

## **SOI, IMAGE DE SOI ET INJURE AU SOI DANS LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE Symposium 2013**

L'association AUTREMENT a réuni autour de la table une dizaine de spécialistes des troubles du comportement alimentaire pendant une journée, le jeudi 24 octobre 2013.

**Le Pr Daniel RIGAUD** de Dijon a évoqué tout ce qui rapproche l'anorexie mentale (AM) de l'obésité. Ces deux affections, si différentes dans le poids que pèsent les malades, se ressemblent par bien des points :

Elles partagent une origine métabolique commune : un dysfonctionnement de la régulation de la balance énergétique, excédentaire dans le cas de l'obésité, déficitaire en cas d'AM.

Elles partagent un dysfonctionnement métabolique qui entretient le trouble, la maigreur dans l'AM et le surpoids dans l'obésité. Ce dysfonctionnement ne concerne pas que les apports alimentaires, mais aussi les dépenses énergétiques liées à l'activité physique, accrue dans l'AM et réduite au fil du temps dans l'obésité. Tout concourt à renforcer le résultat pondéral obtenu.

Elles conduisent toutes deux à des complications médicales (ostéoporose, hypotension, dénutrition dans l'AM, arthrose, hypertension et hyperglycémie ou hypertriglycéridémie dans l'obésité), mais aussi comportementales et psychiques. De façon assez étrange, l'AM s'associe à une anxiété qui augmente les pertes énergétiques et favorise donc l'amaigrissement, tandis que l'obésité se complique volontiers d'un état dépressif qui réduit la dépense énergétique.

Elles sont liées en partie à un dysfonctionnement hormonal qui, lui aussi, entretient le trouble.

Elles conduisent toutes les deux à des pensées et réflexions négatives de la part de l'entourage et de certains médecins, ce qui favorise la dévalorisation des malades et accroît leur manque de confiance en eux.

Enfin, elles nous amènent toutes les deux à repenser notre rôle de thérapeute : travail plus comportemental que seulement diététique, coaching, revalorisation, stratégies de prise en charge de l'échec...

**Le Pr Michel PUGEAT**, Endocrinologue, a traité longuement de la sécrétion des hormones mâles dans l'AM. Il a rappelé qu'elles étaient sécrétées à la fois par la surrénale et par le tissu ovarien. Ces hormones ont un précurseur, la DHEA (dihydroépiandrostènedione), qui agit sur l'humeur et sur le métabolisme osseux.

Dans les TCA, la sécrétion de la DHEA et de la testostérone sont diminuées. Ceci est lié en grande partie à la diminution de l'activité de la sécrétion de la GnRH par l'hypothalamus. Cette hyposécrétion induit un défaut sécrétoire de FSH et LH, les deux hormones hypophysaires qui régulent la fonction ovarienne, et la sécrétion de DHEA par la surrénale.

Quelques très rares études suggèrent que le déficit de sécrétion des hormones mâles dans l'AM participe à l'état dépressif larvé que l'on peut observer chez certaines patientes.

Il a par ailleurs été montré que la baisse de la testostérone était sans doute en partie responsable de la perte minérale osseuse, dont on sait qu'elle est liée aussi au déficit ostrogénique (qui induit un excès de perte osseuse) et à la dénutrition (insuffisance de synthèse osseuse).

**Le Pr RIGAUD** a traité également du mérycisme, ce besoin de « rappeler en bouche » des aliments qu'on vient d'avaler. Il a insisté sur le fait que ce n'était ni un vomissement de petite taille, ni un reflux gastro-œsophagien. Il a rappelé que peut-être 5 % des malades qui souffraient de TCA (anorexie restrictive, anorexie-boulimie, boulimie) avaient un mérycisme. C'est un comportement volontaire (on décide de le faire), mais sans qu'on puisse s'en empêcher (comme fumer une cigarette, quand on est gros fumeur).

Il a indiqué qu'un certain plaisir était attaché à ce trouble du comportement. C'est un besoin, auquel s'attache très souvent une forme de comportement addictif : on est conscient qu'on le fait, mais on ne peut pas s'en empêcher !

Le mérycisme est attaché à l'anxiété, à la rumination de pensées négatives, en particulier manque d'estime de soi, colère et sentiment d'impuissance.

On ignore la fréquence du mérycisme dans la population, on en ignore les complications éventuelles, en dehors du reflux gastro-œsophagien, dont on sait qu'il en est une des conséquences et on n'a évalué aucun traitement dans cette indication.

Les médicaments antiémétiques sont sans objet, la thérapie cognitive et comportementale n'a pas été évaluée, ni plus que la chirurgie. L'indication à une chirurgie anti-reflux œsophagien s'impose en cas d'œsophagite peptique ulcérée, mais n'a pas été validée dans l'indication de mérycisme. Quelques cas d'arrêt total du mérycisme après chirurgie anti-reflux ont été rapportés

**M. Guenolé HUON de PENANSTER**, psychologue, a abordé les pensées dysfonctionnelles qui émaillent le parcours du malade qui souffre d'AM, de boulimie ou de compulsions alimentaires. Il a souligné l'importance qu'il y avait à prendre en compte ces pensées pour mieux aider le malade à se battre contre son trouble.

Ces pensées dysfonctionnelles sont de deux ordres, alimentaires et non alimentaires :

Les « faux savoirs » alimentaires : les malades sont convaincues d'un certain nombre de choses qui rendent complexes et délétères leurs rapports avec les repas : « manger fait grossir », « le gras (les lipides) fait grossir », « le soir, on ne dépense rien, il ne faut donc pas manger », « manger du pain avec des féculents est un non sens », « la viande est mauvaise pour la santé ». Ils tirent ces assertions à la fois des médias (et d'internet), mais aussi d'une peur irraisonnée de prendre du poids. Ces pensées fausses reposent en fait sur l'idée forte des malades qu'ils sont déjà trop lourds, qu'ils sont énormes, trop gras, que leurs cuisses, leurs fesses... sont difformes !

Les pensées dysfonctionnelles non alimentaires sont tout aussi nombreuses que celles qui concernent l'alimentation : pensée de ne jamais pouvoir y arriver (manque de confiance), difficulté à dire ce qu'on ressent, ce qu'on pense (manque d'affirmation de soi), pensée qu'on est nul (manque d'estime de soi), sentiment qu'on n'a pas sa place (sentiment de honte).

Il faut lutter au côté du malade souffrant de TCA pour lui indiquer et lui montrer qu'il se trompe tout en respectant celui qu'il est.

**Le Dr Alain PERROUD**, Psychiatre, a abordé le rôle de la vidéothérapie dans les TCA, notamment l'AM. Il existe chez ces malades un trouble de l'image corporelle. Les malades peinent à se voir maigre et même, parfois se voient gros. En fait, ils se savent maigres et se voient gros.

On sait qu'il est difficile de les faire modifier leur jugement sur eux-mêmes et que l'assertion « mais, vous n'êtes pas gros » n'a aucun poids pour eux.

Diverses études suggèrent que ce n'est pas la perception de l'état de leur corps qui est altérée. Quand on leur montre des photos ou des silhouettes de femmes de poids et de silhouettes différentes, de la maigreur à l'obésité, les patientes sont tout à fait capables de bien classer les différentes morphologies. De même, si on leur demande de cocher le poids qu'elles pensent qu'une femme vue en photos pèse, les malades AM ne se trompent pas plus qu'une femme sans TCA.

Il semble plutôt s'agir d'une conviction intime, d'une certitude qui repose sur le fait qu'elles se disent qu'elles ne pèsent rien et que le monde, la vie, est trop lourde pour elles (*les gens pèsent trop sur moi*). Pour autant, concrètement, le projet thérapeutique est rendu plus difficile et plus aléatoire par la peur de grossir qui s'appuie sur cette pensée d'être grosse.

L'idée du Dr Perroud est qu'on peut infléchir la pensée dysfonctionnelle en filmant les malades AM. Après avoir acquis leur accord, une 1<sup>ère</sup> séance est faite, dans une tenue vestimentaire et dans un environnement qui permet aux malades et aux thérapeutes d'appréhender vraiment la silhouette de la patiente. Une infirmière, une aide-soignante, une psychologue (du même sexe que le patient pour éviter la gêne) les filment en train de marcher, de tourner, de prendre un objet, de passer une porte... de telle manière à ce qu'elles puissent se voir en temps réel. Une 2<sup>ème</sup> séance est faite quelques semaines plus tard, alors qu'elles ont pris 6 à 8 kilos et, qu'alors, leur peur a été réactivée par le fait de grossir « si vite ». Elles peuvent ainsi se rendre compte en temps réel, directement (sur le téléviseur), qu'elles sont loin d'être devenues énormes et que le poids pris ne les rend pas difformes !

A l'heure actuelle, nous ne disposons d'aucune étude scientifique permettant de valider la technique de vidéothérapie en prouvant son intérêt sur la pensée dysfonctionnelle des malades. Pour autant, il semble que, selon le Dr Perroud, les résultats soient prometteurs.

La limite réside clairement en deux points : le refus de certaines malades de participer à l'expérience, tant la peur de se voir est forte ; des antécédents de traumatisme sexuel, qui pourrait être une contre-indication, au moins relative, à ce type de traitement.

**Mme Tao JIANG**, neurobiologiste, a abordé comment se construit l'image de soi. Elle a défini l'image de soi comme « une pesée dans le champ de la conscience et de la connaissance du corps ». La perturbation de l'image corporelle est l'un des symptômes clés de l'anorexie mentale (DSM-IV). Son apparition précoce dans la maladie et la corrélation de sa persistance avec la difficulté de récupération montrent bien que cette perturbation de l'image corporelle favorise le développement et le maintien de la maladie. En fait, l'image corporelle est un concept multidimensionnel qui inclut des composantes culturelles, sociétales, psychologiques et physiologiques. Le cortex somesthésique primaire, situé juste après le sillon central du cortex cérébral, forme ce que l'on appelle l'homuncule sensoriel. C'est ici que sont

intégrées les expériences tactiles, de température et de posture des différentes parties de notre corps. Les informations issues de ce cortex somesthésique primaire seront combinées avec les informations visuelles dans le cortex somesthésique secondaire pour une interprétation plus holistique, significative et cohérente du corps. Toutes les informations concernant les conditions physiologiques sont convergées vers l'insula et intégrées en donnant non seulement une carte du milieu interne de notre corps mais aussi conscience de notre état corporel accompagnée d'une coloration émotionnelle. D'autres régions cérébrales comme l'aire corporelle extrastriée et l'aire corporelle fusiforme, jouent un rôle important dans la reconnaissance visuelle du corps. On comprend encore très peu comment les différentes parties du corps, les différents aspects (taille, forme) de la même partie du corps et les différentes régions cérébrales sont intégrés pour former une perception globale et unitaire de notre corps. Dans l'anorexie mentale (AM), l'imagerie cérébrale suggère que cette perturbation relative à l'estimation de la taille du corps est éventuellement due à une connexion moins efficace entre aire corporelle extrastriée et l'aire corporelle fusiforme gauches chez les AM. On a trouvé également une augmentation de l'activité dans le fusiforme droit chez les AM, mais aussi dans l'amygdale droit

**Madame Angélique GIMENEZ**, psychothérapeute, a fait une conférence sur l'image de soi, le recadrage sensoriel et la réappropriation. Elle montre qu'accompagner un patient souffrant de TCA à s'approprier une juste image de soi va signifier :

- Développer sa capacité à se sentir et ressentir mieux ses besoins (faim, soif...), c'est à dire développer son intéroception.
- Trouver des repères personnels, en vision « large », de son corps et en abandonnant la comparaison systématique à l'autre.
- Rejeter dans le passé les images de soi négatives, pour laisser place à une visualisation plus actuelle, enrichie de ressources.
- Travailler sur les croyances, fausses, que le malade croit avoir sur lui (elle), à la fois sur le plan physique et psychique.
- Développer un lien de grande confiance avec son thérapeute pour que celui-ci parraine cette réappropriation de soi par le malade (une bonne image).
- Travailler sur la relation inter-personnelle et renvoyer au malade un message positif précis, pour aider le malade à prendre conscience de lui et de ses valeurs.
- Indiquer au malade que sa maigreur corporelle ne le représente pas, ne reflète pas sa générosité, sa force de vie, sa légèreté et autres qualités...

Le travail du thérapeute sera donc un travail de précision, d'ajustement intérieur/extérieur, de fines observations pour savoir quand faire sentir ou pas, et de parrainage pour faire émerger une pleine conscience de soi et une image ajustée. Le but est que le malade se sente suffisamment en lien avec lui-même pour accepter de vivre avec cette identité-là, « soi ».

Le soir, **M. Jean-Michel HUET**, psychothérapeute, a souligné à quel point les malades souffrant de TCA ressentait une honte de soi (rejet de ce que l'on est, comme mauvais, nul). Cette honte massivement ressentie constitue le premier obstacle aux soins. Les patients atteints de TCA en savent beaucoup plus que

nous sur leur propre maladie et ce qui les y a amenés. C'est ici qu'intervient leur honte. Le fait de ne pas être compris, en réalité pas véritablement écouté, en raison de modes de pensée différents de la part de l'interlocuteur, entretient et augmente parfois un sentiment de différence et donc de honte, déjà amplement présent. Ils confondent le plus souvent le fait de ne pas être compris par l'autre avec un échec de leur part à communiquer. Entendre la honte permet surtout de commencer à soulager de celle-ci et d'entamer un travail thérapeutique au plus près de la souffrance du patient. Le fait que la conception subjective et singulière que la malade a de sa honte, aussi inappropriée soit-elle, ne doit pas nous détourner de la souffrance qu'elle suscite.

Passer de la honte à la responsabilité, plutôt qu'à la culpabilité comme trop souvent entendu, signe le début du processus thérapeutique menant à la guérison.

**Le Pr Daniel RIGAUD** a poursuivi en notant que la douleur, tant physique que morale, faisait partie du quotidien de bien des patients souffrant de TCA. A côté des douleurs physiques, ostéo-articulaires, musculaires, digestives, thoraciques, céphalées, il y a, non moins forte, la douleur morale. Celle-ci peut être vive, même si elle est souvent masquée par des malades anxieux et honteux d'être si nuls. Cette douleur est souvent tûe, par honte et par sentiment que les thérapeutes n'y peuvent rien. Fait important, il y a des filtres, à la longue, entre les raisons et causes de notre douleur et la souffrance ressentie. Ceci permet de s'habituer, voire même de rechercher la douleur : telle malade anorexique courant dans le froid en hiver, alors qu'elle n'a pas mangé, ne ressent plus en fait la même douleur que nous... Pour le thérapeute, il est essentiel d'entendre cette douleur, de lui trouver des mots, afin d'aider le malade à en sortir.

Enfin, **Madame Angélique GIMENEZ**, psychothérapeute, a repris la parole pour expliquer en quoi les TCA génèrent un manque d'affirmation et d'estime de soi. Elle a montré la fréquence de ces sentiments chez les malades souffrant de TCA (au moins quatre malades sur cinq) et à quel point ceci nuisait au travail thérapeutique. Elle a souligné qu'il fallait donc l'intégrer dans le soin pour mieux aider les malades à trouver d'autres solutions que le TCA dans la vie. La première démarche est d'accueillir la personne avec un regard bienveillant et une réelle empathie. C'est accepter d'être aidé à sortir de l'isolement de la maladie et, un peu comme l'enfant a fait au départ pour développer sa confiance en lui, accepter de refaire des expériences avec un soutien qui encourage, félicite, accompagne à mettre les bons moyens en place pour réussir, et donne les limites pour rester dans des objectifs réalistes. Retrouver l'estime de soi va passer par la mise en place de petits objectifs, bien ciblés, bien ajustés pour favoriser le succès et commencer à entrer à nouveau dans un cercle plus « vertueux ».