



---

---

# Comprendre les troubles du comportement alimentaire

*Quand la nourriture devient un langage émotionnel*

Un éclairage scientifique et des solutions  
fondées sur les neurosciences

---

**Florent Santamaria**  
Psychopraticien | Méthode MOSAIC®  
Spécialiste en psychotraumatisme

50+ avis Google | 5,0/5  
[www.florent-santamaria.fr](http://www.florent-santamaria.fr)



# Ce n'est pas une question de régime, ni d'esthétique.

Derrière un TCA, il y a presque toujours une souffrance qui n'a pas trouvé d'autre langage. La nourriture — ou son absence — devient le seul moyen que le corps et l'esprit ont trouvé pour exprimer ce qui ne peut pas se dire avec des mots.

Vous mangez trop, ou pas assez. Vous comptez les calories, ou vous ne comptez plus rien du tout. Vous avez honte après chaque repas, ou vous évitez simplement de manger avec d'autres. Peut-être que personne autour de vous ne comprend vraiment ce qui se passe. Peut-être que vous-même ne le comprenez pas encore tout à fait.

Ce que beaucoup de personnes ignorent, c'est que les troubles du comportement alimentaire ne sont pas un problème de volonté. Ils s'expliquent par des mécanismes neurologiques précis, souvent liés à un vécu émotionnel douloureux — parfois traumatique.

*Ce guide a été conçu pour vous donner un éclairage complet, honnête, fondé sur les données scientifiques actuelles. Il ne remplace pas un avis clinique individualisé, mais peut vous aider à mettre des mots sur ce que vous vivez.*

## Note préalable

Ce guide évoque les mécanismes des TCA et peut résonner fortement pour certaines personnes. Si vous sentez une tension qui monte en le lisant, vous pouvez faire une pause, respirer lentement, et y revenir à votre rythme. Il n'y a aucune urgence.

# 01

## Les différents troubles du comportement alimentaire

Les TCA ne se résument pas à un seul trouble. Le DSM-5 (le manuel de référence en psychiatrie) identifie plusieurs formes, chacune avec ses mécanismes propres.<sup>1</sup>

### Anorexie mentale

- Restriction sévère des apports énergétiques conduisant à un poids significativement bas
- Peur intense de prendre du poids, même en situation de maigreur
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (distorsion de l'image corporelle)

Prévalence estimée : 1,5 % chez les femmes, 0,2 % chez les hommes.<sup>2</sup>

### Boulimie

- Épisodes fréquents de suralimentation rapide et incontrôlée (crises d'hyperphagie)
- Comportements compensatoires : vomissements provoqués, laxatifs, jeûne, exercice physique excessif
- Au moins une crise par semaine pendant trois mois
- Perturbation de l'estime de soi, fortement influencée par le poids et la silhouette

Prévalence estimée : 1,5 à 5 % de la population.<sup>2</sup>

### Hyperphagie boulimique (binge eating)

- Crises d'hyperphagie similaires à la boulimie, mais sans comportements compensatoires
- Sentiment de perte de contrôle, honte, dégoût de soi après les épisodes
- Souvent associée à une prise de poids progressive

### ARFID et autres formes

L'ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder) se caractérise par un évitement alimentaire sans préoccupation liée au poids ou à l'image corporelle. Il peut s'agir d'une sensibilité sensorielle extrême, d'un désintérêt pour la nourriture ou d'une peur de s'étouffer. D'autres formes incluent le pica, le mérycisme et des TCA non spécifiés qui ne remplissent pas tous les critères mais n'en sont pas moins souffrants.

## 02

# Ce qui se passe dans le cerveau

Les TCA ne sont pas un caprice ou un manque de discipline. Ils impliquent des dérèglements neurologiques profonds qui expliquent pourquoi il est si difficile d'en sortir par la seule volonté.

### Le circuit de la récompense et la dopamine

Les neurosciences ont montré que les neurones dopaminergiques sont activés dans l'anorexie (Södersten et al., 2016).<sup>3</sup> Cela signifie que les TCA partagent des mécanismes neurologiques communs avec les addictions : le circuit de la récompense — impliquant l'aire tegmentale ventrale (ATV), le noyau accumbens et le cortex préfrontal — fonctionne de manière altérée.

### Dyséquilibre de la sérotonine

La sérotonine joue un rôle central dans la régulation de l'humeur, de la satiété et de l'impulsivité. Les recherches montrent des perturbations sérotoninergiques significatives dans les TCA, contribuant à la fois aux difficultés de régulation émotionnelle et aux comportements alimentaires désordonnés.<sup>4</sup>

### Hyper-activation et hypo-activation

Dans la boulimie et l'hyperphagie, le circuit de la récompense est hyper-activé face à la nourriture : le cerveau répond de manière excessive aux stimuli alimentaires, déclenchant des crises incontrôlables. À l'inverse, dans l'anorexie, on observe souvent une hypo-activation et une forme d'anhédonie : la capacité à ressentir le plaisir est diminuée, tandis que la restriction produit paradoxalement une satisfaction liée à la dopamine.<sup>3</sup>

### Distorsion de l'image corporelle

La perception altérée du corps n'est pas de la « vanité ». Elle implique des modifications mesurables dans le cortex visuel, l'insula et le cortex cingulaire antérieur — des zones cérébrales responsables de l'intégration de l'image de soi et de la conscience corporelle.<sup>5</sup>

#### Structures cérébrales impliquées dans les TCA :

- Aire tegmentale ventrale (ATV) : production de dopamine, circuit de la récompense
- Noyau accumbens : plaisir, motivation, renforcement des comportements
- Cortex préfrontal : prise de décision, contrôle des impulsions
- Amygdale : traitement des émotions, mémoire émotionnelle
- Insula : intéroception, conscience du corps, dégoût
- Cortex cingulaire antérieur : intégration émotion-cognition, image de soi

## 03

# Le lien avec les émotions et le trauma

Derrière un TCA, on retrouve presque toujours une difficulté à réguler ses émotions. La nourriture — ou sa restriction — devient une stratégie pour gérer ce qui déborde : la douleur, l'anxiété, le besoin de contrôle, l'engourdissement émotionnel.

Ce lien entre TCA et trauma mérite d'être souligné. Les recherches en psychotraumatisme montrent que les TCA sont très souvent associés à des expériences traumatiques : abus (physiques, sexuels, émotionnels), négligence, harcèlement, violences domestiques, ou tout vécu qui a profondément atteint le sentiment de sécurité intérieure.<sup>6</sup>

Dans le trauma complexe — traumas répétés, maintenus, souvent dans l'enfance — le corps devient le lieu même du conflit.<sup>6</sup> La personne apprend à se déconnecter de ses sensations corporelles (dissociation), à éviter les émotions intenses, à se contrôler par le seul moyen accessible : la nourriture.

## Le TCA comme langage émotionnel

- La restriction peut exprimer un besoin de contrôle, de purification, de maîtrise sur un monde vécu comme chaotique
- La crise d'hyperphagie peut être une tentative d'anesthésier une douleur émotionnelle insupportable
- La purge peut représenter le besoin d'évacuer la honte, la culpabilité, ou un sentiment de contamination
- L'évitement alimentaire peut signaler une anxiété profonde, une méfiance envers le corps ou le monde

*Le corps n'est pas l'ennemi. Il est le messenger. Le TCA est un symptôme — pas le problème. Comprendre ce qu'il cherche à exprimer, c'est le premier pas vers une libération durable.*

## 04

# Le cercle vicieux

Le TCA ne surgit pas de nulle part. Il s'entretient selon un cycle précis, qui explique pourquoi il est si difficile d'en sortir seul — même quand on le comprend intellectuellement.

### Le cycle :

Détresse émotionnelle (anxiété, tristesse, colère, vide) → utilisation de la nourriture (restriction ou crise) comme régulation → soulagement temporaire → honte, culpabilité, dégoût de soi → augmentation de la détresse → renforcement du comportement alimentaire.

Ce cercle vicieux est renforcé par trois stratégies que le MOSAIC identifie comme des « stratégies dysfonctionnelles » (Wittezaele, Nardone, 2016) :<sup>7</sup>

- L'évitement : fuir les situations impliquant la nourriture, les repas sociaux, le regard des autres — ce qui renforce l'isolement et l'idée que ces situations sont effectivement dangereuses.
- Le contrôle : compter chaque calorie, peser chaque aliment, planifier chaque repas — une stratégie épuisante qui échoue inévitablement face aux besoins réels du corps.
- La confirmation de croyance : filtrer les informations pour confirmer ses croyances négatives sur son corps, son poids, sa valeur.

### Le rôle de la distorsion de l'image corporelle

La perception altérée du corps joue un rôle central dans le maintien du cercle vicieux. Le cerveau « voit » un corps qui ne correspond pas à la réalité objective. Ce décalage nourrit la détresse, justifie les comportements restrictifs ou compensatoires, et empêche la personne de percevoir les signaux réels de son corps (faim, satiété, fatigue).

*Le TCA n'est pas un signe de faiblesse. C'est le symptôme d'un cerveau qui a appris à survivre avec les moyens dont il disposait — et qui ne sait plus comment fonctionner autrement.*

## 05

# Les traitements validés

La prise en charge recommandée des TCA repose sur une approche pluridisciplinaire associant suivi nutritionnel, accompagnement psychologique et, si nécessaire, suivi médical. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont montré une efficacité significative, en particulier pour la boulimie et l'hyperphagie boulimique.<sup>10</sup>

## L'approche pluridisciplinaire

Les recommandations institutionnelles (HAS, Psycom) soulignent que le traitement des TCA nécessite une coordination entre plusieurs professionnels :<sup>10</sup>

- Suivi nutritionnel : un diététicien ou nutritionniste accompagne la restauration d'une alimentation adaptée, sans régime restrictif
- Accompagnement psychologique : travail sur les mécanismes émotionnels, cognitifs et comportementaux qui entretiennent le trouble
- Suivi médical : surveillance des conséquences somatiques (dénutrition, troubles cardiaques, déséquilibres électrolytiques) et, si nécessaire, traitement médicamenteux
- Soutien familial : en particulier pour les adolescents, l'implication de l'entourage fait partie intégrante du processus de soin

## Les TCC : une efficacité démontrée

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont aujourd'hui considérées comme le traitement psychothérapeutique de référence pour la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Elles permettent de travailler sur les pensées dysfonctionnelles liées à l'alimentation, au poids et à l'image corporelle, tout en développant des stratégies alternatives de régulation émotionnelle.<sup>10</sup>

Pour l'anorexie mentale, les approches thérapeutiques sont plus variées et incluent également les thérapies familiales (en particulier chez l'adolescent), les thérapies interpersonnelles et les approches motivationnelles.<sup>10</sup>

*Guérir d'un TCA est possible. Les données scientifiques montrent qu'avec un accompagnement adapté, la majorité des personnes voient leur état s'améliorer significativement. Le chemin n'est pas linéaire, mais chaque pas compte.*

## 06

# MOSAIC® : travailler sur la racine émotionnelle

MOSAIC® (Mouvements Oculaires et Stimulations Alternées pour l'Intégration Cérébrale) est une méthode développée en 2019 par le Dr Stéphanie Khalfa (neurosciences, Aix-Marseille). Elle s'inscrit dans un cadre multi-référentiel — humaniste-existential, systémique-stratégique, solutionniste, cognitivo-comportemental — enrichi par un modèle neuronal de synchronisation stochastique.<sup>8</sup>

Dans ma pratique, j'utilise la thérapie MOSAIC pour travailler sur la racine émotionnelle et traumatique qui sous-tend souvent les troubles du comportement alimentaire. Pour les TCA spécifiquement, MOSAIC n'a pas encore fait l'objet d'études cliniques indépendantes publiées. Les données disponibles portent principalement sur le TSPT (Flatot-Blin et al., 2023).<sup>8</sup> L'utilisation de MOSAIC dans ce cadre repose sur les principes des SBA, sur le lien documenté entre TCA et traumatisme, et sur les résultats de ma pratique clinique. Un essai clinique multicentrique est actuellement en cours en France.

## Comment ça fonctionne ?

La méthode utilise des stimulations bilatérales alternées (SBA) fondées sur la résonance stochastique<sup>9</sup> — un principe neurophysiologique selon lequel un bruit de fond de faible intensité peut améliorer la détection de signaux dans les systèmes nerveux. Combinées à un travail sur les sensations internes désirées (SID), ces stimulations visent à :

- Réduire la charge émotionnelle liée aux souvenirs et vécus qui déclenchent le TCA
- Travailler avec les sensations corporelles (intéroception) pour reconnecter la personne à son corps autrement qu'à travers le contrôle alimentaire
- Favoriser la synchronisation neuronale dans les régions cérébrales impliquées (insula, amygdale, cortex préfrontal)
- Permettre de vivre une expérience différente sans nécessiter de revivre en détail les expériences douloureuses

### Un principe fondamental

« Pas besoin de résoudre un problème, d'effacer, diminuer quelque chose... juste vivre ce qui est déjà là, dans notre cerveau. » MOSAIC® crée un dispositif pour vivre la réalité souhaitée déjà existante, en harmonie avec les croyances et le contexte de la personne.

## 07

# Pour qui ? Comment ?

L'accompagnement MOSAIC® pour les TCA peut bénéficier à toute personne qui souffre dans sa relation à la nourriture et à son corps, quelle que soit la forme du trouble :

- Anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique, ARFID
- TCA non diagnostiqués mais vécus comme souffrants
- Personnes ayant un lien entre TCA et vécu traumatique (abus, négligence, harcèlement)
- Adolescents et adultes
- Personnes en complément d'un suivi nutritionnel ou médical

### Complémentarité avec le suivi nutritionnel

MOSAIC® ne remplace pas un suivi médical ou nutritionnel. L'approche est complémentaire : pendant que le diététicien ou le médecin travaille sur l'alimentation et la santé physique, MOSAIC® agit sur la racine émotionnelle qui entretient le comportement. Les deux approches se renforcent mutuellement.

### Modalités

- En présentiel : cabinet à Montivilliers (Le Havre)
- En visio : pour les personnes éloignées ou qui préfèrent la consultation à distance
- Première consultation : un temps d'écoute pour comprendre ce qui se joue pour vous — sans engagement, à votre rythme, sans avoir à tout raconter d'un seul coup

*Vous mangez pour ne plus ressentir... mais la douleur revient toujours.*

*Vous vous privez pour garder le contrôle... mais c'est le TCA qui contrôle.*

*Vous vous cachez... mais une partie de vous demande à être vue.*

# À propos de l'auteur

## Florent Santamaria

Psychopraticien spécialisé en psychotraumatisme. Formé à la méthode MOSAIC® (Dr Stéphanie Khalfa), à la photothérapie et en psychopathologie (EFPP, 2 ans). Supervisé. Ancien enfant placé ASE, 4 ans de thérapie personnelle.

Cabinet à Montivilliers (Le Havre). Consultations en présentiel et en visio.

50+ personnes ont pris le temps de partager leur expérience après leur accompagnement — toutes avec la note maximale. Ces retours témoignent d'un travail perçu comme profond, respectueux et efficace.

50+ avis Google — 5,0 / 5

*« Florent a une approche humaine et bienveillante. Après quelques séances, j'ai enfin retrouvé un rapport apaisé avec la nourriture et avec mon corps. Je ne pensais pas que c'était possible. »*

— Avis Google vérifié

*Votre rapport à la nourriture ne vous définit pas. Il raconte simplement ce que votre cerveau a appris à faire pour se protéger — et cela peut changer.*

Si vous souhaitez faire ce premier pas, je vous accueille en cabinet à Montivilliers (Le Havre) ou en visio.

Prendre rendez-vous : [www.florent-santamaria.fr](http://www.florent-santamaria.fr)

Tapez sur Google : Florent Santamaria psychopraticien Montivilliers

## Mentions importantes

Ce guide est une ressource d'information générale sur les troubles du comportement alimentaire. Il ne remplace pas un avis médical, psychiatrique ou psychologique individualisé, ni un diagnostic clinique.

En cas d'urgence, d'idées suicidaires ou de risque de passage à l'acte, contactez immédiatement les services d'urgence (15). Prévention du suicide : 3114 (24h/24). Anorexie Boulimie Info Écoute : 0 810 037 037.

# Références

1. DSM-5 / American Psychiatric Association — Critères diagnostiques des Troubles du Comportement Alimentaire (Anorexie mentale, Boulimie, Hyperphagie boulimique, ARFID).
2. Formation MOSAIC® Addiction (Dr S. Khalfa, 2025) — Prévalence des TCA : boulimie 1,5 à 5 %, anorexie 1,5 % (femmes) et 0,2 % (hommes).
3. Södersten P. et al. (2016) — Dopaminergic activation in anorexia. Neurones dopaminergiques activés dans l'anorexie, mécanismes communs avec l'addiction. Cité dans Formation MOSAIC® Addiction.
4. Kaye W.H. et al. (2009) — Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: new insights from imaging studies. *Physiology & Behavior*.
5. Gaudio S. et al. (2014) — Body image distortion in anorexia nervosa: evidence from neuroimaging studies. *Cortex visuel, insula, cortex cingulaire antérieur*.
6. Formation MOSAIC® Traumatismes complexes (Dr S. Khalfa) — Trauma complexe : traumas répétés, maintenus (enfance, violences domestiques). Karatzias & Levendosky, 2019.
7. Wittezaele J.-J. & Nardone G. (2016) — Stratégies dysfonctionnelles : évitement, contrôle, confirmation de croyance. Cité dans Formation MOSAIC®.
8. Khalfa S. & Poupard G. (2021) — MOSAIC: A New Pain-Free Psychotherapy for Psychological Trauma. Flatot-Blin et al. (2023) — Clinical Efficiency and Acceptability of EMDR and MOSAIC Therapy for PTSD. *Healthcare/MDPI*.
9. Ward L.M. et al. (2010) — Stochastic resonance modulates neural synchronization within and between cortical sources. *PLoS ONE*. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20657769](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20657769)
10. Psycom — Troubles du comportement alimentaire (TCA) : approches thérapeutiques recommandées. HAS — Boulimie et hyperphagie boulimique : repérage et éléments généraux de prise en charge. [www.psycom.org](http://www.psycom.org)