



TCA

troubles du
comportement
alimentaire

Conduites alimentaires

Les conduites alimentaires sont déterminées par trois ordres de facteurs

- **neuro-physiologiques:** la régulation de la faim et de la satiété se fait au niveau de l'hypothalamus surtout, mais en connexion avec l'ensemble du cerveau
- **socio-culturelles:** apprentissage des conduites alimentaires, culturel et familial
- **facteurs liés au développement de la personnalité:** le sens conscient et inconscient de l'alimentation va jouer un grand rôle (le lien aliment-mère reste prédominant dans les significations conscientes et inconscientes en relation avec la phase orale du développement qui marque la première année de l'enfant)

Des TCA

- **TCA fréquents et polymorphes**, chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte.
- **un point commun: la perte de repères physiologiques** en ce qui concerne la faim et la satiété.



Types de TCA

- **Hyperphagie prandiale** : augmentation des apports caloriques au moment des repas
- **Hyperphagie extra-prandiale**
 - Grignotage
 - Compulsion alimentaire
 - Binge eating deasorder
 - Night eating deasorder
- **Hypophagie**
 - Anorexie
 - Comportements restrictifs cognitifs



| Hyperphagie prandiale | Grignotages | Binge eating deasorder (DSM 5) | Compulsions ou craving (urgence à manger) | Night eating syndrome |
|---|--|---|---|--|
| Augmentation des apports énergétiques (repas) | Petites quantités de divers aliments, hors des repas | Episodes récurrents d'hyperphagie incontrôlées | Prise alimentaire extra-prandiale par consommation impulsive et brutale | Augmentation de la consommation alimentaire en soirée et/ou la nuit |
| Souvent liée à l'éducation alimentaire | Ingestion +/-automatique, sans faim ni appétit | Prises alimentaires largement supérieures à la normale, souvent de façon plus rapide, sans faim | Besoin impérieux de manger sans faim | |
| Tous aliments possibles | Aliments jugés agréables | Prises alimentaires solitaires par gène de la trop grande quantité ingérée | Aliments souvent appréciés au début | 25% de l'apport énergétique au moins est consommé après le repas du soir |
| Souvent à chaque repas | Réguliers | Episodes au moins 1 fois par semaine pendant au moins 3 mois | Variables selon les personnes | Au moins 2 épisodes d'alimentation nocturne par semaine |
| Associée souvent à l'absence de satiété ou une tachyphagie | Associée souvent à l'ennui | Associé à un sentiment de détresse mais sans comportements compensatoires | Fréquents chez les patients au régime | |
| Pas forcément de notion de perte de contrôle | Pas forcément de notion de perte de contrôle | Perte de contrôle des quantités ou impossibilité de s'arrêter | Pas forcément de notion de perte de contrôle | |
| Ressentis variable selon les personnes, les habitudes de vie, la culture... | Pas forcément de culpabilité | Sensation de trop-plein abdominal Sentiment de détresse, de dégoût de soi, de dépression ou de culpabilité | Le plaisir initial fait place rapidement à la culpabilité | |

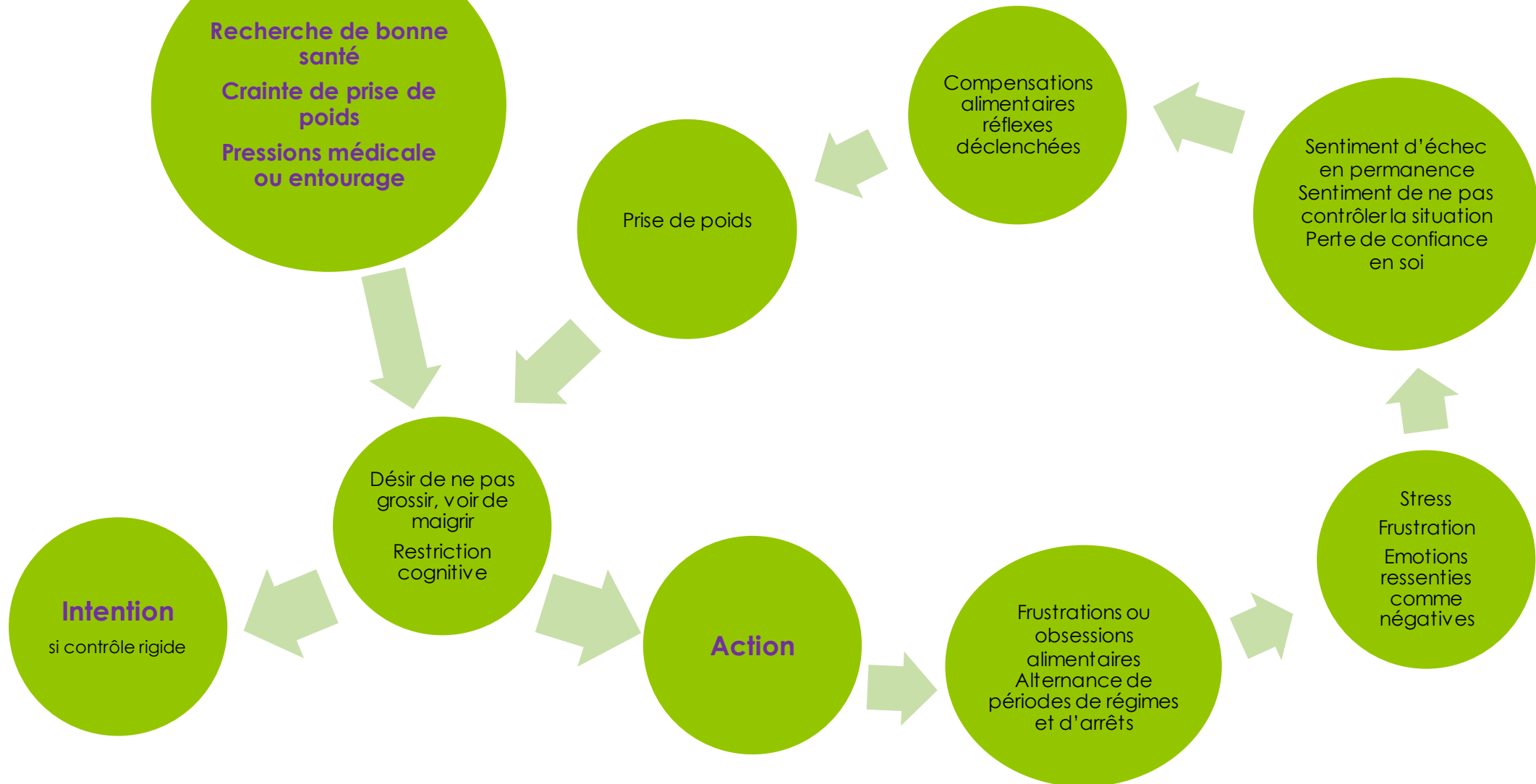
A quoi sert un TCA?

- Le TCA est une **addiction** : Ce n'est pas une question de volonté mais une véritable souffrance. La personne ne peut pas faire autrement (passages à l'acte)
- Pour le patient un TCA permet l'équilibre entre plaisir et déplaisir....Le plaisir apporté est donc **un bénéfice** qu'il ne faut pas oublier, car il est souvent plus puissant que l'objectif santé
- Le principal intérêt est que l'alimentation permet à la personne de **ne pas être submergée par les émotions**, le plus souvent les émotions ressenties comme désagréables.

FONCTION ANXIOLYTIQUE OU ANTI-DEPRESSIVE



Déclencheurs et facteurs de maintien



- Validé par l'ARS
- Une adhésion volontaire
- Une équipe pluri-disciplinaire
- Un diagnostic éducatif
- Des tables rondes
- Des activités thérapeutiques

Un parcours d'ETP en chirurgie bariatrique

Une adhésion volontaire

- Nécessité d'un **parcours long**, d'une préparation d'une durée d'environ 1 an
 - Nécessité d'une bonne conscience des risques et des contraintes post-opératoires
 - Nécessité d'un travail sur soi et sur les origines psychiques du trouble
- **Du côté des patients**
 - Une demande souvent consumériste
 - Une attente de « **baguette magique** » venant résoudre tous les problèmes de couple, existentiels ou encore de chômage
 - Surinvestissement de l'intervention médicale avec risques de déception
- **Troubles psychiques**
 - 60% de patient souffrent de « remplissage »
 - 15% de patientes ont vécu des traumatismes sexuels mais n'ont **pas de syndrome de stress post-traumatique**, l'obésité vient comme une protection et rend le corps non désirable et le fait de maigrir peut faire revenir les angoisses du passé

Equipe pluri-disciplinaire

- **Médecin et chirurgiens:** bilans somatiques divers (apnée du sommeil, gastroscopie, examens diabète...), opération et suivi post-opératoire
- **Psychiatre et psychologues:** expertise en début et en fin de parcours, accord ou non pour l'opération en fonction de la structure psychique (déli, traumatismes, risques de décompensations dépressive ou apparition d'autres addictions) et de l'avancée du travail psychothérapeutique
- **Diététiciennes :** suivi diététique individualisé et groupal, diagnostic éducatif, animation des tables rondes, propositions d'un carnet alimentaire ou d'un rappel des 24h
- **Kiné et ergo :** tables rondes sur l'activité physique, groupe « *ménager ses articulations* », relaxation active et hypno-relaxation, groupe « *vivre ses émotions* » Formation ETP et Formations spécifiques : relaxation, hypnose, thérapies brèves

Des opérations chirurgicales

- Ces interventions passent de la moins lourde à la plus lourde. **L'anneau** peut être enlevé, modulé, la **sleeve** gastrectomie est une ablation d'une partie de l'estomac, le **by-pass** impose encore plus un changement de l'anatomie de l'être humain.
- **Anneau gastrique:** La pose d'un anneau gastrique est une opération réversible de chirurgie de l'obésité (gastroplastie) qui vise à réduire le volume de l'estomac. Elle se pratique généralement par coelioscopie. De moins en moins utilisé,
- **Sleeve:** L'intervention de la Sleeve gastrectomie ou " gastroplastie verticale calibrée avec résection gastrique " consiste à retirer une grande partie de l'estomac, pour former un tube. Les aliments vont d'abord être ralentis pendant leur passage dans le tube, puis être évacués très rapidement dans l'intestin grêle,
- **By-pass:** Le bypass gastrique est une technique chirurgicale qui consiste à court-circuiter une grande partie de l'estomac ET à le réduire en une petite poche gastrique, pour diminuer la quantité d'aliments ingérés et leur assimilation par l'organisme. Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle.

Diagnostic éducatif

Etabli par les médecins et les diététiciennes

| Explorer l'évolution pondérale | Explorer l'objectif de la personne | Explorer le comportement alimentaire |
|---|---|---|
| Anamnèse : histoire de la personne, ses antécédents, ses tentatives de solutions (régimes) | Adressage : la personne est-elle venue d'elle-même? Sur les conseils d'un médecin? D'un proche? D'une personne ayant été opérée? | Codes alimentaires : quels sont les codes, les habitudes, le rapport familial à l'alimentation? |
| | Motivation : Quelle est la motivation consciente de la personne? (Problème de santé, risque vital ou pas, pathologies associées, dégoût de soi, autres...)Est-elle prête à changer son comportement alimentaire? | Régimes : Y a-t-il une restriction cognitive , en lien avec des expériences de régime? La personne peut-elle analyser et critiquer ses expériences de régime? |
| | Attentes : Quelles sont les attentes de la personne? Qu'attend-t-elle de la prise en charge? Se situe t'elle de façon active ou passive? | Déclencheurs : La personne fait-elle le lien entre les prises de poids et les événements de vie? Peut-elle identifier les déclencheurs ou déterminants de ses prises alimentaires? |
| | Capacités d'introspection : La personne porte t'elle une attention à ses sensations et états intérieurs? A-t-elle conscience de ses difficultés alimentaires? | Emotions : la personne fait-elle des liens entre l'alimentation et les émotions? Peut-elle identifier, nommer, différencier ses émotions? |

Les 5 tables rondes

- Informations générales sur le parcours (Equipe médicale)
- Croyances alimentaires (diététiciennes)
- Nourriture émotionnelle (diététiciennes)
- Vivre ses émotions (ergothérapeute)
- Rencontre avec des personnes déjà opérées



Lever la restriction cognitive

- Travail sur les « **fausses** » **croyances** alimentaires
 - Distinction entre déficit calorique et dépenses énergétiques
 - Une calorie est une calorie (yaourt , chocolat ou salade)
 - L'équilibre alimentaire ne fait pas maigrir
 - Calories du soir pas plus néfastes
 - Un « bon » aliment de plus (salade) ne limite pas la facture calorique
- Notion de **nourriture plaisir** en priorité
 - La restriction ne marche pas...car la personne va « craquer » tôt ou tard
 - Pas d'aliment interdits, au contraire commencer par l'aliment dont on a le plus envie (permet de renoncer au moins bon...)
 - Manger l'aliment au moment où la faim est là et en pleine conscience et s'arrêter quand l'aliment devient moins bon
 - Savourer,,,



Retrouver la sensation de faim

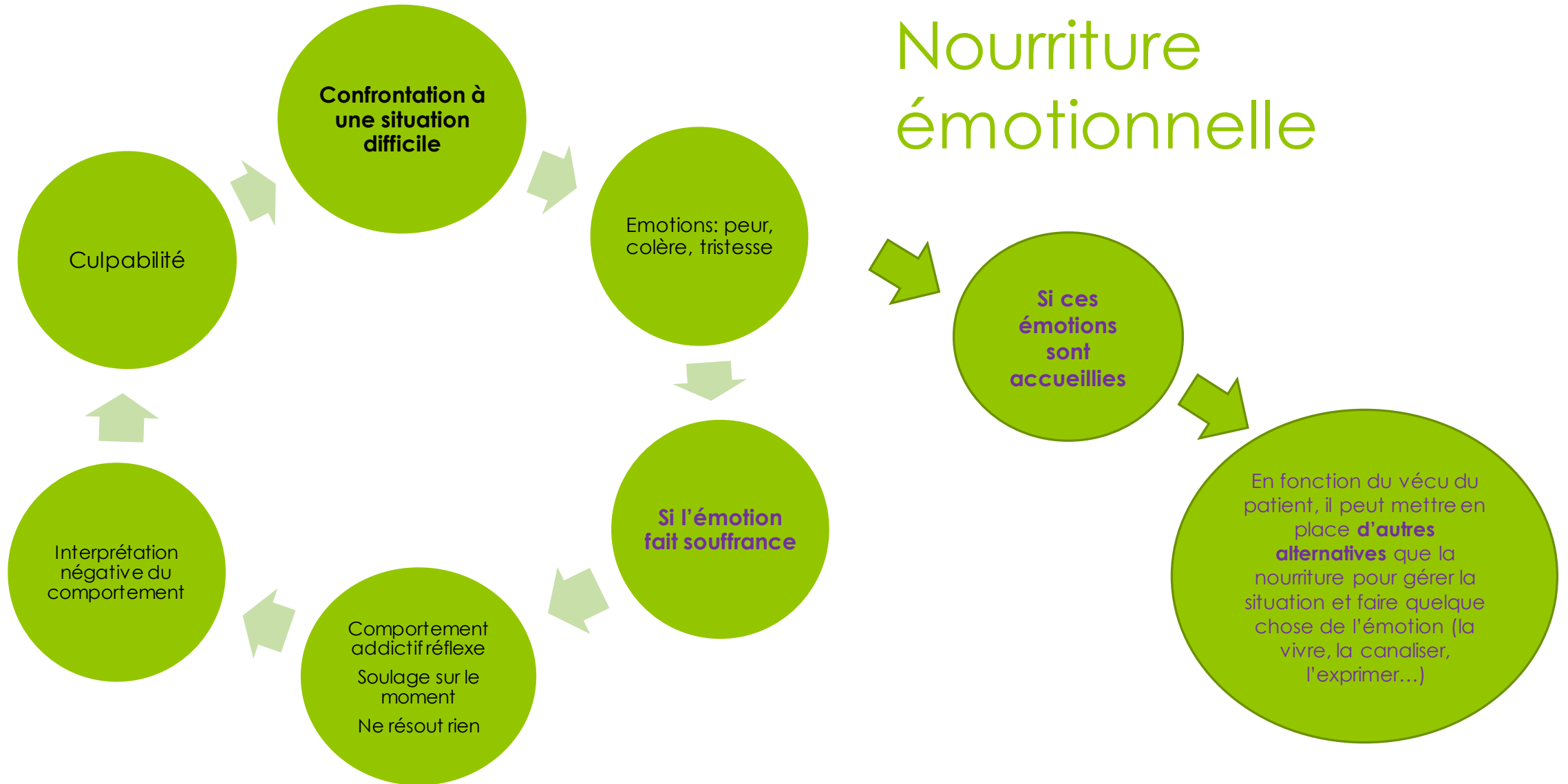
- **Distinguer la faim physiologique** des autres faims: habitudes, gourmandise, faim émotionnelle (se questionner sur « *pourquoi je commence à manger?* »)
- Reconnaître la faim et **en tenir compte**: pour manger quand on a faim, et s'arrêter quand on a plus faim, sans se forcer à finir (se questionner sur « *pourquoi j'arrête de manger?* »)
- Manger en **pleine conscience** (pas de TV, ordinateur...)
 - pour se concentrer sur le sensoriel et privilégier une bonne ambiance
 - Pour retrouver les repères de faim, rassasiement et satiété

La « nourriture émotionnelle »

- Aider le patient à comprendre qu'il n'a pas faim mais **besoin de se sentir mieux**
- Identifier la nourriture émotionnelle et **ce qui la déclenche**: situations, événements, histoire de la personne...
- **Repérer** cette nourriture émotionnelle peut permettre de
 - différer le besoin de manger : accepter les émotions, canaliser par des comportements alternatifs, en faisant un travail psychologique
 - Accepter le besoin de manger pour se déculpabiliser



Nourriture émotionnelle



Identifier les émotions

**Faire le lien avec le
nourriture**

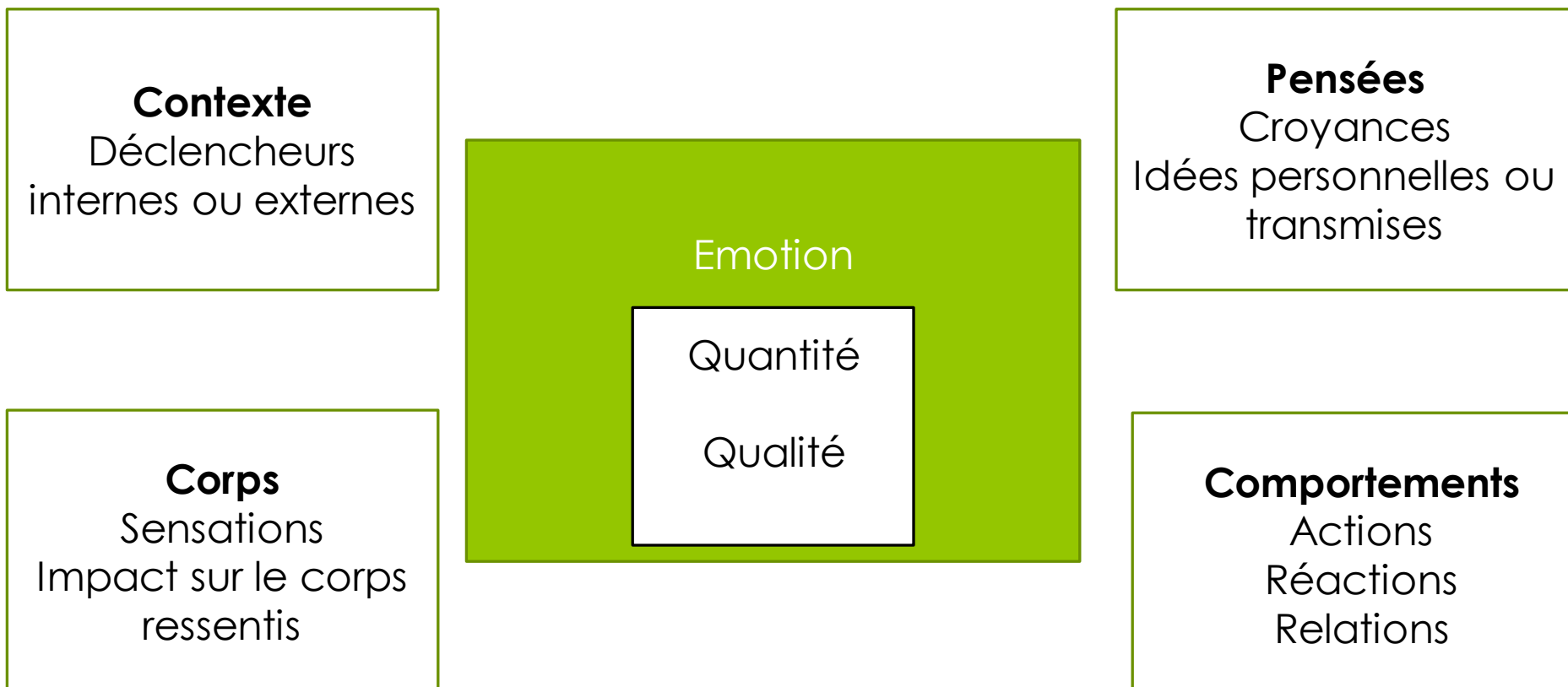
**Trouver « quoi faire »
avec les émotions**

Vivre ses émotions



Vivre ses émotions

Modalités : Séance « *Vivre ses émotions* » de 2 heures d'ETP (avant intervention),
expression verbale, ludique et graphique



Identifier les émotions

- **Mise en mots collective**

- Nom des différentes émotions sur post it
- Si blocage de la parole, il est possible de demander, « quelles sont les émotions? »
 - Avant de manger
 - Pendant le repas
 - Après manger

pas de vrai ou faux!!!

- **« Modèles » des émotions**

- Emotions primaires, secondaires et sentiments



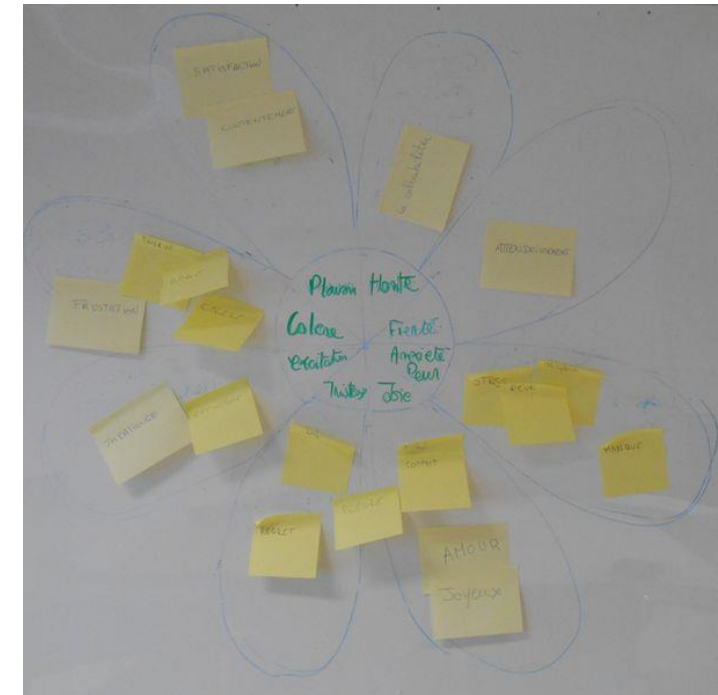
Méta-plan

- Mise en place des post-it sur une structure « toute faite » pour une organisation cognitive

- **4 émotions primaires** : tristesse, joie, peur, colère
- **4 émotions « adaptées »** : excitation, plaisir, honte, fierté

La rosace collective

- Une première base de représentations collectives : un « être comme les autres »
- Une base de « surprises » : pétales vierges ou très remplis, source de premiers constats des patients par eux-mêmes



Du « NOUS » au « JE »

o Entre le « nous » groupal et « je » individuel

- La rosace et les réflexions personnelles seront la base des interactions en groupe
- Faire l'expérience d'être **comme les autres** mais aussi **différencié(e) d'autrui**

o Emotion difficiles

- Invitation à revenir sur les émotions **vécues comme difficiles**: elles sont nommées par les personnes, écrites par l'ergothérapeute, pour les regrouper et mettre en évidence les émotions difficiles partagées par plusieurs personnes
- **Base des échanges verbaux** : Le travail se centre principalement sur les émotions difficiles identifiées par les participants, conduisant ou non à des conduites addictives.

o Partage et échanges de savoirs

- Mettre en évidence les **stratégies personnelles**, originales, efficaces
- Echanges de savoir, pour activer la notion et le vécu de **personnes ressources**
- Redonner des stratégies proposées **par d'autres groupes de patients**
- 80% temps de parole appartient aux patients!

Palette des émotions

- o **Médiation créative** pour expérimenter l'externalisation, la projection puis l'introjection
- o **« Squiggles » collectifs** : dessins réalisés en groupe sans intention représentative (Winnicott)



« Et si c'était un message? »



Second example



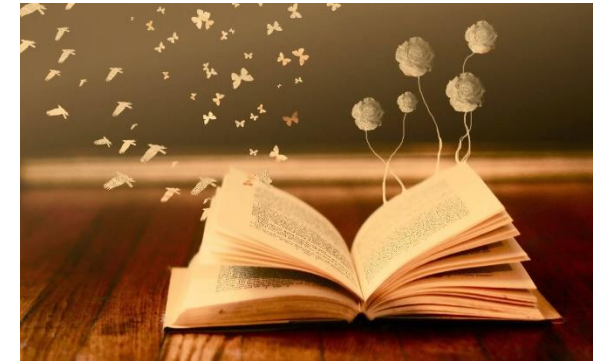
« Photolangage »

- **EMOTIONS:** Un choix de deux cartes-émotions par personne (sauf l'ergo), à placer une à une, au centre de la table et permettant une verbalisation autour de la carte
- **RESSOURCES:** Chacun et chacune (ergo, compris) reçoit 5 à 6 cartes-ressources. En fonction de la carte-émotions posée au centre, les participants posent une de leurs cartes ressources pour pouvoir faire un cercle de ressources. Une discussion sur les diverses ressources proposée peut alors avoir lieu.
- **ECHANGES DE STRATEGIES:** « *comme dans la vie, on a pas toujours les bonnes cartes en main, mais il y a les autres....* »

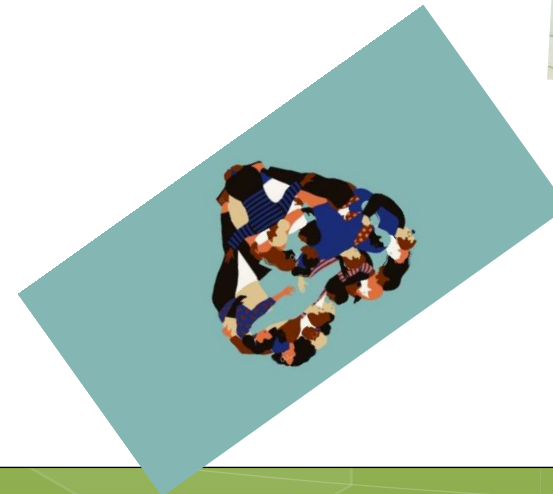
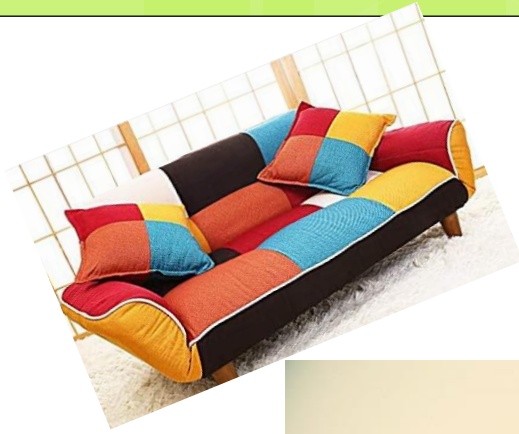
Cartes émotions



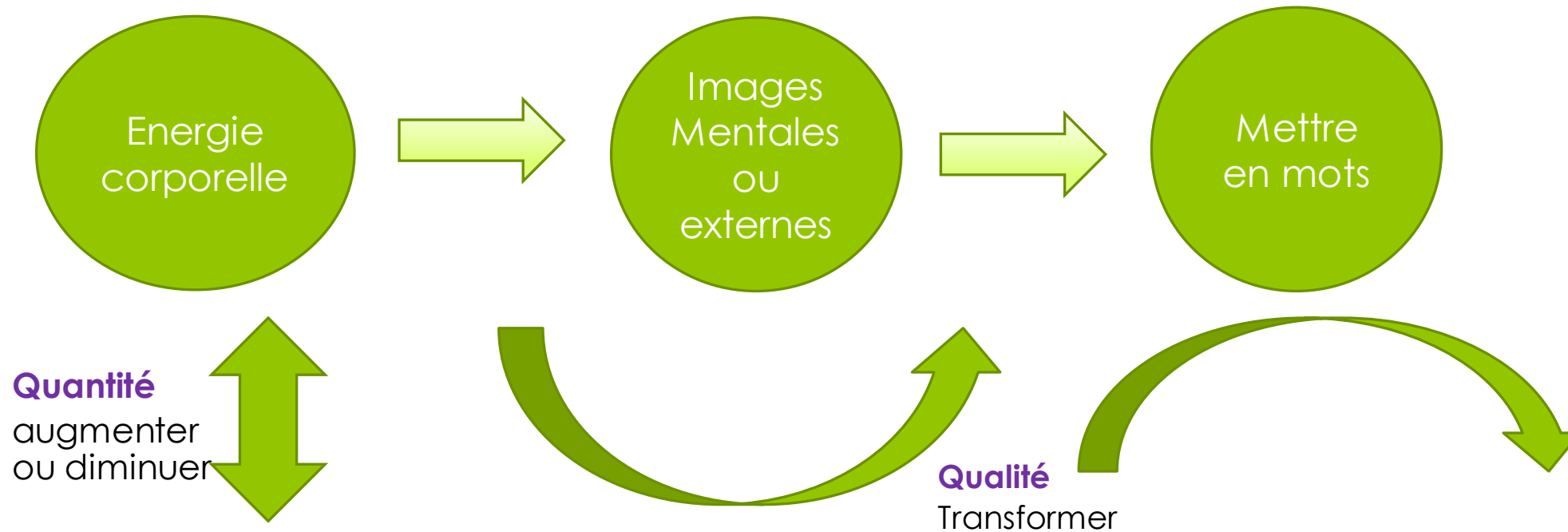
Cartes ressources



Cercle ressources



Proposer une structure pour comprendre



Thérapies corporelles

thérapies créatives

thérapies verbales

Identifier les difficultés

Trouver des solutions

« Ménager ses articulations »



« Ménager ses articulations »

- o **Echanges en groupe** avec une ergothérapeute
- o **Nombre de séances** : 1 séance d'ETP de 2 heures (avant intervention)
- o **Questions travaillées**
 - Quelles sont les articulations douloureuses ?
 - Quelles sont les activités limitées par ces douleurs ?
 - Quelles sont les stratégies de chacun, les solutions proposées ?
- o **Démonstrations** et test des aides techniques (disponibles chez les professionnels ou en grande surface)



En parler

Pratiquer

Activité physique



Activité physique: temps de parole



- **Echanges en groupe** avec un kinésithérapeute
- **Nombre de séances** : 1 séance d'ETP de 2h (avant intervention), avec possibilité de revenir en post-opératoire
- **Questions travaillées**
 - Pourquoi des activités physiques ? Lesquelles ? Comment ?
 - Souligner les notions d'investissement et de durée
 - Connaître les limites et les précautions à prendre

Activités physiques : temps d'action



- **Bilan** avec un kinésithérapeute, sur prescription médicale
- **Nombre de séances** : 6 à 8 séances d'activités physiques avec un kiné ou un EAPA
- **Intentions thérapeutiques**
 - Reconditionnement à l'effort

S'écouter

Conscience de soi

Prendre soin de soi

Relaxation active



Relaxation active et hypno-relaxation



- **Modalités :** Expérimentation en groupe, animée par une ergothérapeute , 1 séance avant l'opération, CD et livret d'exercices proposés

- **Bilan en 3 questions**

- **Etre** « *Pourriez-vous vous présenter ?* »
 - Une identité souvent liée au parcours et à l'opération
- **Faire** « *Comment prenez-vous soin de vous ?* »
 - Quelles activités pour prendre soin de soi?
 - Un « mini » profil occupationnel
- **Changer** « *Qu'est-ce qui a changé pour vous depuis le début de votre parcours ?* »
 - Changer de comportement alimentaire
 - La question de la psychothérapie



« *Se prendre en main* »

- **Méthode**

- Automassages, issus de techniques asiatiques
- Protocole reproductible facilement

- **Intentions**

- Ecoute et présence à soi-même
- Travail sur le sentiment de sécurité et des limites corporelles

- **Les paroles de patients**

- Volume excessif du corps
- Peur des transformations corporelles
- La question des cicatrices



« *Se mettre en mouvement* »



- **Mouvements doux**

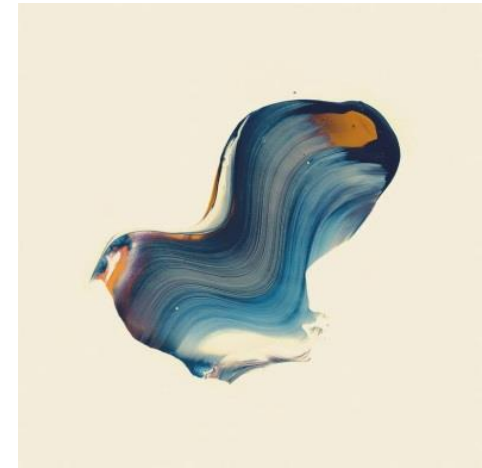
- De chaque articulation (3 à 5 fois)
- Protocole simple (assis, debout ou allongé)
- Invitation à une activité douce et quotidienne

- **Des intentions**

- être souple et fluide
- « mise en route », articulations « bien huilées »

- **Les paroles de patients**

- Sentiment de raideur, douleurs ou de meilleure circulation
- Impression de facilité et de simplicité, de pouvoir le faire seul(e)



« Etre inspiré »

○ Méthode

- Exercices volontaires et musculaires
- Ecoute intuitive ou comptée (cohérence cardiaque)

○ Intentions

- Ecouter, modifier, ralentir par une descente progressive de la respiration
- Découvrir qu'une fonction automatique peut être modifiée
- Apprécier la circulation de l'énergie du souffle

○ Ressentis

- Sentiments de bien être, de plénitude, mais aussi de vide
- Difficulté à ressentir la respiration diaphragmatique



« Voyages intérieurs »



o Méthode

- Ecoute de soi-même en pleine conscience (type relaxation, sophrologie, ou méthode Schultz)

o Intentions

- Conscience de chaleur et lourdeur
- Lâcher prise et expiration

o Les paroles de patients

- Lâcher prise souvent difficile
- Des sensations globales, peu habituelles à ressentir
- Une attente passive et idéalisée



« S'alléger »



● Méthode

- Hypnose thérapeutique (Erickson) entrée sur les capacités de la personne, sur les ressources de l'inconscient
- Vakog, dissociation, suggestions post-hypnotiques

● Intentions

- Faire éprouver un temps d'hypnose thérapeutique
- Evoquer les techniques proposées par les hypno-thérapeutes (conscience de la graisse, futurisation)
- Proposer un exercice d'auto-hypnose (respiration de légéreté)

● Les ressentis des personnes

- Peur de perdre le contrôle
- Etonnement qu'il ne s'agisse « que » d'une intention de l'esprit à modifier quelque chose en soi



Et après?

- « **Lune de miel** » et risque d'arrêter la psychothérapie
- **Suivi post opératoire** nécessaire pour carences vitaminiques
- **Modification de l'image du corps** et de l'image de soi
- **Risques**
 - Frustrations et déceptions
 - Autres addictions
 - Risques suicidaires
 - Reprise de poids

