
Une approche thérapeutique holistique et pluridisciplinaire de type méthode MBC : une solution pour les patients qui souffrent de troubles du comportement alimentaire ?

Lili Gheysens

`lili.gheysens@univ-lille.fr`

IUT de Lille

GEA (Gestion des Entreprises et des Administrations)

Thèmes – Santé – Sciences Humaines – Sciences de l'Homme et Société

Résumé – *Les études récentes mettent en évidence des parallèles physiopathologiques et psychopathologiques entre les troubles du comportement alimentaire et la douleur chronique neuroplastique. En effet, les perturbations dans le traitement de l'information notamment au niveau du cortex préfrontal (régulation émotionnelle), de l'insula antérieure (ressentis affectifs) et de l'amygdale (zone pivot du traitement des émotions et de la peur), ainsi que la sensibilisation centrale, présentes dans ces deux pathologies, provoquent des réponses inadaptées du système nerveux, face aux menaces perçues, qu'elles soient d'ordre physique et/ou psychologique.*

Cet article, réalisé à partir d'une revue détaillée des dernières publications sur le sujet, met en lumière l'intérêt des approches thérapeutiques holistiques et pluridisciplinaires comme la méthode MBC (Mind-Body Connection), dont les résultats se révèlent très encourageants chez les individus qui souffrent de douleurs chroniques neuroplastiques (DCN). Elle combine des outils thérapeutiques validés par les neurosciences pour créer une synergie bénéfique : elle reprogramme le cerveau (Mind), remet le corps (Body) en mouvement, et rétablit des connexions neuronales saines (Connections). Elle intègre aussi la thérapie de retraitement de la douleur (Pain Reprocessing Therapy), à l'issue de laquelle 98 % des patients constatent une amélioration et 66 % des patients sont sans douleur ou presque sans douleur.

[1]

Mots-Clés – *Neuroplasticité, Troubles du comportement alimentaire, Douleur chronique neuroplastique, Sensibilisation centrale*

Section(s) CNU pour cet article – 69

Article présenté à l'oral par un(e) doctorant(e) – NON

1 Introduction

Jusque dans les années 70, la grande majorité des scientifiques pensaient que les circuits neuronaux ne se développaient plus à l'âge adulte et déclinaient à la différence de certaines parties du corps que l'on pouvait réparer. En 2000, le psychiatre et neuroscientifique E. Kandel, démontra que l'apprentissage modifie les connexions entre les cellules et, donc, la structure neuronale. [2] Ainsi, le cerveau n'est pas immuable et voué au déclin, il est au contraire semblable à un muscle que l'on peut « entraîner » et « stimuler ». Cette propriété fondamentale s'appelle « plasticité cérébrale » ou « neuroplasticité » : « neuro » faisant référence aux cellules nerveuses, les « neurones » et « plastique » signifiant « modifiable, malléable, changeable ». Ainsi, les dernières publications sur lequel s'appuie cet article mettent en avant le changement de paradigme qu'implique cette découverte.

2 La neuroplasticité : atout majeur mais aussi principale obstacle

La neuroplasticité est un atout considérable qui opère dans le cerveau les transformations nécessaires à la survie de l'espèce humaine. Toutefois, cette adaptabilité augmente la sensibilité de celui-ci face aux stimuli internes et externes et produit aussi des comportements conditionnés difficiles à modifier. En effet, plus une pensée est source d'émotions, plus la voie neuronale qu'elle emprunte devient efficace. Les voies neuronales fréquemment sollicitées deviennent alors dominantes et plus rapides que celles moins utilisées. [3]

Dans le contexte des douleurs chroniques (DC) ou des troubles du comportement alimentaire (TCA), les voies neuronales conditionnées par ces pathologies se renforcent en réponse à divers facteurs, tels que les traumatismes, les émotions refoulées, les événements stressants, les pressions externes et/ou internes... Ce phénomène conduit progressivement à l'affaiblissement des voies neuronales saines. Cependant, ces connexions résultent d'un apprentissage, et grâce à sa plasticité, le cerveau a la capacité de les « désapprendre » grâce à un processus de « reprogrammation » du cerveau. [4] [5]

Mais la plasticité cérébrale agit aussi contre l'individu, un phénomène que N. Doidge appelle « le paradoxe plastique ». [6] En effet, tant que le cerveau n'a pas consolidé les connexions saines, il va plutôt réutiliser les voies neuronales les plus sollicitées, celles de la douleur ou du comportement alimentaire inapproprié, jusqu'à ce qu'il soit enfin « déconditionné » et, donc « reprogrammé ».

3 Le rôle de la sensibilisation centrale (SC)

La *sensory processing sensitivity* ou sensibilisation centrale (SC) est une condition de suractivation du système

nerveux central face aux stimuli somatiques ou émotionnels, ou sensoriels. [7] Ce processus engendre une hypersensibilité du système nerveux central qui va altérer les réponses sensorielles face à des stimuli neutres qui vont être analysés comme des menaces, physiques et/ou psychologiques, pour l'intégrité existentielle, induisant ainsi une réponse de « peur ». C'est alors que les DCN et/ou l'alimentation émotionnelle peuvent apparaître.

Les douleurs *sine materia* (sans cause structurelle) ont été reconnues en 2017 par l'IASP et ajoutées comme troisième type de douleur en complément des douleurs nociceptives et neuropathiques sous le nom douleurs « nociplastiques », ou « neuroplastiques ». Parmi les pathologies incluses dans cette catégorie, on retrouve la fibromyalgie, le syndrome douloureux régional complexe, les douleurs musculosquelettiques, les céphalées, les migraines, le syndrome du côlon irritable, ainsi que les cervicalgies et les lombalgies. [8] Bien que la SC ne soit pas expressément mentionnée dans la définition de la douleur neuroplastique, elle est une manifestation de la plasticité cérébrale et elle est désormais reconnue comme le mécanisme principal dans la chronicisation de la douleur neuroplastique. [9] [10]

Les travaux de Zucker sur les TCA montrent qu'une hypersensibilité aux sensations pourrait être à l'origine des perturbations de l'image corporelle, et contribuerait aussi à la dysrégulation émotionnelle caractéristique de ces troubles. [11] Des traits de personnalité, des comportements et des caractéristiques neurobiologiques sont partagées par les individus souffrant de DC et de TCA. Il est désormais prouvé que ces facteurs augmentent le risque de SC, responsable non seulement des symptômes de la DCN mais aussi des TCA. [12] Que ce soient dans les TCA ou dans les DC, la souffrance est à la fois physique et mentale. D'ailleurs, ce sont les mêmes mots qui sont utilisés : pression, tension, déchirement... En effet, la DCN et les TCA sont un des moyens qu'a le cerveau pour exprimer qu'il se sent « en danger ».

En définitive, pour gérer des niveaux élevés de sensibilité, les individus développent des schémas uniques d'évitement comportemental, des douleurs psychosomatiques et/ou des troubles alimentaires.

4 Le risque de comorbidité

Les personnes souffrant de DC et de TCA présentent des points communs qui les exposent au risque de développer l'une ou l'autre de ces conditions, voire les deux en même temps. Les études suggèrent que souffrir de migraines, du syndrome de l'intestin irritable, des troubles gastro-intestinaux fonctionnels, de fatigue chronique, de douleur faciale chronique et de dysfonctionnement autonome constitue un facteur de risque pour l'apparition de troubles alimentaires. De même, des études font le lien entre TCA

à l'adolescence et fatigue chronique, douleurs chroniques, restriction des activités physiques pour raison de santé et problèmes de santé chroniques à l'âge adulte. [13]

5 Le rôle de la peur

La douleur est le signal d'alarme de notre corps, elle est bénéfique. Parfois l'alarme dysfonctionne et la douleur devient chronique alors que le corps n'est plus en danger. C'est alors que l'évitement devient la protection principale à court terme devenant à long terme une source de détresse accrue. En effet, en plus d'augmenter les niveaux d'incapacité de l'individu et d'impacter toutes les sphères de sa vie, l'évitement joue un rôle fondamental dans la chronicisation de la douleur et le maintien de la SC. [14] Dans le cas des TCA, l'alimentation restrictive représente un type de comportement d'évitement [15]. Tout comme les comportements de boulimie ou de purge, elle sert à réguler les émotions. [16]

6 Les méthodes *Mind-Body* : des outils à tester ?

DCN et TCA sont des troubles psychosomatiques qui apparaissent en terrain propice (cf.2) et ont pour point commun une suractivité du cortex préfrontal entraînant des interprétations erronées par le cerveau de stimuli neutres (cf.3). Par conséquent, dans les deux pathologies, il paraît nécessaire d'aider le cerveau de l'individu à se libérer de cet état d'alerte chronique.

La méthode MBC s'attache à apaiser le *Mind* (esprit) grâce à l'art-thérapie, l'éducation thérapeutique, l'(Auto)hypnose, la méditation, l'*Emotional Freedom Technique* et l'écriture expressive. Puis, la méthode remet le *Body* (corps) en mouvement grâce à un travail sur l'image corporelle, à la visualisation et l'ancrage, à la marche, au sport et au Yoga adapté et au *prāṇāyāma* (technique de respiration). Enfin, elle rétablit les *Connections* (voies neuronales saines) grâce à la sophrologie, à la Programmation NeuroLinguistique, à la Communication Non Violente, au tracking somatique, à des techniques de développement personnel, à une meilleure hygiène de vie (sommeil, alimentation...) et à la Pain Reprocessing Therapy (PRT).

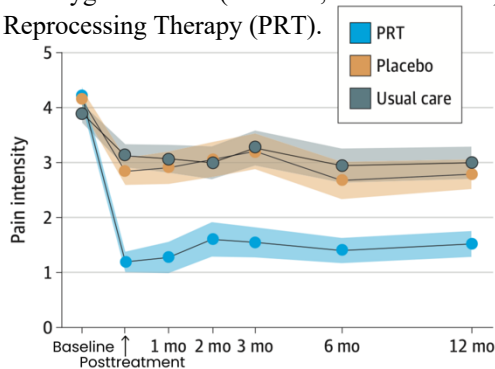


Figure 1 – Résultat PRT vs placebo ou soin traditionnel

La PRT est un outil majeur qui introduit des expériences correctives et réinstalle un état de sécurité pour le cerveau.

Puis, elle réduit le niveau global de « peur » chez l'individu, neutralisant ainsi les causes réelles et profondes de la sensibilisation centrale. Ainsi, une reprogrammation progressive du cerveau s'opère. Ce processus inclut le traitement des traumatismes passés, l'apprentissage de la gestion émotionnelle, la gestion des relations difficiles, et l'observation des comportements automatiques.

7 Conclusion

La méthode MBC, thérapie novatrice et pluridisciplinaire, offre aux individus une palette d'outils pour contrer les effets de la SC et restaurer les bases d'une vie saine. Les résultats obtenus pour les DCN sont encourageants. Ainsi, compte tenu des similarités entre DCN et TCA, notamment le rôle central de la SC, il semble pertinent d'explorer l'intérêt de la méthode MBC dans le cadre de la prise en charge des TCA.

8 Remerciements

L'auteure remercie le Dr Schubiner et A. Gordon. Elle exprime aussi toute sa gratitude au Dr Nectoux (CHU Lille) pour son soutien et remercie le Dr Annicq (VZW-EMPATHIE) pour le partage de son expertise sur les TCA.

Références

- [1] Ashar et al., *Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care*, 2022
- [2] E. Kandel, *Principles of Neural Science*, McGraw Hill, 2021
- [3] A. Gordon, A. Ziv, *The Way Out*, Avery, 2021
- [4] H. Schubiner, *Unlearn your pain*, MBP, LLC, 2022
- [5] P. Annicq, *Een eetstoornis hoeft niet voor altijd te zijn*, Lannoo Campus, 2024
- [6] Doidge, *The Brain That Changes Itself*, Penguin, 2007
- [7] Aron E., et al. *Sensory-Processing Sensitivity and Its Relation to Introversion and Emotionality*. J. P. S. Psychol, 1997
- [8] *International Association for the Study of Pain, IASP Terminology*. [(consulté le 17 octobre 2024)]
- [9] Kosek et al., *Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system*, Pain, 2021
- [10] Woolf, *Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain*, Pain, 2011
- [11] Zucker et al., *Subjective experience of sensation in anorexia nervosa*, Behaviour Research and Therapy, 2013.
- [12] Ibeziako et al., *Medically hospitalized patients with eating disorders and somatoform disorders in pediatrics*, HP, 2016.
- [13] Sim L, et al. *Central Sensitization in Chronic Pain and Eating Disorders: A Potential Shared Pathogenesis*, 2021
- [14] Zale et al., *Pain-related fear, disability, and the fear-avoidance model of chronic pain*, Psychology, 2015.
- [15] Engel, et al., *Ecological momentary assessment in eating disorder and obesity research*, 2016.
- [16] Rowsell et al., *Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa*, Journal of Eating, 2016