

Avril 2011

Bonjour à tous,

En avril, les **groupes de parents** vont voir le jour, vous pouvez vous y inscrire dès à présent via mail ou téléphone. (voir rubrique « groupes parents »)

Venez également nombreux nous retrouver sur **Facebook**.

Ce mois-ci, nous abordons le sujet de l'**obésité**. (voir plus loin)

Est également paru dans Le Soir (12-13 mars 2011) la sortie d'un livre et une interview de l'écrivain.

En voici quelques extraits :

« 30 ans, l'âge de ma naissance » Patty Sweet, éd Marcel Broquet

« Elle se fait appeler Patty Sweet et a 33 ans. Entre 17 et 21 ans, elle a traversé le calvaire de l'anorexie. Le déclencheur : une tentative de viol. Aujourd'hui, elle s'estime quasi guérie et revient sur son parcours avec son livre. »

La question suivante soulève le problème de la guérison, à quel moment peut-on s'estimer guéri, où met-on, où les médecins mettent-ils la barre, garde-t-on des séquelles ?

« Vous estimez vous guérie ?

A 80% je dirais. Je ne sais pas si on peut en guérir complètement un jour. Je ne pense pas. J'aurai toujours des fragilités. Je mange normalement mais je suis végétarienne, comme la plupart des ex-anorexiques. On garde des séquelles, physiques, principalement. J'ai beaucoup de problèmes de digestion. Parce que j'ai maltraité mon corps pendant quatre ans. J'ai 33 ans et j'ai l'impression d'avoir un corps de quelqu'un de 50 tellement je suis fatiguée et usée. Je dois me préserver, un peu. »

Ce que ses proches en disent... Nous dit long sur ce sentiment d'être dépassé, incapable d'aider la personne qui souffre, d'être culpabilisé.

« Sa maman :

Autour de nous, tout le monde nous posait des questions et on nous regardait avec un air entendu et condescendant qui me culpabilisait. L'anorexie serait due à un problème relationnel avec la mère. Qu'avais-je donc fait, ou pas fait, où et quand avais-je mal agi, trop protégé, pas assez protégé... ?

Depuis, j'ai compris que chaque anorexie est unique. Les motifs de cette maladie sont complexes et multiples.

Pat mangeait de moins en moins(...), continuait à maigrir. Elle nous demandait en pleurant de l'aider à en sortir. Elle ne comprenait pas ce qui lui arrivait. La maladie la dépassait(...).

Je me rends compte maintenant que jamais un proche, un ami, un membre de la famille, une thérapeute ne nous a proposé d'aider, ne nous a fait prendre conscience que nous vivions une situation extrêmement difficile. Il est primordial de se faire aider psychologiquement, pour soi, pour la famille et la personne malade ensuite. »

« Son papa :

Comment l'accompagner, lui manifester notre soutien tout en ne cédant pas à ce qui me semblait par moments à des caprices d'enfant gâtée ? Comment ne pas être ému par le

souvenir de Pat, pleurant sur mon épaule, me confiant son désarroi face à ce qui lui arrivait et qu'elle ne comprenait pas ?

Comment maintenir l'entente familiale(...) ? Pourquoi notre fille était-elle dépassée par cette épreuve ? Etions-nous des parents inconscients des conséquences de notre choix de ne pas l'hospitaliser ? Pat refusait d'y aller.

L'acte inexcusable de Thomas (tentative de viol), avait-il été davantage qu'un déclencheur, c'est-à-dire révélateur d'une fragilité latente de notre fille ? (...) Les réponses à ces questions ne me paraissent pas plus évidentes aujourd'hui qu'à l'époque de la maladie de Pat. (...) Peut-être n'y a-t-il tout simplement pas de solution autre que celle d'une condition humaine à vivre, pour le meilleur et pour le pire. (...) Simplement faire face, courageusement aux inquiétudes (...). Se battre en couple aux côtés de votre enfant. »

« Joséphine, sa sœur :

L'anorexie, c'est un huis-clos familial. C'est une pièce de théâtre dont l'épilogue n'est pas encore écrit. Chacun se retrouve face à lui-même, avec ses joies mais aussi ses côtés sombres (ceux-là même qu'on préférerait taire), ses exigences, son vécu. Il s'agit de composer une œuvre qui, on l'espère, passera à la postérité (...)

J'ai râlé, j'ai pesté, pleuré, souffert... mais je sors grandie de ces moments. Merci de m'avoir obligée à travailler mes fragilités à travers tes souffrances. »

Propos recueillis par Jessica Matthys

Ce mois-ci, nous abordons donc aussi le thème de l'obésité.

L'étiologie de l'obésité

S'il est une question qui déchaîne les passions, c'est bien celle de l'origine de l'obésité et l'on ne connaît, actuellement encore pas grand chose sur la question. Quoi qu'il en soit, les connaissances sur le sujet progressent et nous proposons de faire le point sur la question. L'étiologie de l'obésité est sans aucun doute multifactorielle, elle est la résultante de facteurs génétiques et comportementaux (Lévesque et coll., 1997; Dabadie, 1997; Levoux, 1997; Ravussin et Swinburn, 1992; Garrow, 1992; Byers, 1995; Atkinson, 1996).

1. Les facteurs biologiques

1.1. Le rôle de la génétique

Certaines études ont montré que certaines personnes héritaient d'un *métabolisme basal* (énergie indispensable aux besoins du cœur, du foie, des reins, de l'encéphale) bas. Ces personnes brûlent donc trop lentement les calories (« petits brûleurs »), ce qui semble constituer un facteur de risque d'apparition de l'obésité (Thissen, 1997; Vander et coll., 1995; Proietto et coll., 1994). Il semblerait également que certaines personnes héritent de leurs parents des anomalies de la lipolyse, de la thermogénèse, ou d'une inhibition de l'oxydation des graisses (Dyer, 1994; Thissen, 1997). Des facteurs génétiques sembleraient pouvoir également être mis en cause dans des problèmes d'ajustement de la *prise alimentaire* (appétit et satiété) et être responsables des *préférences* alimentaires. Finalement, il semblerait aussi que le degré d'*activité physique* spontanée soit déterminé, du moins en partie, au niveau génétique (Thissen, 1997) et il semblerait qu'elle soit moindre chez les adultes obèses (Dyer, 1994). En fait, selon Dabadie (1997), il semblerait que la génétique n'intervienne que dans les cas d'obésité importante à savoir un BMI supérieur à 35-37 kg/m², et toujours selon Thissen (1997), les *facteurs génétiques ne peuvent à eux seuls expliquer*

l'obésité. Certains autres facteurs (environnementaux) doivent donc être pris en compte (Thissen, 1997; Golay, 1997; Dyer, 1994; Ravussin et Swinburn, 1992). Actuellement,

les scientifiques recherchent ce qu'ils appellent des « gènes de susceptibilité », c'est-à-dire des gènes qui augmentent les risques de développement de la pathologie, sans en être la seule et unique cause.

1.2. Les troubles endocriniens

L'hypothalamus joue un rôle dans la régulation de la nutrition (faim et satiété). Des tumeurs ou des maladies touchant cette entité cérébrale et/ou l'hypophyse peuvent être à l'origine d'une augmentation de l'appétit et donc de l'obésité. De même, il a été montré qu'une mutation du gène *ob*, responsable de la synthèse de la leptine peut également entraîner une prise de poids, du moins en ce qui concerne les modèles animaux (Donckier, 1998). Semblent également pouvoir être incriminés une hypothyroïdie, une anomalie de la fonction gonadique ou un hyperinsulinisme (Proietto et Thorburn, 1994; Scheen, Desai et Lefèbvre, 1994; Cooney et Storlien, 1994; Smith, 1996).

1.3. Les lésions organiques cérébrales

Il semblerait, selon Decourt et Périn (1982), Proietto et Thorburn (1994) que l'on puisse trouver chez l'homme des obésités dues à des lésions cérébrales. Celles-ci peuvent se situer au niveau de l'hypothalamus ou au niveau des aires corticales du cerveau et être à l'origine de changements en ce qui concerne le comportement alimentaire proprement dit mais également des anomalies de la lipogenèse et de la lipolyse.

2. Le rôle de l'alimentation

Nous diviserons, comme le propose Bellisle (1999), cette question en deux sous-questions:

2.1. L'obèse mange-t-il plus que le non-obèse?

Il est en fait difficile de répondre sur base, par exemple, de questionnaires ou d'anamnèses visant à évaluer l'apport énergétique quotidien, les obèses tout comme les normo-pondéraux ayant tendance à sous-estimer cet apport énergétique (dû certainement aux problèmes de désirabilité sociale) ce qui se marque encore plus chez les premiers (Thissen, 1997; Bellisle, 1999; Apfeldorfer, 1993; Lévesque et coll., 1997; Dyer, 1994; Ravussin et Swinburn, 1992).

Il semblerait que le monde scientifique soit encore divisé en ce qui concerne ce problème. Néanmoins, beaucoup considèrent qu'il existe chez les personnes obèses un déséquilibre entre l'apport énergétique total et la dépense énergétique totale. C'est ce qu'on appelle la théorie de la « dysrégulation de la balance énergétique » (Thissen, 1997; Bellisle, 1999; Vander et coll., 1995; Proietto et Thorburn, 1994; Cooney et coll., 1994). Dans cette optique, des études ont montré que les sujets obèses en période de stabilité pondérale mangent plus que les normo-pondéraux et qu'ils mangent d'autant plus qu'ils sont obèses; leurs besoins énergétiques sont en effet supérieurs. Seuls les individus obèses qui, en particulier en raison de régimes « sauvages », ont perdu une quantité anormale de tissu musculaire (c'est à dire de masse maigre), tout en conservant leur masse grasse, auraient un métabolisme ralenti et mangeraient moins, selon Apfeldorfer (1995) que la moyenne.

2.1 L'obèse mange-t-il mal?

Des études tendent actuellement à montrer que les obèses mangent effectivement, d'un point de vue qualitatif, différemment des non-obèses, à savoir non pas plus sucré mais plus gras (Thissen, 1997; Bellisle, 1999; Apfeldorfer, 1995; Proietto et Thorburn, 1994). Sont également invoquées des destructurations des horaires de repas (Dyer, 1994).

3. Le milieu socio-culturel et économique

L'action des facteurs sociaux, culturels et économiques peut se manifester de trois manières. Premièrement au niveau de *l'alimentation*, deuxièmement au niveau de *l'idéal esthétique*, et finalement au niveau de *l'activité physique* (Levaux, 1997).

3.1. Alimentation et habitudes alimentaires

Diévert (1997) s'est penchée sur la question des croyances liées à l'alimentation dans différentes religions (le Christianisme, l'Islam, le Judaïsme, le Bouddhisme, l'Hindouisme). Elle montre que certaines prescriptions religieuses rendent difficile le suivi d'un régime particulier (par exemple diabétique), notamment lors de périodes de jeûnes. De plus, il existe bien évidemment en-dehors des convictions religieuses, des traditions culinaires propres à certaines cultures qui peuvent rendre compte de la prévalence élevée de l'obésité dans certaines contrées.

En ce qui concerne la situation socio-économique, de nombreux auteurs pensent qu'elle peut avoir un rôle à jouer dans le développement de l'obésité (Dyer, 1994). Par exemple:

- Dabadie (1997) montre qu'aux USA les hommes de milieux favorisés sont plus gros que ceux de milieux défavorisés. On retrouverait la situation inverse chez la femme. Il semblerait à ce sujet que la prévalence de l'obésité soit deux fois moins élevée chez les femmes de type caucasien que chez les « Black Americans ».
- Beun et coll. (1997) mettent en évidence, grâce à leur étude auprès de 102 femmes françaises de milieux défavorisés, que les difficultés économiques peuvent être à l'origine de perturbations de l'équilibre et du rythme alimentaires.
- Ravussin et Swinburn (1992) présentent une étude longitudinale effectuée en Finlande montrant que le risque de prendre du poids est lié, entre autres, à un niveau d'éducation bas.

3.2. L'esthétique

Comme l'expliquent certains auteurs (Diévert, 1997, Golay, 1997), les critères de beauté diffèrent selon les cultures, dans l'espace et dans le temps. A ce sujet, Levaux présente dans son travail de fin d'études (1997) un bel historique de l'évolution du corps chez la femme Occidentale, de la Vénus de Willendorf (25.000 avant J.-C.) à nos jours.

3.3. L'activité physique

Selon Dardenne (1997) et Thissen (1997), la sédentarité a certainement également un rôle à jouer dans l'apparition et le maintien de l'obésité. Or, la sédentarité ne fait que croître avec les modifications de nos conditions de vie (Levaux, 1997; Ravussin et Swinburn, 1992; Byers, 1995). C'est pourquoi, les spécialistes en la matière recommandent à leurs patients la pratique d'une activité physique régulière et adaptée - c'est à dire douce et progressive (Golay, 1997; Apfeldorfer, 1993; Fricker, 1993). La pratique régulière d'une activité physique est conseillée aux personnes obèses sous cure hypocalorique car elle diminue leur appétit et contrebalance la tendance du taux de métabolisme à baisser (au cours d'une réduction prolongée de l'apport énergétique). Elle permet de perdre plus de masse grasse et moins de protéines qu'un régime seul. Elle a enfin et surtout l'avantage de réduire la résistance à l'insuline (Vander et coll., 1995; Garrow, 1992; Zachwieja, 1996).

4. Quelques théories psychologiques de l'obésité

- Théorie de l'externalité (S. Schachter, en 1974).

Surnommée « théorie de la gourmandise » par Bellisle, il s'agit d'une hypothèse selon laquelle certaines personnes seraient plus sensibles aux stimuli que leur envoie l'environnement (stimuli externes) que ceux que leur envoie leur propre corps (stimuli internes). Ainsi, ces personnes mangeraient lorsqu'il y aurait de la nourriture à proximité et non pas par faim. De même, elles ne s'arrêteraient pas de manger sous l'effet de signaux de satiété, mais lorsqu'il n'y aurait plus rien à manger, ou lorsqu'ils décident de se restreindre volontairement. Cette hypothèse a dû être écartée. Les hyperphages obèses ne sont pas tous externalistes et tous les minces ne sont pas internalistes. De

plus, la séparation entre signaux internes et externes est arbitraire, car en réalité ces signaux sont intriqués (Apfeldorfer, 1993; Apfeldorfer, 1995; Bellisle, 1998; Osterman, 1997).

- Syndrome de la restriction cognitive (Herman et Polivy, en 1975).

Il s'agit de l'explication « psy » de l'alternance entre privation et excès alimentaires. Ce syndrome se caractérise par une modification du psychisme, qui faciliterait le balancement entre les deux extrêmes que sont l'excès et le trop-plein (alimentaires). Ainsi, modifications de nos conditions de vie (Levaux, 1997; Ravussin et Swinburn, 1992; Byers, 1995). C'est pourquoi, les spécialistes en la matière recommandent à leurs patients la pratique d'une activité physique régulière et adaptée - c'est à dire douce et progressive (Golay, 1997; Apfeldorfer, 1993; Fricker, 1993). La pratique régulière d'une activité physique est conseillée aux personnes obèses sous cure hypocalorique car elle diminue leur appétit et contrebalance la tendance du taux de métabolisme à baisser (au cours d'une réduction prolongée de l'apport énergétique). Elle permet de perdre plus de masse grasse et moins de protéines qu'un régime seul. Elle a enfin et surtout l'avantage de réduire la résistance à l'insuline (Vander et coll., 1995; Garrow, 1992; Zachwieja, 1996).

4. Quelques théories psychologiques de l'obésité

- Théorie de l'externalité (S. Schachter, en 1974).

Surnommée « théorie de la gourmandise » par Bellisle, il s'agit d'une hypothèse selon laquelle certaines personnes seraient plus sensibles aux stimuli que leur envoie l'environnement (stimuli externes) que ceux que leur envoie leur propre corps (stimuli internes). Ainsi, ces personnes mangeraient lorsqu'il y aurait de la nourriture à proximité et non pas par faim. De même, elles ne s'arrêteraient pas de manger sous l'effet de signaux de satiété, mais lorsqu'il n'y aurait plus rien à manger, ou lorsqu'ils décident de se restreindre volontairement. Cette hypothèse a dû être écartée. Les hyperphages obèses ne sont pas tous externalistes et tous les minces ne sont pas internalistes. De plus, la séparation entre signaux internes et externes est arbitraire, car en réalité ces signaux sont intriqués (Apfeldorfer, 1993; Apfeldorfer, 1995; Bellisle, 1998; Osterman, 1997).

- Syndrome de la restriction cognitive (Herman et Polivy, en 1975).

Il s'agit de l'explication « psy » de l'alternance entre privation et excès alimentaires. Ce syndrome se caractérise par une modification du psychisme, qui faciliterait le balancement entre les deux extrêmes que sont l'excès et le trop-plein (alimentaires). Ainsi, modifications de nos conditions de vie (Levaux, 1997; Ravussin et Swinburn, 1992; Byers, 1995). C'est pourquoi, les spécialistes en la matière recommandent à leurs patients la pratique d'une activité physique régulière et adaptée - c'est à dire douce et progressive (Golay, 1997; Apfeldorfer, 1993; Fricker, 1993). La pratique régulière d'une activité physique est conseillée aux personnes obèses sous cure hypocalorique car elle diminue leur appétit et contrebalance la tendance du taux de métabolisme à baisser (au cours d'une réduction prolongée de l'apport énergétique). Elle permet de perdre plus de masse grasse et moins de protéines qu'un régime seul. Elle a enfin et surtout l'avantage de réduire la résistance à l'insuline (Vander et coll., 1995; Garrow, 1992; Zachwieja, 1996).

4. Quelques théories psychologiques de l'obésité

- Théorie de l'externalité (S. Schachter, en 1974).

Surnommée « théorie de la gourmandise » par Bellisle, il s'agit d'une hypothèse selon laquelle certaines personnes seraient plus sensibles aux stimuli que leur envoie l'environnement (stimuli externes) que ceux que leur envoie leur propre corps (stimuli internes). Ainsi, ces personnes mangeraient lorsqu'il y aurait de la nourriture à proximité et non pas par faim. De même, elles ne s'arrêteraient pas de manger sous l'effet de

signaux de satiété, mais lorsqu'il n'y aurait plus rien à manger, ou lorsqu'ils décident de se restreindre volontairement. Cette hypothèse a dû être écartée. Les hyperphages obèses ne sont pas tous externalistes et tous les minces ne sont pas internalistes. De plus, la séparation entre signaux internes et externes est arbitraire, car en réalité ces signaux sont intriqués (Apfeldorfer, 1993; Apfeldorfer, 1995; Bellisle, 1998; Osterman, 1997).

- Syndrome de la restriction cognitive (Herman et Polivy, en 1975).

Il s'agit de l'explication « psy » de l'alternance entre privation et excès alimentaires. Ce syndrome se caractérise par une modification du psychisme, qui faciliterait le balancement entre les deux extrêmes que sont l'excès et le trop-plein (alimentaires). Ainsi, chaque déviation par rapport aux règles que s'est imposé une personne « entraîne un phénomène d'inversion de la régulation alimentaire et déclenche une hyperphagie sur le mode boulimique ». Toutefois, il existe également des explications biologiques de ce phénomène et le débat reste ouvert (Apfeldorfer, 1993; Apfeldorfer, 1995; Osterman, 1997; Bernard, 1997).

- Les hypothèses comportementalistes (Années 1960).

Selon ces hypothèses, le comportement alimentaire déviant est lié à l'acquisition de mauvaises habitudes nutritionnelles, souvent dès le plus jeune âge et aux états émotionnels qui, par conditionnement, sont liés à certaines prises alimentaires. Nous n'entrerons pas dans les détails et proposons au lecteur intéressé par la question de se référer au travail de Levaux (1997).

- Théorie d'Hilde Bruch (Années 1970).

Selon cet auteur, certaines personnes, n'arriveraient pas à différencier les états émotionnels qu'ils confondraient par ailleurs avec les sensations physiologiques de faim. La distinction entre ses deux entités ne serait pas innée et devrait donc faire l'objet d'un apprentissage. Pour que cela puisse s'effectuer, certaines conditions sont requises : il faut que la mère soit dotée d'empathie, qu'elle puisse s'accorder à son enfant, de manière à savoir interpréter les demandes de son bébé; car si cette mère répond à toute demande de son enfant par une administration de nourriture, le tout petit n'aura pas l'occasion d'apprendre à repérer les réactions émotionnelles parmi les autres sensations corporelles. Le risque étant que par la suite, devenues adultes, ces personnes se mettent à manger à chaque manifestation émotionnelle, persuadées d'avoir faim (Apfeldorfer, 1993; Osterman, 1997).

- Les hypothèses psychosomatiques.

Elles sont en fait nombreuses. Toutefois, la plus souvent invoquée est celle qui suppose que certains seraient incapables d'exprimer des sentiments d'hostilité et de gérer des émotions intenses, et retourneraient de ce fait leur agressivité contre eux-mêmes. (Apfeldorfer, 1993). Une autre hypothèse intéressante invoque une carence fantasmatique et symbolique et une incapacité à mentaliser les conflits chez certains sujets (personnalité alexithymique). Ceux-ci mangeraient pour libérer un trop-plein pulsionnel (Osterman, 1997).

- Comportement alimentaire pathologique et personnalité borderline.

L'idée est ici que les personnes ayant une structure de personnalité borderline, caractérisée par une incapacité à mentaliser, à assumer les émotions sur le plan psychologique, et une grande impulsivité, tenteraient de réduire leurs émotions par des passages à l'acte pouvant éventuellement prendre l'apparence de compulsions alimentaires-boulimies (Apfeldorfer, 1993; Apfeldorfer, 1995; Bulik et coll., 1997; Debray et Nollet, 1997; Roussaux et coll., 1995).

- Apfeldorfer et la position hyperempathique.

Le problème de l'hyperempathie se caractérise par une difficulté à trouver la frontière entre le « soi » (son propre corps) et le « non-soi » (l'environnement, les autres...), due

à une hypersensibilité aux stimuli extérieurs. Les personnes qui en souffrent percevraient l'environnement comme captivant et se percevraient comme vides. Deux possibilités alors s'offrent à elles : soit l'activité physique, soit la nourriture, de par les sensations physiques qu'elle procure. Les hypothèses quant à l'origine de cette hyperempathie sont multiples. Parmi celles-ci, retenons la possibilité d'une hyperactivité générale, et qui serait d'origine génétique. Autre possibilité, un manque d'empathie de la part des parents, les enfants réagissant par un excès en sens inverse.

- Théorie du stress ou la prise alimentaire comme stratégie d'ajustement

Selon Lazarus, chaque individu élabore diverses « stratégies d'ajustement » pour faire face aux situations auxquelles il est confronté. Dans ce contexte, l'hyperphagie pourrait être considérée comme une stratégie d'ajustement face aux situations auxquelles l'individu est confronté. Cette « *stratégie de coping* » sera qualifiée d'active-indirecte (ce qui signifie que l'individu agit sur une situation sans rapport avec celle qui est la cause du stress) par opposition aux stratégies actives-directes (faire face), d'évitement ou passives (Apfeldorfer, 1993; Levaux, 1997).

- Théories systémiques.

Les spécialistes des T.C.A. (surtout de type anorexie mentale) insistent depuis longtemps déjà sur une organisation familiale de type pathologique comme origine au comportement alimentaire déviant (Vénisse, 1983; Bruch, 19). Il semblerait qu'il y ait des similitudes étonnantes entre les familles des anorexiques, des boulimiques, et des obèses. Les parents de ces enfants sont, par exemple, souvent décrits comme souffrant d'une carence empathique. En fait, trois structures familiales génératrices de TCA ont été décrites :

- La famille *minuchienne* caractérisée par un enchevêtrement des relations, un manque d'adaptabilité, et une incapacité à résoudre des conflits; le membre de la famille obèse est alors culpabilisé mais protégé.
- La famille *kinstonienne* est également caractérisée par la rigidité mais est moins liée. L'accent est mis sur l'importance des apparences sociales. Dans cette famille, l'obèse oppose une résistance et est rejeté.
- Quant à la famille *schwartzienne* ou chaotique, il y existe un autoritarisme mélangé à un laisser-aller, et un manque d'authenticité dans les relations.

Dans les trois cas, les comportements alimentaires pathologiques peuvent être considérés comme réactionnel aux tensions familiales. (Apfeldorfer, 1993).

Sophie Decuypere

Témoignages :

Nous sommes toujours à la recherche de témoignages sur l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie, l'orthorexie... Si vous désirez témoigner, même anonymement, n'hésitez pas à envoyer votre témoignage à l'adresse info@anorexie-boulimie.com
Vous serez peut-être publié dans une de nos prochaines newsletters.