.....	22
IV) Réflexion sur le cas clinique.....	24
V) Conclusion.....	30
Bibliographie.....	31

I) Introduction :

En tant qu'étudiante en 5^{ème} année d'ostéopathie au Collège Ostéopathique Européen, j'ai pu réaliser plus de 300 consultations au sein de la clinique ostéopathique associée à mon école. Mes séances étaient encadrées par mes professeurs, ostéopathes, médecins, psychologues... Ce fut l'occasion pour moi, d'acquérir de l'expérience, car nous avons nos patients que nous voyons régulièrement tout le long de l'année, et ce suivi régulier, nous permet à nous, jeunes futurs ostéopathes de pouvoir qualifier et quantifier l'évolution ostéopathique et clinique de chacun de nos patients. Il faut également préciser, que c'est grâce à cette structure pédagogique que j'ai pu également évoluer, car l'élaboration d'un dossier clinique sur les patients permet aux élèves qui nous succèdent d'adapter son axe thérapeutique en fonction du travail qui a précédemment été réalisé. Nous avons eu des cours de psychologie pendant 5 ans, ce qui m'a permis de me sensibiliser à une approche plus globale du patient. Cependant, l'apprentissage de cette psychologie restait un peu trop basique à mon sens, pour pouvoir comprendre le fonctionnement psychologique des patients de la clinique du COE.

J'ai donc choisi d'étudier la psychosomatique intégrative grâce au diplôme universitaire proposé par Jean Benjamin Stora et son équipe ; l'apprentissage de la psychosomatique m'a permis d'approfondir mes connaissances psychologiques, mais aussi sémiologiques grâce à l'intervention d'illustres professeurs de la Pitié Salpêtrière réputés dans leur domaine. De plus cette discipline comprenait l'individu dans sa globalité, tout comme l'ostéopathie et j'ai apprécié le fait que ce diplôme ne s'arrête pas à une étude psychanalytique exclusive mais intègre l'avancée scientifique des neurosciences.

La réalisation de ce mémoire, me permet de confronter ma jeune pratique ostéopathique au sein de la clinique du COE avec l'acquisition de mes connaissances théoriques en psychosomatique par l'intermédiaire du cas clinique de Madame E.

Voici l'histoire de la prise en charge au sein de la clinique du COE de Madame E.

II) Instruction du dossier clinique de Madame E.

A) Anamnèse :

Le 19 septembre 2014, je récupère le dossier de Madame E. car elle vient en consultation en « urgence » à la clinique.

Après une brève lecture du dossier, je constate qu'elle vient depuis septembre 2012 pour des scapulalgies (douleurs à l'omoplate), cervicalgies et douleurs iliaques droite. Chaque année, elle demande à changer de thérapeute en cours de suivi, prétextant que son ou sa thérapeute ne lui conviennent pas. Lorsque je débute sa prise en charge cette année-là, elle a déjà une thérapeute dans ma promotion avec qui elle a effectué une consultation. A l'issue de cette séance, elle me mit dans une situation un peu délicate vis à vis de ma collègue puisqu'elle ne voulait plus l'avoir pour thérapeute et avait envie de rester avec moi. Ce qui est certes un peu flatteur, mais un peu gênant car je n'avais aucunement l'intention de « piquer » cette patiente à ma camarade...

Dès notre prise de contact, Mme E. me paraît très anxieuse, stressée et pressée. Oppressante vis à vis de ses douleurs à l'épaule droite, elle me dit qu'elle « est un cas » et qu'elle « a mal tout le temps ». Sa douleur semble être son centre d'intérêt au quotidien. Madame E. est une personne qui aime monopoliser l'attention : très présente, elle parle très fort et est constamment en retard de minimum 15 minutes lors de nos rendez-vous de 45 minutes.

N'hésitant pas à mettre en scène ses arrivées, elle a déjà :

- dérapé avec sa voiture sur le parking devant la clinique
- est arrivée toute essoufflée à l'accueil et voulait courir jusqu'à mon box
- a passé un coup de fil dans la salle d'attente et voulu le prolonger alors même que je l'invitais à venir démarrer la consultation

Grande, brune, d'apparence coquette et soignée, elle n'a jamais été mariée mais a un ami depuis 7 ans qu'elle voit tous les week-ends, avec qui elle entretient de bonnes relations. Elle habite seule dans un appartement de 90m² avec un petit jardin. Fille unique, ses parents sont encore ensemble. Lorsque j'essaie d'en savoir plus concernant ses relations avec ses parents, elle semble mal à l'aise et ne pas vouloir m'en dire plus. Ce qui l'intéresse c'est qu'on accède tout de suite au traitement sans procéder à l'anamnèse qu'elle considère inutile. Pour la première séance, je décide de laisser couler et de ré-investiguer ces questions à la prochaine consultation afin qu'elle soit plus en confiance et ouverte.

Il faut considérer que, lorsque j'ai commencé la prise en charge de Madame E., il s'agissait d'une de mes premières patientes et que je manquais certainement d'assurance et d'expérience. Cette femme, était très envahissante, et prenait beaucoup de place dans la consultation alors que dans une séance d'ostéopathie conventionnelle, il faut noter que le patient est déjà au centre de l'intérêt du thérapeute mais le thérapeute a quand même un espace où il peut s'affirmer. Madame E., au début de ma prise en charge, tout du moins, me laissait peu de place dans la consultation et dans mes choix thérapeutiques, pour accéder à ses demandes qui étaient vraiment oppressantes.

J'apprends tout de même que son métier est chargée de formation au crédit foncier : c'est à dire qu'elle forme des équipes sur les différents sujets concernant le crédit immobilier.

Madame E. est âgée de 51 ans. Elle pèse 69kg pour 1m63, soit un IMC de 25,97, qui correspond à un surpoids léger. Concernant ses habitudes de vie, elle ne fume pas, et boit environ 4 verres d'alcool par semaine. Les sucreries constituent un plaisir dans son alimentation qu'elle qualifie d'équilibrée. Elle ne pratique aucun sport.

Je décide d'investiguer ses plaintes et symptomatologies afin de faire le choix de prendre en charge Madame E. en ostéopathie. Elle souffre d'une douleur à l'omoplate droite (également appelée scapula) localisée au niveau du 1/3 inférieur du bord spinal et au niveau de la pointe de la scapula. Elle est survenue progressivement depuis 1 an, sans élément déclencheur. La patiente décrit sa

douleur comme « un coup de poignard » présent en permanence avec un retentissement sur le sommeil, car cette douleur induit 2 réveils nocturnes chaque nuit. Il y a une irradiation aux côtes supérieures droites et/ou parfois au cou. Elle n'a pas fait attention aux éléments favorisants et calmants. Elle n'a aucun traitement.

Madame E souffre également d'une douleur à l'épaule droite, qu'elle considère distincte de son omoplate droite. Elle est localisée au niveau de la face latérale du moignon de l'épaule et du bras droit, sans irradiation. Apparue depuis le début mai 2013, progressivement, puis permanente, sans élément déclencheur. Les facteurs favorisants la douleur, sont le fait de trainer la mallette de son ordinateur pour le travail, le jardinage régulier, et le mouvement d'enlever ses pulls lorsqu'elle se déshabille le soir. Le repos permet de calmer la douleur. Madame E. a passé des radiologies qui n'ont rien décelées, et a consulté un rhumatologue qui lui a fait une infiltration qui ne lui a fait aucun effet. Elle prend des antalgiques (paracétamol) lorsqu'elle a des crises, afin de la soulager. Cette douleur entraîne du stress et de l'énerverment lorsqu'elle se manifeste.

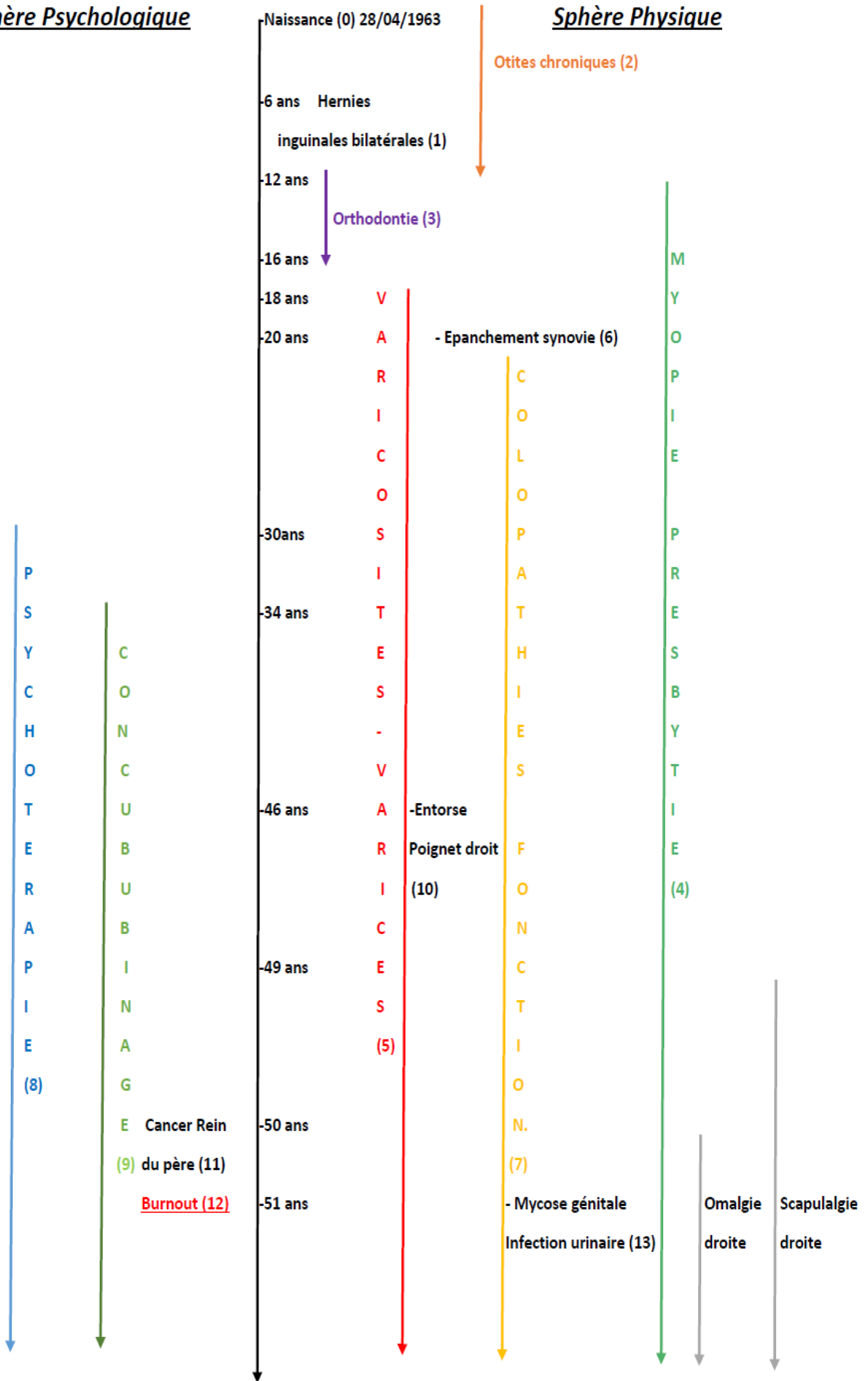
Après ce début d'anamnèse, je décide de prendre en charge Madame E. en ostéopathie car il n'y a aucune contre-indication au traitement ostéopathique.

L'anamnèse se poursuivra lors des séances suivantes, de façon plus approfondie, partagée entre un temps d'entretien que j'apprendrais à Madame E. à prendre et un temps de traitement afin de constituer une alliance thérapeutique nous permettant d'avancer pour une prise en charge optimale.

Voici l'histoire de vie de Madame E. avec ses antécédents ainsi que leur instruction :

Sphère Psychologique

Sphère Physique



(0) Naissance : à terme par voie basse, pas de complication, pas d'utilisation de forceps

(1) Hernie inguinale bilatérale : A l'âge de 6ans, les hernies sont apparues suite à un effort de poussée aux toilettes. Madame E. a eu une opération sous anesthésie générale via laparotomie. Une appendicectomie simultanée a été réalisée. Il n'y a eu aucune séquelle, ni récédive.

(2) Otite chronique : Durant l'enfance, nombreuses otites chroniques. Madame E. ne se souvient pas des latéralités. L'audition a été testée, et reconnue comme normale, aucune séquelle, et aucune intervention chirurgicale n'a été nécessaire.

(3) Orthodontie : Madame E. a porté des bagues de ses 12 à 16 ans car les canines poussaient trop haut sur l'arcade dentaire. Le traitement a été bien toléré.

(4) Myopie : Apparue à l'âge de 12 ans, avec aggravation progressive. Madame E. porte des lentilles sous correctrices actuellement car elle est presbyte. Actuellement sa vue est évaluée à -8,5/10 à gauche et -6,5/10 à droite. Elle consulte un ophtalmologue 2 fois par an.

(5) Varicosités/Varices : Présentes depuis ses 18 ans, sur ses membres inférieurs. Madame E. est suivie régulièrement par son phlébologue. Pas de complication.

(6) Epanchement synovial genou gauche : suite à une chute en ski à 20 ans, la patiente a eu un épanchement synovial. Le médecin lui a prescrit des antalgiques et elle a porté une genouillère. Elle a eu des gonalgies gauches et parfois droites auparavant, mais qui ne sont plus présentes actuellement

(7) Colopathie fonctionnelle : Apparue à 20 ans, depuis alternance constante de diarrhée/constipation même si la patiente souffre plus de diarrhée. Des ballonnements et spasmes abdominaux sont également présents. Madame E. a passé une coloscopie qui a permis au gastro-entérologue d'établir le diagnostic. Elle ne prend aucun traitement. La mère de la patiente a également souffert du syndrome du côlon irritable.

(8) Psychothérapie : Débutée à 30 ans, la patiente a changé de thérapeute cette année car la précédente « n'allait pas assez en profondeur chercher les choses ». Elle est satisfaite du nouveau qui est plus cadré et accède plus à son inconscient.

Les problématiques travaillées avec la psychothérapeute sont par rapport à sa mère qui lorsqu'elle était petite était très exigeante, ne la complimentait jamais, était toujours pessimiste.

(9) Concubinage : Depuis ses 34 ans Madame E. a eu plusieurs concubins pendant des périodes de 3ans. Actuellement elle est avec un homme depuis 7 ans. Ils ne vivent pas ensemble, mais se retrouvent tous les week-end. Elle n'a pas d'enfant. Elle n'en a pas eu car « la vie est faite comme ça » et m'assure en avoir fait le « deuil ».

(10) Entorse du poignet droit : Survenue à 46 ans suite à une chute à vélo en hyperflexion. Localisée à l'extrémité inférieure du radius, la patiente a eu un traitement orthopédique : port d'attelle pendant 2 mois. Sans séquelle à ce jour.

(11) Cancer du rein de son père : La patiente décrit cet événement comme difficile et effrayant au cours duquel elle a dû être solide car sa mère était débordée. Elle évoque des « ressources insoupçonnées ».

(12) Burn out : A 51 ans Madame E. a fait un burn out, car elle travaillait trop et que cela faisait 5 mois qu'elle n'avait pas pris de vacances. Le soir même où elle devait être en congés elle a fait un malaise, sans perte de connaissance. Elle a été aux urgences, les médecins lui ont pris sa tension artérielle, elle avait 17. Depuis ce moment elle a pris conscience qu'il fallait qu'elle se « pose » un peu. Suite à cet épisode, elle prend des anti-dépresseurs nommés Séropram à raison de 1/jour de 20mg.

NB : Je ne considère pas que ce soit un burn-out, elle a juste pris des vacances mais n'a pas été arrêté par son médecin et pouvait continuer à exercer sa profession..

(13) Mycose + infection urinaire : Madame E. a fait 2 à 3 épisodes de mycoses génitales depuis septembre 2013. Elle avait une sensation de prurit sans fièvre. La gynécologue lui a donné un traitement oral Fluoconazole indiqué dans le traitement des candidoses récidivantes ainsi que des ovules et crème Monazol. Depuis pas de mycose. Elle a fait 1 épisode de cystite par an depuis 2-3 ans avec brûlures mictionnelles qui ne sont pas systématiques : pollakiurie, sans fièvre ni douleur rénale. Son médecin lui avait prescrit des antibiotiques en cas d'infection. Elle n'a plus d'épisode.

B) Situation médicale

Madame E. consulte un gynécologue à raison de 2 fois/an. Elle a été réglée à 13 ans et ses règles étaient régulières et indolores. Son moyen de contraception est une pilule Lutéran 6mg/jour. Elle est peut-être en début de ménopause. Un phlébologue suit la patiente au moins 1 fois par an pour ses scléroses, et elle n'a

jamais fais d'épisode de phlébite auparavant.

Madame E. ne voit plus de gastroentérologue pour sa colopathie fonctionnelle, et ne prend aucun traitement même à visée antalgique pour la soulager. Son transit est altéré, variant entre diarrhée et constipation même si les diarrhées sont plus fréquentes. La défécation, quotidienne, lui permet de soulager ses douleurs abdominales.

Au niveau psychologique, elle est suivie depuis ses 34 ans par une psychothérapeute, qui travaille avec elle sur son rapport à sa mère qui semble marquer ma patiente. Elle dit avoir fait un épisode de burn-out à 51 ans, à la suite duquel, elle prend des anti-dépresseurs nommés Séropram à raison de 1/jour 20mg.

Madame E souffre actuellement d'un pincement uncarthrosique dégénératif au niveau de l'espace entre les 5^{ème}/6^{ème} et 6^{ème}/7^{ème} cervicales.

Le sommeil de Madame E. est de mauvaise qualité depuis 2-3 ans, même si elle dort 6h en moyenne par nuit elle se réveille plusieurs fois et a des difficultés à s'endormir. Elle ne sait pas pourquoi. Elle se décrit comme ayant « une nature stressée depuis toujours », sans élément particulier. Lorsque je l'interroge par rapport à ses rêves, elle m'affirme ne pas rêver, et ce, depuis toujours.

Antécédents familiaux : Son père a eu un cancer du rein il y a deux ans. Il souffre d'hypertension artérielle et d'un diabète de type 2. Sa mère est sujette aux colopathies fonctionnelles, et aux varicosités.

Traitements médicaux:

Séropram est un anti-dépresseur de la famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Les effets indésirables qu'il provoque sont essentiellement présents dans les premières semaines du traitement puis s'estompent. Ces effets indésirables sont des somnolences, nausées, sécheresse de la bouche, et transpiration excessive. La posologie pour Mme E. est de 20mg/jour.

Lutéran est une pilule progestative qui sert de contraceptif et de traitement pré-ménopausique. Elle a pour effets indésirables l'arrêt des règles, le saignement génital intermittent et des démangeaisons. La posologie pour Mme E. est de 6mg/jour.

Au début de chaque consultation à la clinique, nous demandions des critères de jugements pour quantifier la plainte (ici sa douleur à l'épaule) à savoir son intensité au moyen d'une échelle de visualisation analogique, sa fréquence, son retentissement sur la vie quotidienne ...

Ceci nous permettait d'évaluer l'évolution clinique de la patiente au fil des traitements. Grâce à cela, j'ai pu constater que la douleur à l'épaule de Madame E. depuis le début de sa prise en charge avec les précédents thérapeutes, évoluait en dents de scie. Elle était toujours présente avec des fluctuations d'intensité qui avaient un impact sur son stress. Sa colopathie fonctionnelle était toujours présente avec alternance de diarrhée et de constipation, et ballonnements. Son sommeil n'avait pas évolué.

A ce moment-là, je me suis demandée, 2 ans après le début de la prise en charge au sein de la clinique du COE, ce que Madame E. attendait de son suivi ostéopathique et si ses douleurs étaient vraiment la raison première de sa demande thérapeutique...

C) Traitements :

J'ai réalisé 8 consultations avec ma patiente, voici les dates :

1	2	3	4	5	6	7	8
19/09/14	09/10/14	23/10/14	06/11/14	28/11/14	16/01/15	13/02/15	12/03/15

Au début de ma prise en charge, j'ai surtout éprouvé la magie du transfert, contre transfert. En effet, j'ai surtout fait preuve d'empathie, je sentais que cette femme avait vraiment une grosse douleur concentrée sur son épaule droite. Alors qu'elle venait en urgence, en retard, et qu'elle me pressait pour que je traite cette épaule, je me sentais concernée pour l'aider à améliorer son état de santé. Cependant, au début, je dois quand même vous avouer qu'elle m'agaçait quelque peu car à tous nos rendez-vous elle était en retard et ce, même après lui avoir glissé quelques recommandations d'arriver à l'heure. En effet, dans cette clinique nous avons une contrainte de temps car les box sont disponibles pour nous que sur une certaine plage horaire pour que tous les étudiants puissent consulter. La patiente n'étant déjà pas facile à traiter, nous avons encore moins de temps pour la réalisation du traitement. Une fois je lui ai proposé un rendez-vous d'1h30, pour parer son retard, mais à la suite de celui-ci elle ne voulait plus que des rendez-vous de cette durée, ce que je ne pouvais faire et elle n'hésitait pas une seule seconde à mentir aux secrétaires pour l'obtenir.

A l'issue des premières consultations, la patiente m'épuisait, j'avais l'impression qu'une tornade était passée ! Je sentais notre relation, comme un rapport de force pour la cadrer. Il fallait que je redouble d'énergie et d'attention pour l'écouter. Une écoute active, tissulaire et verbale, était mise en place avec des mots soigneusement choisis pour lui répondre.

Petit à petit alors que j'acquies de l'expérience, je lui faisais face, et prenais plus de place en tant que thérapeute. C'est ainsi que je réussis à m'imposer et à prendre du recul sur mes traitements et dans le choix de mon axe thérapeutique. Jusqu'à la 4^{ème} séance, je traitais son thorax et son épaule droite mais n'obtenais que peu de résultat sur son état de santé général. Ce manque de résultat m'a emmené à consulter une nouvelle fois son dossier et à utiliser mes connaissances en psychosomatique, que jusque-là, je n'avais pas trop mises en pratique. Cette patiente m'avait tellement aveuglé par sa douleur à l'épaule droite, que j'en avais oublié l'essentiel !

Je tiens à vous rappeler qu'à la première consultation, j'avais ressenti un mal être à l'interrogation de ses relations avec ses parents. Je me suis alors aperçue que j'avais très peu d'informations sur son enfance, mise à part une fois à la 3^{ème} consultation où elle m'avait avoué que sa mère était très exigeante, ne la complimentait jamais, était toujours pessimiste...

A la 6^{ème} consultation, alors qu'elle était sur la table et que je travaillais sur son crâne (région ptérique droite), j'ai donc décidé de lui demander comment elle avait vécu son enfance.

C'est alors qu'elle m'a déclaré n'avoir manqué de rien, contrairement à sa mère.

Elle me confit alors que sa mère, d'origine espagnole, était seule dans son enfance à la maison car sa propre mère était décédée lorsqu'elle avait 8 ans et que son propre père travaillait dans les champs, et ne lui donnait que de quoi subvenir à ses besoins matériels. A 17 ans, sa mère, fille unique, a décidé de quitter l'Espagne, et ne pouvant ni emmener son chien, ni le laisser, « elle l'a pendu ».

Madame E. m'a alors confié qu'elle travaillait avec sa psychothérapeute sur les répercussions de l'enfance malheureuse de sa mère, qui est complètement dans le déni par rapport à cette période-là de sa vie. Selon Madame E., cela expliquerait pourquoi elle est acheteuse compulsive et boulimique depuis ses 20 ans. Sa boulimie n'est pas suivie d'épisode de vomissements.

La patiente n'avait jamais révélé cela lors des précédentes prises en charge avec les différents thérapeutes.

Concernant ses révélations sur sa boulimie, il faut noter qu'au départ elle m'avait déclaré manger équilibrée : « Les sucreries constituent un plaisir dans son alimentation qu'elle qualifie d'équilibrée. » !

Ses achats compulsifs ont été très handicapants pour elle dans sa vie de tous les jours, car en dehors du retentissement matériel qui est très important, cela a été un frein dans ses précédentes relations amoureuses qu'elle me décrivait comme des « CDD de 3 ans ».

Alors qu'elle me donnait enfin, les clés pour mieux comprendre son fonctionnement psychique et de ce fait ses dysfonctionnements, mon travail d'ostéopathe devenait plus pertinent.

En effet, je pense que précédemment, j'avais une vision globale de son corps, mais il me manquait l'essence même de la psychosomatique, à savoir l'unité du corps et de l'esprit. Soigner son épaule droite en pensant que cela aurait un impact sur sa douleur locale, sans tenir compte de l'étiologie, n'est pas suffisant. Sa douleur, pouvait être soulagée temporairement, mais revenir ensuite (d'où les douleurs en dents de scie), et même se déplacer sur une autre zone du corps.

Qu'en est il de sa colopathie fonctionnelle, présente en permanence depuis ses 20 ans ? Sa douleur à l'épaule droite, au centre de sa vie actuelle depuis 2-3ans, quelle fonction et quel sens représentait-elle pour elle ?

Avant de poursuivre ce mémoire par ma réflexion sur le cas de Madame E., je propose de vous présenter plus en détail les troubles du comportement alimentaire (TCA), les troubles compulsifs d'achat, ainsi que les colopathies fonctionnelles.

III) Rappel de définitions :

A) Troubles du comportement alimentaire (TCA)

Les principaux troubles du comportement alimentaire sont l'anorexie mentale, la boulimie, le Binge Eating Disorder ainsi que les troubles non spécifiés.

Je développerai plus particulièrement la boulimie et le binge eating disorder (BED) car il me semble que les symptômes de Madame E. s'apparentent plus à ces troubles du comportement.

1) La boulimie :

Elle se caractérise par une ingestion excessive et régulière d'aliments dont la quantité dépasse les besoins physiologiques, sans tenir compte de la sensation de faim ou de satiété.

Les critères du DSM IV permettant d'établir le diagnostic de boulimie sont :

- 1) La survenue récurrente de crises de boulimie répondant aux deux caractéristiques suivantes :
 - l'absorption en une période limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances,
 - un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise comme le sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce qu'on mange ou la quantité ingurgitée.
- 2) L'existence de comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids : vomissements provoqués, utilisation de laxatifs ou de diurétiques, jeûne, exercices physiques excessifs.
- 3) Les crises et les comportements compensatoires doivent survenir au minimum 2 fois par semaine sur une durée de 3 mois.
- 4) L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

2) Le Binge Eating Disorder (BED)

Il est également appelé syndrome d'hyperphagie incontrôlée.

Il se caractérise par des crises alimentaires compulsives avec ingestion, dans un temps limité, de quantités importantes de nourriture, sans comportement de compensation pour empêcher la prise de poids.

La BED survient sur un terrain d'altération de la capacité à réguler les impulsions et affects, associé à une sensibilité à la récompense exacerbée vis à vis des aliments.

La plupart des personnes souffrant de BED, sont atteintes de troubles dépressifs et/ou anxieux. Ce trouble du comportement alimentaire est fréquemment associé à un surpoids ou à une obésité.

Les critères dans le DSM IV permettant de contribuer au diagnostic de ce trouble sont :

- A. La survenue récurrente de crises boulimiques appelées « binge eating » sont caractérisées par :
 - 1) L'absorption en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberait en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances,
 - un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

- B. Les crises de boulimie sont associées à au moins trois des caractéristiques suivantes :
 - manger de façon beaucoup plus rapide que la normale

- manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale
- ingurgiter de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim
- manger seul parce que la personne souffrant de ce TCA est gênée d'absorber une aussi grande quantité de nourriture
- se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir autant mangé

- C. Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.
- D. Le comportement boulimique survient en moyenne, au moins 2 jours par semaine pendant 6 mois.

B) Les achats compulsifs

Selon l'institut fédératif des addictions comportementales, les achats compulsifs sont définis comme étant « un comportement d'achat incontrôlé avec une tendance répétitive aux dépenses provoquant des conséquences négatives au niveau personnel, familial et social. »

Le comportement impulsif se décrit par :

- une envie irrésistible d'effectuer cet achat
- une perte de contrôle sur ce comportement d'achat
- la personne ne peut s'empêcher de continuer à acheter malgré les conséquences négatives dans sa vie personnelle, sociale ou de loisir et malgré les dettes financières.

L'acheteur compulsif accomplit son acte comme une manière de lutter contre des tensions internes, des angoisses incontrôlables. Il éprouve souvent un fort sentiment de frustration s'il en est empêché (contrainte familiale, pécuniaire). Il n'y a

pas de possibilité de différer l'achat, ce plaisir s'inscrit dans une dimension de l'urgence.

Selon les professeurs Adès et Lejoyeux qui sont des éminents psychiatres, les acheteurs compulsifs présentent des symptômes dépressifs dans 61% des cas, 15% des cas auraient des troubles anxieux. 22 % des acheteurs pathologiques auraient une consommation de drogues illicites et 18 % une consommation excessive d'alcool. 17 % à 25 % présentent une boulimie au cours de leur existence.

On pourrait assimiler les achats compulsifs à une addiction de comportement. Ceci s'explique par un fonctionnement neuropsychologique commun avec les addictions des substances psychoactives. Elles résultent du dysfonctionnement des voies dopaminergiques mésocorticolimbiques, appelées aussi « système de récompense ». Il existe des perturbations du système de motivation et de récompense, des systèmes de régulation des émotions et de l'inhibition des comportements. En cas de dépendance, on observe un renforcement majeur de la valeur accordée au comportement d'achat, conduisant à une surmotivation pour perpétuer ce comportement et à une quasi-déconnexion des systèmes de contrôle corticaux d'inhibition du comportement. Ceci induisant une frustration si l'achat ne peut être effectué immédiatement.

Voici un schéma induisant ce fonctionnement :

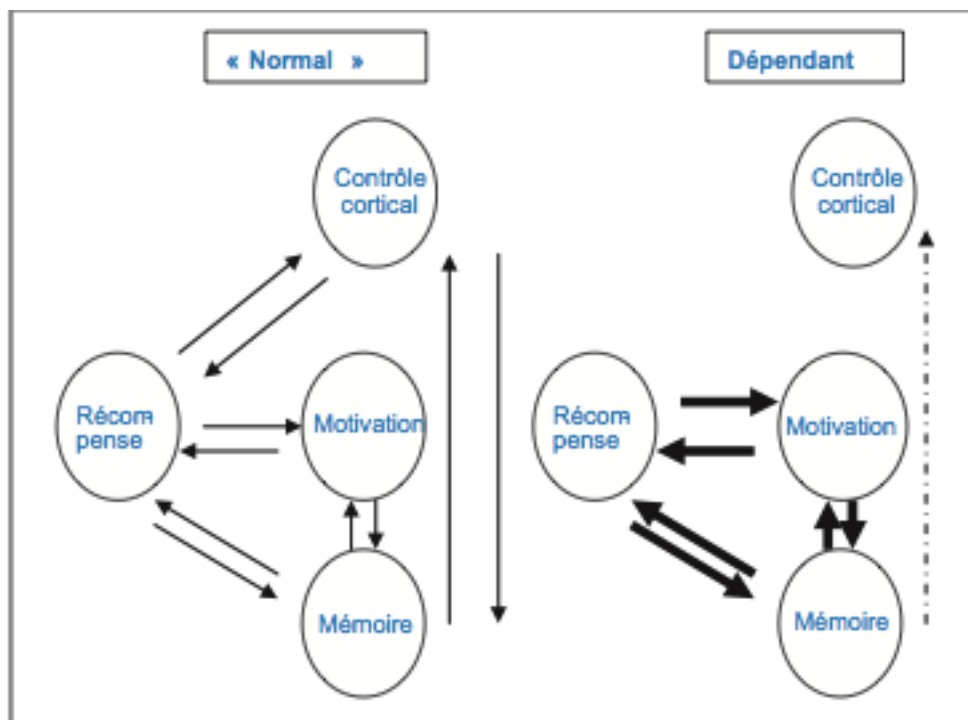


FIGURE 1
Fonctionnement du cerveau d'un sujet « normal » et d'un sujet dépendant [7]

NB : Ce schéma est un extrait de la presse médicale tome 41 numéro 12, décembre 2012, « addictions comportementales » par Morgane Guillou-Landrât¹, Marie Grall-Bronnec, Jean-Luc Vénisse

Les thérapies cognitivo-comportementales sont très utilisées dans la prise en charge des patients souffrant d'achats compulsifs. Il s'agit d'une prise en charge globale où le patient décrit sa conduite en fonction de son histoire de vie, l'évolution du trouble associé ou dans la plupart des cas à d'autres troubles psychologiques, l'évaluation des comportements d'achat, des émotions et des pensées liés aux achats.

Ensuite le thérapeute et le patient essayent d'identifier les facteurs déclenchant ces achats compulsifs ainsi que leurs conséquences, ainsi que les stratégies pour gérer des situations difficiles. Enfin il faut restructurer de façon cognitive les pensées et les croyances de l'acheteur car certaines sont erronées et peuvent favoriser l'achat.

Le traitement ne consiste pas à arrêter d'acheter, mais l'achat doit reprendre sa fonction utilitaire, dans une perspective globale de la personne.

C) Les colopathies fonctionnelles

La colopathie fonctionnelle est un trouble de fonctionnement du colon, très fréquent, sans gravité mais responsable d'une gêne importante. Il est également appelé syndrome du côlon irritable. Il constitue le premier motif de consultation en gastro-entérologie. Le diagnostic est principalement un diagnostic d'exclusion établi après une coloscopie ne relevant rien d'anormal et sur le tableau clinique suivant :

- la douleur abdominale est généralement très importante, caractérisée par une sensation de spasme ou de crampe localisée au niveau de la fosse iliaque droite ou gauche. Elle peut survenir à n'importe quel moment de la journée (après le repas en post-prandial, au réveil...). La douleur est généralement soulagée par la défécation ou l'émission de flatulances. Elle est fréquemment accompagnée de ballonnements abdominaux.
- Le transit est souvent très altéré : la constipation est rencontrée très fréquemment mais il peut également y avoir une alternance de constipation et de diarrhée.

Les colopathies fonctionnelles n'augmentent pas le risque de provoquer un cancer du côlon ou une MICI (maladie inflammatoire chronique intestinale comme la maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique). Ces colopathies sont présentes généralement sous forme de crises qui peuvent durer plusieurs jours avec des phases d'accalmie.

Elles ne nécessitent pas de traitement chirurgical et ne diminuent pas l'espérance de vie.

Le traitement le plus largement utilisé par les médecins est la prescription d'antispasmodiques et de laxatifs. Les facteurs favorisant la survenue de ces colopathies sont le stress, la fatigue, l'anxiété. Une alimentation non équilibrée ou trop copieuse peut amplifier les symptômes. Une infection intestinale sévère peut en être également l'origine.

Il faut noter que devant la persistance de ses troubles, du fait qu'ils sont fonctionnels et donc sans aucune atteinte organique, la médecine conventionnelle a ses limites et la prise d'antispasmodique n'est pas toujours efficace. En effet ils permettent de traiter le symptôme en lui-même mais pas la cause. C'est pour cela que les médecines holistiques telles que l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie, l'hypnose ont toutes leur place dans le traitement des colopathies fonctionnelles. Elles permettent de ne pas segmenter le corps humain contrairement à la médecine conventionnelle et de traiter l'humain dans une approche globale, comme une unité corps-psyché présente dans une approche psychosomatique. En tant qu'ostéopathe, je suis souvent confrontée à des patients souffrant de ce trouble et il me semble important de ne pas négliger tout l'aspect générateur de stress, de fatigue et d'anxiété pour ces patients. Dès lors un accompagnement psychologique dans la prise en charge des colopathies fonctionnelles répétitives serait très pertinent.

Le fonctionnement de la flore intestinale est très important pour un bon confort digestif. Chez des sujets dépourvus de flore intestinale, une diminution de la motricité intestinale et une dilatation caecale a été observée alors que la réapparition de la flore par administration exogène s'accompagne de la production de différents médiateurs et d'une reprise de transit.

De ce fait l'ingestion de probiotiques contribue à l'établissement d'une bonne flore intestinale et participe au fonctionnement d'un bon transit.

Les deux structures psychologiques les plus fréquemment rencontrées chez les colopathes fonctionnels sont :

- la structure compulsive et
- la structure hystéro-phobique.

La structure obsessionnelle ou compulsive est caractérisée par la méticulosité, le sens de l'organisation, le doute, les vérifications et les soucis de propreté. La structure hystéro-phobique est caractérisée par une instabilité caractérielle avec un discours volontiers mensonger, une absence d'adhésion au traitement. La composante phobique, souvent manifestée par de l'agoraphobie, peut s'y associer. Les patients se vivent valorisés par leurs plaintes, auxquelles peut s'associer un sentiment de rancœur vis-à-vis de leur médecin. Ils refusent souvent une prise en charge psychologique qu'ils ressentent comme inadaptée, contraire à leurs certitudes, voire insultante. Enfin, à l'occasion des consultations médicales, la description des selles, leur consistance, leur fréquence prend une grande importance. Chez certains patients, la dimension cancéro-phobique est la plus importante et peut parfois réaliser un véritable délire hypocondriaque.

IV) Réflexion sur le cas de Madame E.

J'ai demandé à Madame E. de remplir le questionnaire élaboré par Jean Benjamin Stora. Il est construit à partir de différentes échelles et permet d'apporter des indications sur l'état global psychosomatique du patient, en le corrélant à l'état clinique du patient et les informations obtenues à l'anamnèse.

En voici les résultats :

Nom:	N°:	Sc Prev	Sc	Sc Prev
Prénom:	Date:	H	Bruts	F
Indicateur de	VALIDITE si score=0 invalide si score = 2	0	0	0
	X.REVELATION SUR SOI FRANCHISE	4	4	4
	Y. DESIR DE PARAÎTRE SOUS SON MEILLEUR JOUR	7	7	7
	Z. DEPRECIATION DU PATIENT DANS SA RELATION AU MEDECIN	4	4	4
Habitudes toxiques	INDICATEUR ALCOOL	0	0	0
	INDICATEUR DROGUE OU MEDICAMENT NON PRESCRIT	0	0	0
	INDICATEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	2	2	2
	INDICATEUR CONSOMMATION CAFE	0	0	0
	INDICATEUR ACTIVITE SPORTIVE	1	1	1
	INDICATEUR CIGARETTES	0	0	0
	INDICATEURS SANTE MENTALE			
	AA. ECHELLE ANXIETE-TENSION	60	6	55
	BB. ECHELLE DEPRESSION	71	8	67
	CC. ECHELLE DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF(pensée-comportements-émotions)	79	17	78
	DD. ECHELLE DE FLUCTUATIONS EMOTIONNELLES	64	11	62
	EE. ECHELLE DE COMPORTEMENT DEFENSIF (pulsions agressives, noyau paranoïde) patients iritables et agressifs envers le corps médical	60	12	57
	COMPORTEMENTS D'ADAPTATION scores>55 significatifs			
	1.COMPORTMTS de retrait et d'absence d'affect-peu communicants	55	6	50
	2A.COMPTMT craintif, inhibé, perte estime de soi conséquence de la maladie	67	7	66
	2B. COMPTMT d'anhédonie, incapacité de jouir de l'existence	70	5	65
	3.COMPTMT coopérant en apparence, déni de la maladie-relations agréables	70	11	65
	4. COMPTMT d'observance, recherche l'approbation, coopère avec les médecins		14	
	5.COMPTMT de confiance et d'observance, attente d'être traités avec courtoisie	35	7	30
	6A.COMPTMT sceptique, non-conforme, action impulsive	47	9	43
	6B.COMPTMT autoritaire agressif peu observant	58	13	54
	7.COMPTMT responsable, coopératif-vit la maladie comme une blessure	45	18	40
	8A.COMPTMT imprévisible, observance fluctuante, troubles de l'humeur, insatisfait	67	13	65
	8B.COMPTMT plaintif -pense qu'il ou elle mérite de souffrir -dimension masochique	75	14	77
	RELATIONS A LA MALADIE, environnement et capacité de résistance			
versus acceptation	A. APPREHENSION DE LA MALADIE	68	12	68
versus capacité fonctionnelle	B. EVALUATION SUBJECTIVE DES DEFICITS FONCTIONNELS	78	18	78
versus résistance	C. SENSIBILITE A LA DOULEUR	75	17	75
versus soutien familial	D. EVALUATION DU SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL	66	7	66
versus optimisme	E. EVALUATION DU PESSIMISME CONCERNANT futur maladie	61	7	61
versus présence	F. ABSENCE DE RESSOURCES SPIRITUELLES	81	18	81
	PRONOSTIC DES TRAITEMENTS			
versus résilience	G. Réaction émotionnelles, appréhension traitements et procédures médicales	52	8	52
v. cpt consciencieux	H.Comptmt d'observance problématique	75	7	75
versus adhésion traitement	I. Cptmt de tout ignorer de leur maladie, refus défensif d'informatio	77	6	77
versus utilisation appropriée	J. Demande excessive de soins(recherche inconsciente de soins maternels)	46	4	46
cptmt optimal d'observance	K. Comportement de non-observance(dans tous les aspects des soins)	70	11	70
	RECOMMANDATIONS			
	L. EVALUATION DES DIFFICULTES D'ADAPTATION DU PATIENT	54	3	54
	M. INDICATIONS DE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE	35	3	35

Madame E. semble avoir eu une mère ambivalente. En effet, elle lui donnait de l'amour par ses soins mais semble avoir été assez dure vis à vis de sa fille au moins au niveau verbal. Elle ne la complimentait jamais, était toujours pessimiste, et la rabaissait souvent en lui trouvant toute sorte de défaut.

Je dirai que l'objet n'est pas introjecté et qu'elle est un peu dans la position pré-objectale. Dans la théorie de Mélanie Klein, il y a une position schizo-paranoïde dans la relation à l'objet (bon et mauvais, aimé et haï). Madame E a reproduit la relation qu'elle entretenait avec sa mère avec moi. Le thérapeute a une fonction maternelle en soignant. Madame E. cherchait de l'affect vis à vis de moi et souhaitait en même temps que je sois dure comme sa mère. Elle semble apprécier ce côté « dur » comme le bon côté de sa mère, ce qui doit la sécuriser mais aussi poser problème dans sa relation aux autres. Sa problématique est très archaïque mais il y a une différenciation par rapport à l'objet. Sa relation à l'objet a entraîné une importante carence du « Moi » avec un narcissisme très défailant. Je n'ai pas perçu dans ses propos et ses conduites de « Surmoi », ni « d'Idéal du Moi ».

Du fait de la carence des accompagnements affectifs de la mère, il existe de grosses lacunes d'organisation du préconscient. Elle n'a aucun lien entre les affects et les représentations. Lorsqu'elle me parle de sa mère qui a perdu son chien, il n'y a aucun affect et on pourrait qualifier son discours de pensée opératoire. Sa mère, du fait de ses carences affectives dans la petite enfance, n'a aucun affect, d'où son aspect « dur ». Elle n'a pas su transmettre à sa fille son amour. Il y a une pauvreté d'élaboration avec l'absence de rêve ou tout du moins de souvenir d'un rêve.

Elle a une telle pauvreté de ses affects que ceci se reproduit dans sa relation avec les autres où elle essaye de combler sa carence du « Moi » en prenant toute la place dans les relations (lorsqu'elle parle fort, monopolise l'attention...).

Ses symptômes (colopathie fonctionnelle, douleur à l'épaule) ont pour objectif de combler le vide et d'être le contenu de la relation à l'autre.

Qu'en est-il de la relation avec son père ? Elle m'a décrit son père comme un « être silencieux, approbateur de sa femme, passif et effacé ». Le père qui a usuellement, un rôle plutôt séparateur de la mère, n'a pas agi ainsi.

En consultant sa ligne de vie page 8, on constate que sa douleur à l'épaule est apparue en même temps que le cancer du rein de son père (qui n'est pas décédé).

La patiente a décrit cet événement comme difficile et effrayant au cours au cours duquel elle a dû être solide car sa mère était débordée. Elle a évoqué des « ressources insoupçonnées ». On voit bien par ses paroles, qu'elle a essayé de prendre la place de sa mère à ce moment-là de sa vie. J'émet dès lors l'hypothèse d'une possible réminiscence du conflit oedipien à l'apparition de son symptôme (conflit, qui n'a jamais été solutionné mais abordé). On peut souligner qu'il s'est également développé sur le système uro-génital (infection urinaire et mycose) alors que son père avait une atteinte du rein.

Elle n'a pas eu d'enfant, et m'avait déclaré en « avoir fait le deuil » et que « la vie est faite ainsi ». A-t-elle déjà eu le désir d'avoir un enfant un jour, ou s'est-elle identifiée à son père dans son enfance ? Elle ne s'est pas identifiée à sa mère car elle l'a considérée comme dangereuse et n'en avait pas une bonne image. La patiente a pu en effet, s'identifier au chien pendu. On peut également se demander si sa mère n'est pas construite sur une structure psychotique : « le chien je le tue plutôt qu'il vive en dehors de moi ». Pourquoi la mère ne pouvait-elle pas le laisser en Espagne en vie ? Si Madame E vivait en dehors de sa mère, serait-elle pendue ?

Cependant, il y avait déjà des difficultés de mentalisation bien antérieures...

En effet, la patiente a des fixations à des stades bien antérieurs, abordés de façon partielle mais pas solutionnés. A noter que ses différentes fixations constituent son support dans sa relation avec les autres.

Au stade oral, j'ai relevé un comportement de Binge Eating Disorder (BED), car elle a une hyperphagie incontrôlée sans comportement de compensation pour empêcher la prise de poids.

Au stade anal, elle fait preuve aujourd'hui de beaucoup de contrôle et de maîtrise au début de mes consultations avec elle. Elle aime dominer, et a une composante sado masochique exacerbée. De façon inconsciente sûrement, elle arrive en retard à chacune de mes consultations de minimum 15 minutes, affirmant ainsi le contrôle de ses soins mais s'attirant aussi un contre transfert de ma part que je qualifierai d'agacement et d'énervement.

En consultant sa ligne de vie page 8, on constate qu'elle a eu des hernies inguinales bilatérales à 6 ans suite à un effort de poussée aux toilettes.

Il me semble que pourtant lorsque l'enfant est en bas âge, il y a une certaine angoisse à émettre les selles car cela est vécu comme un morcellement de soi. Ceci a permis à Madame E de projeter son agressivité très tôt. On voit bien qu'il y a une désintrinsication pulsionnelle importante.

Ses colopathies fonctionnelles illustrent aussi sa fixation au stade anal. On note également la dominance de la phase des diarrhées sur les constipations permettant d'exprimer ses pulsions agressives.

La fixation au stade génital pour moi, est présente dans tous ses comportements de théâtralisation : son arrivée en dérapant sur le parking de la clinique, en courant dans mon box, ses ressources insoupçonnées...

Elle a des traits qui s'apparentent à l'hystérie comme sa coquetterie, ses mises en scène et un épisode m'y a fait particulièrement penser.

Lors de la 7^{ème} séance, j'étais en train de lui traiter son épaule et je me trouvais sur les points d'insertion des tendons des muscles qui étaient douloureux. Au ressenti de la douleur, elle me dit « ah vous prenez votre pied là, vous vous éclatez », tout en émettant des bruits représentant l'acte sexuel. Elle prenait plaisir à avoir mal. Outre ce masochisme, il y avait une érotisation du traitement.

Je me suis demandée à la suite de cette consultation, si dans son transfert, m'identifiait elle à son père ? Dans les premières consultations elle n'hésitait pas à m'envoyer toutes ses pulsions agressives et attendait de moi que je la cadre et que je lui fasse face comme sa mère. N'y aurait-il pas eu un transfert d'identification de sa mère à son père, à partir du moment où elle a commencé à me faire ses révélations sur ses conduites addictives ?

L'identification projective est un mécanisme de défense du « moi » utilisé par la patiente. Sa mère lui a donné une image de son « moi » négatif et elle projette sur les autres cette image négative. Ces fantasmes, définis par Mélanie Klein, permettent au sujet d'introduire sa personnalité à l'intérieur de l'objet, pour le contrôler, comme au début de notre relation thérapeutique.

Au cours de la prise en charge de Madame E, je lui ai conseillée de se mettre au sport dans le but de l'aider à évacuer ses quantums d'excitation. Elle a pratiqué la marche rapide 2 fois 1h par semaine et parfois elle allait faire du waterbike. J'ai trouvé cela curieux de choisir comme sport la marche rapide, car cela sollicite énormément les épaules. Pourtant elle avait une douleur importante à l'épaule (masochisme ?!), ce qui ne semblait pas la limiter dans sa pratique sportive.

Socialement parlant, cette femme semble plutôt bien intégrée : elle a un travail, un compagnon pour lequel elle a organisé une fête pour ses 50 ans.. Bien qu'elle ait une relation un peu conflictuelle avec son patron qui « souhaite la licencier depuis toujours ».

Enfin, il faut noter que la patiente a aussi une problématique d'observance très présente, elle est très réfractaire aux traitements : d'une part par rapport à sa psychothérapie mais surtout par rapport à ses anti-dépresseurs qu'elle a décidé d'arrêter toute seule sans aucune aide médicale malgré mes recommandations.

L'évaluation du risque psychosomatique est cotée à 15, je ne pense pas qu'il puisse y avoir une réversibilité de ses troubles. Ils sont bien ancrés et ce malgré sa psychothérapie depuis ses 20 ans. Il y a une instabilité globale de l'unité psychosomatique à risque de désorganisation.

Dans l'organisation psychique de la patiente, les symptômes physiques (douleurs à l'épaule, colopathie fonctionnelle) ont pour but de lui éviter une désorganisation psychique complète avec un risque de dépression essentielle.

Voilà pourquoi il ne faudra jamais dire à Madame E. qu'elle est guérie.

Je pense que la patiente devant la multiplicité des symptômes et cette problématique de vide aurait un diagnostic d'état limite avec quelques traits d'hystérie.

Son fonctionnement psychique étant défaillant, le système nerveux central ne pouvait gérer les quantums d'excitations du quotidien, le corps a donc pris la relève.

V) Conclusion :

Cette patiente m'a permis de beaucoup évoluer dans ma pratique ostéopathique et notamment dans mon écoute active (tissulaire, verbale et non verbale).

Elle m'a également fait prendre conscience du pouvoir du transfert/contre transfert dans la relation au patient, que j'avais précédemment sous-estimé. Je pense qu'à l'avenir je serai beaucoup plus attentive à toutes ses notions, et à tout ce qu'il se passe dans ma prise en charge au cabinet avec les patients.

Que se rejoue-t-il dans la relation thérapeutique, du passé de nos patients ?

En tant que thérapeute, il me semblait donc essentiel d'accéder à ces connaissances de la psychosomatique qui sont nécessaires dans la relation soignant-soigné.

J'ai conscience que j'ai encore beaucoup à apprendre, mais ce que je trouve merveilleux dans nos métiers c'est que nos patients sont nos meilleurs professeurs.

Bibliographie

American Psychiatric Association, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (texte révisé) DSM IV TR (Washington DC 1994), traduction française par Julien Daniel Guelfi et al, Masson Paris 2005, 1065 pages

Anne Basquin, Michel Lejoyeux, « thérapie cognitivo-comportementale des achats compulsifs », Annales Médico-Psychologiques 170 (2012) 744–747

P.Biclet, Troubles fonctionnels intestinaux, EMC, traité de Médecine Akos 2014,9(1) :1-6 article 6-0560

S.Bonfils, Impertinence psychosomatique, 1993 John Libbey Eurotext, Montrouge

V. Brisard, JP. Guillaume, B .Didier, V. Patrascu, M .Sourice , JL. Meziere, D. Chalut, S .Chevalier, C .Gourin, G. Vullet, Les entretiens internationaux de Monaco, les Thérapeutiques Complémentaires ou Alternatives, « Etude prospective, randomisé en simple aveugle, versus placebo » disponible sur : <http://www.entretiens-internationaux.mc/guillaumef.htm>

Morgane Guillou-Landréat ,Marie Grall-Bronnec, Jean-Luc Vénisse, « addictions comportementales », Presse médicale tome 41 numéro 12, décembre 2012

David W.Lescheid, « irritable bowel syndrome : a review article ».

Journal of Biomedical Therapy 2012 Vol. 6, No. 1

L. Romo, C. Aubry, J. Djordjian, C. Legauffre, J. Adès , « Approche cognitivo-comportementale des achats compulsifs », Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive 2007, 17, 1, 8-13

JB. Stora Quand le corps prend la relève- Stress, traumatismes et maladies Somatiques, Paris, Odile Jacob, 1997

JB. Stora Méthode d'évaluation et de diagnostic de la santé psychosomatique in La nouvelle approche psychosomatique, 9 cas cliniques JB. Stora, MJW Fédition, Paris, 2013.