



Prise en charge de la restriction cognitive et de l'hyperphagie boulimique en ville

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) regroupent différentes pathologies de l'alimentation. Parmi elles, la restriction cognitive et l'hyperphagie boulimique sont rencontrées très régulièrement en consultation libérale. L'accompagnement du patient nécessite de la part du diététicien libéral de la bienveillance et de la patience car le travail doit respecter son rythme. L'objectif est que ce dernier renoue avec une alimentation intuitive.

Mots clés - diététicien libéral ; hyperphagie boulimique ; restriction cognitive ; trouble du comportement alimentaire

Treatment of cognitive restraint and bulimic hyperphagia in the community. Eating disorders comprise a range of different pathologies. Cases of cognitive restraint and bulimic hyperphagia are frequently seen in private practice consultations. The private practice dietician must demonstrate compassion and patience as the work must respect the patient's rhythm. The aim is that the patient re-establishes a pattern of intuitive eating.

Keywords - bulimic hyperphagia ; cognitive restraint ; eating disorder; freelance dietician

Rapidement évoqués lors de la

formation initiale des diététiciens, les troubles du comportement alimentaire (TCA) n'ont toujours pas trouvé leur juste place au sein du programme d'enseignement. Pourtant, en tant que technicien de l'alimentation, le diététicien aborde en consultation individuelle la question alimentaire dans le but de

permettre un bon état de santé et/ou de le retrouver et/ou de le maintenir. La spécificité de la profession est une connaissance aiguisée de la nutrition adaptée à la physiologie humaine.

Comme tous les TCA, la restriction cognitive et l'hyperphagie boulimique relèvent principalement d'un rapport troublé à l'alimentation et aux sensations alimentaires. Le diététicien est, de ce fait, le professionnel le plus aguerri pour rétablir un rapport serein à l'alimentation et au corps.

Pour qu'un aliment soit bon à manger, il faut qu'il soit bon à penser

La restriction cognitive est probablement le plus commun des TCA. Décrite par Peter Herman et Janet Polivy en 1970, elle se définit par « une intention de contrôler son alimentation dans le but de contrôler son poids ». Légère, modérée, sévère ou décompensée, la restriction cognitive modifie donc à terme le rapport aux aliments et peut induire des troubles du comportement alimentaire.

Dans un premier temps, le patient est dans une phase dite "de contrôle". Il mange selon les règles dictées par le régime choisi. Les croyances alimentaires s'installent et les cognitions se mettent en place dans le but d'atteindre l'objectif fixé. Les sensations alimentaires telles que la faim, le rassasiement et les appétits spécifiques sont mises entre parenthèses. Certaines stratégies visent à faciliter l'atteinte du résultat espéré, la plus courante étant d'éviter, voire de supprimer certains aliments. Un système de compensation volontaire des écarts et des excès s'opère en parallèle.

Ces stratégies permettent de garder le contrôle et génèrent une série d'émotions : le couple frustration/culpabilité vis-à-vis des aliments et des situations sociales, la peur de manquer et d'avoir faim, les troubles du réconfort.

Le système "tient", les émotions induites font leur apparition, et vient le moment où le patient passe dans une phase de perte de contrôle. Celle-ci est déclenchée par une exposition à un aliment interdit, une émotion difficile à gérer, une sensation de fatigue ou survient dans une période de vulnérabilité psychologique. Le patient entre alors dans un système de compulsions alimentaires inversement proportionnel au contrôle effectué précédemment : « Perdu pour perdu, autant en profiter... ».

Les patients consultent souvent durant la période de perte de contrôle ou à la fin de celle-ci, lorsqu'ils décident de reprendre leur régime. Leur première demande est de perdre du poids et d'avoir une alimentation

équilibrée. L'entretien motivationnel et l'écoute active permettent d'instaurer un climat de confiance. Par ailleurs, les bases de l'alliance thérapeutique se posent.

L'accompagnement consiste à poursuivre deux axes : retrouver un comportement alimentaire régulé et travailler autour des croyances alimentaires et des émotions pouvant interférer dans les prises alimentaires.

Dans ce cadre, l'histoire du patient est fondamentale, puisqu'elle permet :

- d'établir l'ancienneté de la restriction cognitive, notamment par rapport à l'âge du patient au moment du premier régime ;
- de connaître les différents régimes pratiqués ;
- de mettre en lumière des antécédents familiaux éventuels de restriction cognitive ;
- d'estimer le degré d'intensité de la restriction cognitive actuelle ;
- de définir les croyances alimentaires ;
- de mesurer la présence de sensations alimentaires actuelle ou passée ;
- d'apprécier le degré d'adhésion du patient au traitement diététique de la restriction cognitive.

L'accompagnement se réalise au rythme du patient. Quitter un système cognitif demande beaucoup de courage pour s'exposer à des "situations à risque" et sortir de sa zone de confort. Le diététicien doit absolument créer un climat de confiance et une alliance thérapeutique solides. L'objectif est de conduire le patient vers une autonomie alimentaire, en reprenant confiance dans ses sensations alimentaires.

L'approche bio-psycho-sensorielle est un outil efficace dans la prise en charge de la restriction cognitive.

Manger est une compétence du corps, pas du mental

L'hyperphagie boulimique est définie et revisitée dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]) de 2014 par « une absorption caractéristique d'une quantité

disproportionnée de nourriture de façon compulsive » [1]. Elle est aussi appelée Binge Eating Disorder (tableau 1).

Étant donné l'absence de comportement compensatoire, l'hyperphagie boulimique concerne principalement des sujets en surpoids ou obèses et se différencie ainsi de la boulimie.

La restriction cognitive figure parmi les facteurs déclenchant et renforçant. Elle doit donc être proscrite durant toute la prise en charge. Si elle n'a pas fonctionné jusqu'à présent, il n'y a aucune raison pour que cela commence maintenant.

L'histoire de vie et alimentaire des patients indique une carrière amaigrissante conséquente en échecs puisqu'ils en sont toujours au même point. Ils cherchent encore et toujours à perdre du poids par un régime, au risque d'en reprendre. L'effet yo-yo est facilement mesurable au cours de l'historique.

Le traitement et l'accompagnement diététique de l'hyperphagie boulimique sont celui de la restriction cognitive à grand renfort de bienveillance. Une des premières voies de travail se réalise autour des épisodes boulimiques. D'une rare violence, ils sont source de honte et de souffrance pour le patient. Seul un climat de grande confiance lui permet de les aborder. Le diététicien doit accueillir ces récits avec bienveillance, en comprendre les tenants et aboutissants et se garder de tout jugement.

Il accompagne le patient pour l'aider à abandonner la lutte et lui permettre d'observer ce qu'il redoute tant. En effet, la lutte contre une impulsion violente est un réflexe humain qui est, dans ce cas, contre-productif. Plus le combat est important, plus la crise le sera en retour. Il est nécessaire que le patient apprenne à "accueillir la crise" afin de comprendre son ou ses mécanismes car celle-ci a du sens. Les crises, ou épisodes boulimiques, surviennent après l'ingestion d'un aliment dit "interdit" ou lors de moments émotionnellement difficiles à contenir. Le phénomène du "perdu pour perdu" est, là encore, retrouvé.

Établir la liste des croyances alimentaires avec le patient permet de mesurer l'étendue de la restriction alimentaire. Elles pourront ensuite être discutées avec lui afin d'en

comprendre l'origine (nombreux régimes dès l'enfance par exemple) et de l'amener en toute bienveillance à prendre du recul. Les crises interviennent en tant que régulateur émotionnel. Dans le meilleur cas, l'émotion de départ est apaisée. Dans le pire scénario, elle est accentuée et amplifiée par la honte et le dégoût de soi.

Lister, nommer et identifier les émotions est un travail important qui peut s'accompagner de la recherche des "bons aliments" en fonction des émotions ressenties. Les émotions déclenchant des crises sont très fréquemment désagréables. Les patients cherchent à les combattre pour ne pas les ressentir. Or, elles sont vectrices d'un message utile, ce sont des messagères, certes maladroites et inconfortables. De la même manière que pour les épisodes boulimiques, il est possible de les traverser.

En travaillant sur ces deux axes, les épisodes boulimiques diminuent à la fois dans la fréquence et dans leur intensité. Les patients se rassurent au fur et à mesure pour laisser ensuite la place à l'approche biopsychosensorielle et à la régulation de leurs apports alimentaires.

Il est bien entendu tout à fait possible d'orienter le patient vers un travail psychothérapeutique complémentaire.

Conclusion

L'accompagnement de patients souffrant de TCA dans l'exercice libéral du diététicien requiert un véritable complément de formation et une solide formation continue.

Il demande de grandes capacités d'écoute, d'empathie, de bienveillance et de patience. Le travail se fait au rythme du patient et non celui du praticien. Sortir des règles diététiques se révèle souvent nécessaire pour retrouver une alimentation intuitive et spontanée.

Il est vivement conseillé de réaliser ce type de prise en charge en équipe pluridisciplinaire : diététiciens et autres professions médicales et paramédicales. Pour finir, l'analyse des pratiques et la supervision sont indispensables car elles veillent à l'encadrement de l'accompagnement thérapeutique, ainsi qu'à l'actualisation des connaissances et des compétences.

Tableau 1. **Critères de diagnostic de l'hyperphagie boulimique [1].**

Épisodes récurrents de crise de boulimie caractérisés par deux éléments	1 - Manger pendant une période de temps déterminée (par exemple, pendant 2 heures consécutives) une quantité de nourriture qui est nettement plus importante que ce que la plupart des gens mangent dans une période de temps similaire dans des circonstances similaires. ET 2 - Un sentiment de perte de contrôle sur son alimentation pendant l'épisode (par exemple, le sentiment que la personne ne peut pas arrêter de manger ou de contrôler ce qu'elle mange ou combien elle mange).
--	---

Épisodes de boulimie associés à au moins trois des éléments suivants	1 - Manger beaucoup plus rapidement que la normale. 2 - Manger jusqu'à se sentir inconfortablement plein. 3 - Manger de grandes quantités de nourriture sans ressentir la faim physiquement. 4 - Manger seul parce qu'on se sent gêné par la quantité de nourriture que l'on absorbe. 5 - Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé.
---	--

Le comportement boulimique est source de grande souffrance.

Le comportement boulimique survient en moyenne une fois par semaine depuis 3 mois.

Le comportement boulimique n'est pas associé à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie mentale et ne survient pas exclusivement au cours de l'anorexie ou la boulimie mentale.

La sévérité du trouble est déterminée par la fréquence des épisodes boulimiques :	<ul style="list-style-type: none">• trouble léger : 1-3 épisodes par semaine ;• trouble modéré : 4-7 épisodes par semaine ;• trouble sévère : 8-13 épisodes par semaine ;• trouble extrêmement sévère : 14 épisodes ou plus par semaine.
--	---

Référence

[1] American Psychiatric Association.
DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
5^e édition. Issy-les-Moulineaux:
Masson; 2015.