



# PROFIL COGNITIF DANS L'ANOREXIE MENTALE ET PERSPECTIVES DE PRISE EN CHARGE

**Marie ABBES**

*Psychologue spécialisée en neuropsychologie*

*Centre Référent des Troubles du Comportement Alimentaire de l'Arc Alpin (TC3A)*

*CMJ - Jeudi 25 novembre 2021*

A. **Restriction** des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas

B. **Peur intense** de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférent avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas

## Anorexie Mentale (DSM 5)

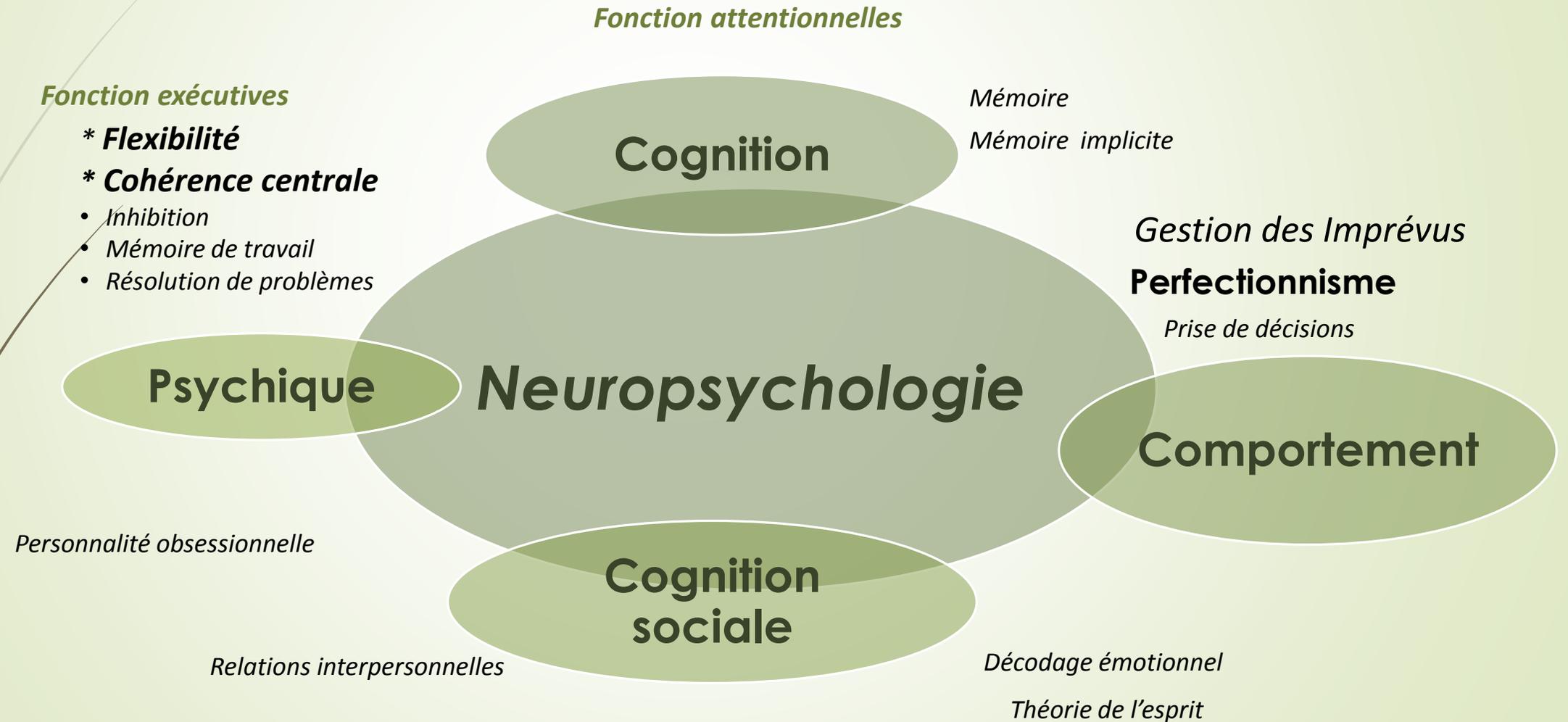
C. **Altération dans la perception** du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle

- **Type restrictif**: pas d'accès récurrent hyperphagique, pas de comportement purgatif (vomissement, lavement, laxatif, diurétique) - **Type accès hyperphagiques/purgatifs** : accès récurrents hyperphagiques et/ou vomissements ou comportements purgatifs

# LA NEUROPSYCHOLOGIE

- Discipline qui s'intéresse à l'étude des troubles des comportements cognitifs et émotionnels en rapport avec un dysfonctionnement cérébral (*Jambaqué et Auclair, 2008*).
  - La neuropsychologie est la science qui met en lien les « cognitions » et la « localisation cérébrale »
  - De part sa définition, elle se retrouve dans beaucoup d'autres disciplines, et elle est forcément multidisciplinaire.
  - C'est une science relativement récente
  - Elle doit donc encore s'adapter et affiner sa définition.
  - Il existe plusieurs fonctions cognitives. Chaque fonction est dépendante et reliée aux autres fonctions
- ➔ **Le rôle du neuropsychologue est de prendre en compte l'ensemble de ces fonctions et leurs interactions pour ses interprétations**

# LA NEUROPSYCHOLOGIE





# L'APPROCHE NEUROPSYCHOLOGIQUE DANS L'ANOREXIE MENTALE RESTRICTIVE

- Discipline récente dans la prise en charge des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)
- Approche complémentaire de l'approche médicale et psychologique
- Evaluation à **visée diagnostique** : le bilan contribuera à tester une ou plusieurs hypothèses diagnostiques
- Evaluation pour une meilleure **caractérisation des troubles et des ressources** dans le cadre d'un diagnostic établi (profil cognitif et comportemental)
- Evaluation pour suivre l'**évolutivité** des troubles (évaluations répétées)
- Evaluation dans le cadre d'une **orientation de la prise en charge**
- Evaluation dans le cadre de **proposition d'aménagements de la scolarité ou de l'activité professionnelle**

# FONCTIONS COGNITIVES ET AMR

## - ATTENTION -

- ▶ **Temps de réaction psychomoteur globalement plus lents aux tests d'attention**
  - ▶ Mais un effet de la dénutrition ??
- ▶ **Maintien de l'attention et état de vigilance**
  - ▶ Des performance plus faibles au CPT (test d'attention soutenue), mais des études contradictoires
  - ▶ Récupération lente de la capacité d'attention soutenue même si retour à un IMC correct  
**persistance d'une fatigabilité cognitive**
  - ▶ **Cliniquement on observe aussi : fluctuations attentionnelles, décrochages, distractibilité**
  - ▶ Mais un effet de la dénutrition ??
- ▶ **Attention sélective**
  - ▶ Un biais attentionnel envers les stimuli de nourriture et sur le corps
  - ▶ Via eye tracker + tâche de Stroop
  - ▶ Problématique la plus étudiée et la plus documentée

# FONCTIONS COGNITIVES ET AMR

## - MÉMOIRE -

- **Mémoire à court terme et à long terme**
  - Certaines études montrent des performances verbales et visuelles normales (ex Bradley et al.)
  - D'autres déficitaires (nombre d'années d'évolution important)
  - Mais un effet de la dénutrition ??
  - En clinique, AMR qui évolue depuis de nombreuses années : mémoire verbale plus faible (subnormale ou diminuée de manière pathologique)
- **Peu d'atteinte même si pathologie sévère**
- De plus, une **mémoire sélective** envers les stimuli liés au corps et nourriture



# FONCTIONS COGNITIVES ET AMR - PERCEPTIONS VISUOSPATIALES -

- ▶ Des **déficits visuo-spatiaux globalement (Figure Complexe de Rey)**
- ▶ Et plus précisément, sur leur perception de leur corps (implication du lobe pariétal droit et cortex associatif)



# FONCTIONS COGNITIVES ET AMR - PERCEPTIONS VISUOSPATIALES -

- Copie réalisée par une personne avec une AMR chronique de longue date
- ***Défaut de planification : copie en juxtaposition de détails***



# FONCTIONS COGNITIVES ET AMR - PERCEPTIONS VISUOSPATIALES -

- Copie réalisée par une personne avec une AMR chronique en rémission :
- *Planification correcte de la figure complexe de Rey*
- *Perfectionnisme marqué dans la réalisation marqué (aussi dans le quotidien)*

# FONCTIONS COGNITIVES ET AMR

## - FONCTIONS EXÉCUTIVES -

- Faiblesse voire déficit de la capacité de mémoire de travail
  - Des déficits en planification (pas efficace) et en résolution de problèmes
  - Fragilités des capacités d'abstraction et d'élaboration (inconstant)
  - Trouble de la flexibilité cognitive (persévérations et rigidité mentale)
  - Des difficultés dans la prise de décisions ++
- 
- MAIS le lien de causalité avec la dénutrition est difficile à établir (variabilité inter individuelle importante)
  - /!\ Il est fréquent que les résultats « quantitatifs » du bilan soient dans les normes (ou subnormaux) mais que des difficultés ressortent au niveau « qualitatif ».
- 
- **Le trouble de flexibilité cognitive peut persister avec la reprise de poids et avec un IMC normal**

# COGNITIONS SOCIALES ET AMR

- ▶ Perturbations au niveau de la **perception** et de la **régulation émotionnelle**
- ▶ **Alexithymie**
- ▶ **Intolérance aux émotions négatives** : minimisation voire un déni, mais pas uniquement (émotions positives aussi touchées)
  
- ▶ Perturbations des mécanismes de **reconnaissance des expressions faciales émotionnelles**
- ▶ Compétences de **théorie de l'esprit** plus faibles que chez les personnes saines et avec boulimie
  
- ▶ **Ces perturbations interviennent dans le développement et le maintien du TCA**
  
- ▶ Il existe des similarités cliniques avec le Trouble du Spectre de l'Autisme Sans Déficience Intellectuelle (TSA SDI) : hypothèse d'un continuum entre TCA et TSA SDI

# ASPECTS PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

- Aspects correspondant aux **répercussions comportementales des difficultés cognitives : souvent sous-évaluées**
- **Hyper-investissement** de la sphère **scolaire** ou **professionnelle**
  - Très bons résultats scolaires pas toujours synonyme de fonctionnement Haut Potentiel Intellectuel !!!
- **Biais de traitement de l'information orienté vers le détail (similarités avec le TSA SDI) :**
  - Consignes pas assez précises dans les tests ! OU
  - **Tendance à se perdre dans les détails et oublier l'objectif réel de la tâche**
  - Dans une conversation, perçoit +/- l'ennui de son interlocuteur perdu par trop de détails
  - En lecture : difficultés pour résumer
  - Dans la scolarité : difficultés pour écrire de manière synthétique, choisir quels détails ne sont pas importants, dépasse le nombre de mots, fiche où il y a tout le cours de réécrit
  - **Difficultés pour prendre des décisions et faire des choix (impact les soins)**
  - **Difficultés pour prioriser selon le degrés d'importance des tâches (idem)**

# ASPECTS PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

- **Trouble la capacité de flexibilité cognitive = rigidité cognitive**
  - Relativement marqué dans le comportement quotidien (dissociation possible avec les résultats cognitifs qui peuvent être dans la norme ou subnormaux)
  - **Constitue un frein important dans les soins et un facteur de résistance au traitement donc à évaluer avec précision**
- *Manifestations cliniques :*
  - **Changement déstabilisant, intolérance à l'imprévu** : évite les sorties improvisées et les changements d'horaires ou de lieu (contrôle de l'environnement).
    - « je ne peux pas rentrer plus tard à la maison sinon tout se décale ! »,
    - « j'ai une horloge dans ma tête »,
  - **Planification excessive (+/- anxieuse), journées stéréotypées, routines ++**
    - « je ne peux pas changer mes routines même si elles m'emprisonnent ! »
    - « j'ai une vie de petite vieille, alors qu'avant je sortais, je vivais ! »
  - **Perte du plaisir dans les AVQ. Sentiment d'efficacité personnelle souvent recherché** :
    - « A quoi sert le plaisir ?! », « je dois arriver à tout faire avant de pouvoir m'arrêter »,

# ASPECTS PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

- Manifestations cliniques du trouble de la flexibilité (suite) :
  - **Travail en groupe difficile** : tout faire et /ou vérifier les parties des autres
  - **Difficulté à envisager plusieurs alternatives et à raisonner de façon logique**
  - **Persévération dans des stratégies inadaptées** : fiches, apprentissage par cœur plutôt que de favoriser le développement du raisonnement logique
  - **Défaut de spontanéité dans les relations sociales**
  - **Intolérance à la frustration** : colère mal régulée
  - **Besoin de contrôle important avec notamment, possible contrôle l'information délivrée et à qui (! ce n'est pas de la manipulation !)**

# ASPECTS PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

► Il y aurait **4 types de perfectionnisme** (Hewitt et Flett) :

- **Perfectionnisme autocentré** :

- o Se caractérise par l'existence d'un blocage au regard d'objectifs personnels non réalistes
- o Une tendance à l'autocritique si ces objectifs ne sont pas atteints

- **Perfectionnisme orienté sur autrui** :

- o Se caractérise par des attentes non réalistes vis-à-vis des objectifs d'autrui
- o Une tendance à la dominance, l'autoritarisme

- **Perfectionnisme de son apparence** :

- o Se caractérise par l'existence par une volonté de montrer une bonne image aux autres, sans défaut, au regard de ses performances, compétences et apparence physique

- **Perfectionnisme prescrit socialement** :

- o Nécessité de répondre aux attentes et objectifs fixés par autrui

# EN RESUMÉ

- **Trouble de la flexibilité mentale modéré à sévère** : mauvaise tolérance au changement et à l'imprévu ; rigidité cognitive : persévérations dans des stratégies inadaptées. Prise de perspective difficile
  - **Frein dans les PEC**. Trouble qui peut persister à long terme y compris avec un IMC normal
- **Besoin de contrôle important avec notamment, possible contrôle l'information délivrée et à qui (! ce n'est pas de la manipulation !)**
- **Planification +/- excessive** (alimentation et autres domaines) **et qui est +/- efficace**
- Traitement de l'information orienté sur **les détails** (capacité de cohérence centrale diminuée)
- **Perfectionnisme** : autocentré, orienté envers autrui, sur son apparence, prescrit socialement
- **Cognition** :
  - **Faiblesses voire déficit des fonctions attentionnelles et des fonctions exécutives et des symptômes comportementaux**
  - **Faiblesses des aspects visuospatiaux et visuoconstructifs (liens avec perceptions corporelles erronés)**
  - **Compétences de cognition sociale diminuées**

# PERSPECTIVE DE PEC

## - La remédiation cognitive -

- Approche qui s'appuie sur l'hypothèse d'une plasticité cérébrale
- **Visé à améliorer le fonctionnement cognitif et l'intégration psychosociale par des exercices cognitifs et des pratiques en vie quotidienne**
- **Deux fonctions cognitives visées : la flexibilité cognitive et le biais de traitement de l'information (cohérence centrale)**
- **PEC décentrée de la question alimentaire**
- Cible la **métacognition (capacité à penser sa pensée) sur un mode motivationnel**
- **Aide aux changements et essaie de les généraliser en vie quotidienne** (pratiques progressives en dehors des séances)
- Agit sur la confiance en soi dans l'utilisation de compétences cognitives
- **Explore de nouvelles stratégies et modes de pensée → amélioration de la qualité de vie**
  
- Public : adulte et adolescents avec une AMR
- Technique prometteuse en cours d'évaluation

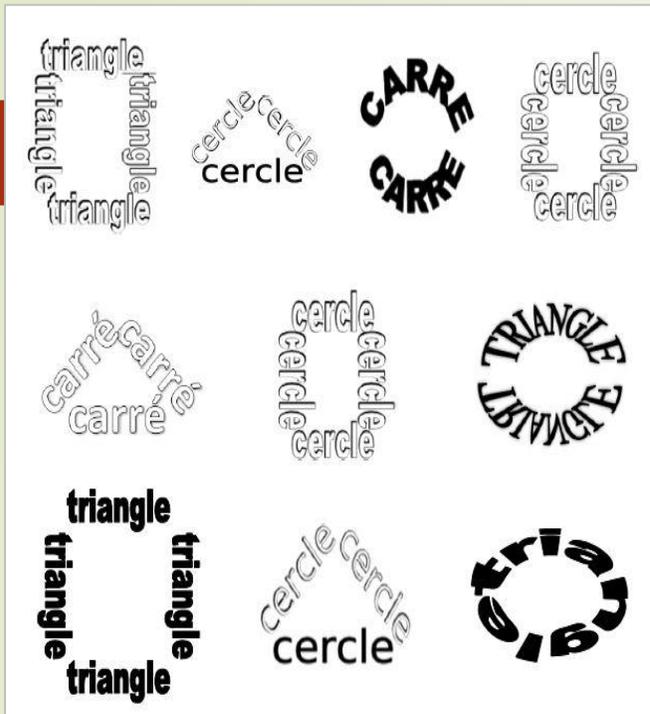
# LA REMÉDIATION COGNITIVE

## - Illusions -



# LA REMÉDIATION COGNITIVE

## - Variante du Stroop -



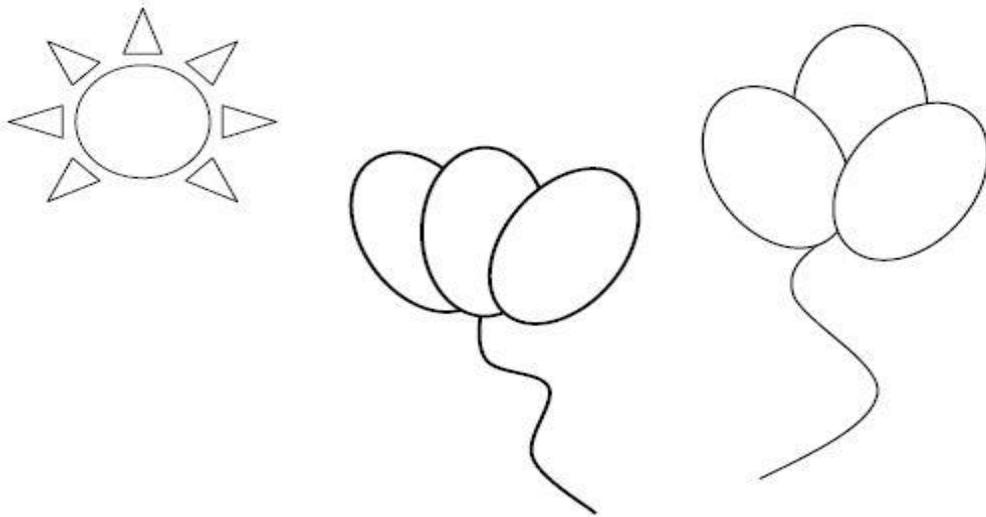
- Lire ou donner la forme
- Lire ou donner le nombre de mots ou de chiffres présent

|       |      |        |    |
|-------|------|--------|----|
| 1     | deux | 4      | un |
| 1     | deux | 4      | un |
| 1     | deux | 4      | un |
| trois | 2    | quatre | 2  |
|       | 2    | quatre | 2  |

- Patiente avec une AMR : en difficulté car inhibition et flexibilité mise en jeu

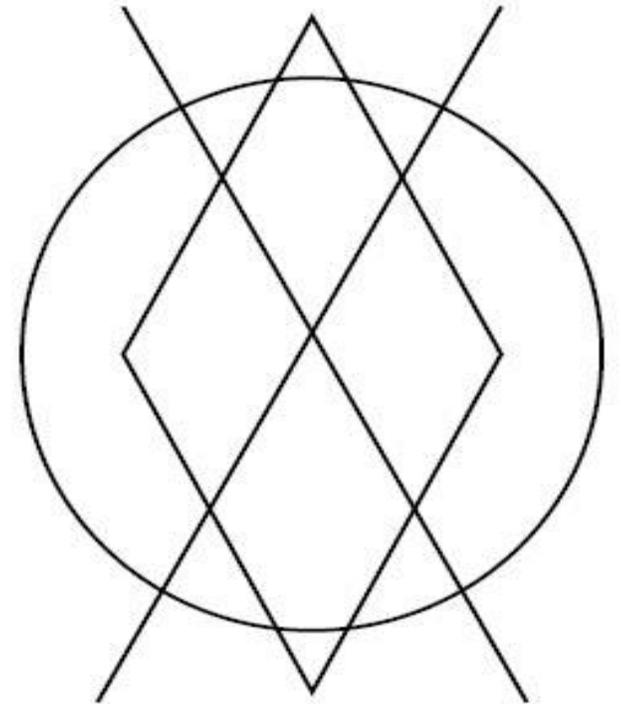
# La remédiation cognitive - Figures complexes -

Figure 2



- Décrire au thérapeute la figure à dessiner
- Personne avec une AMR : en difficulté : va décrire dans le détail et pas en vision globale

Figure 8



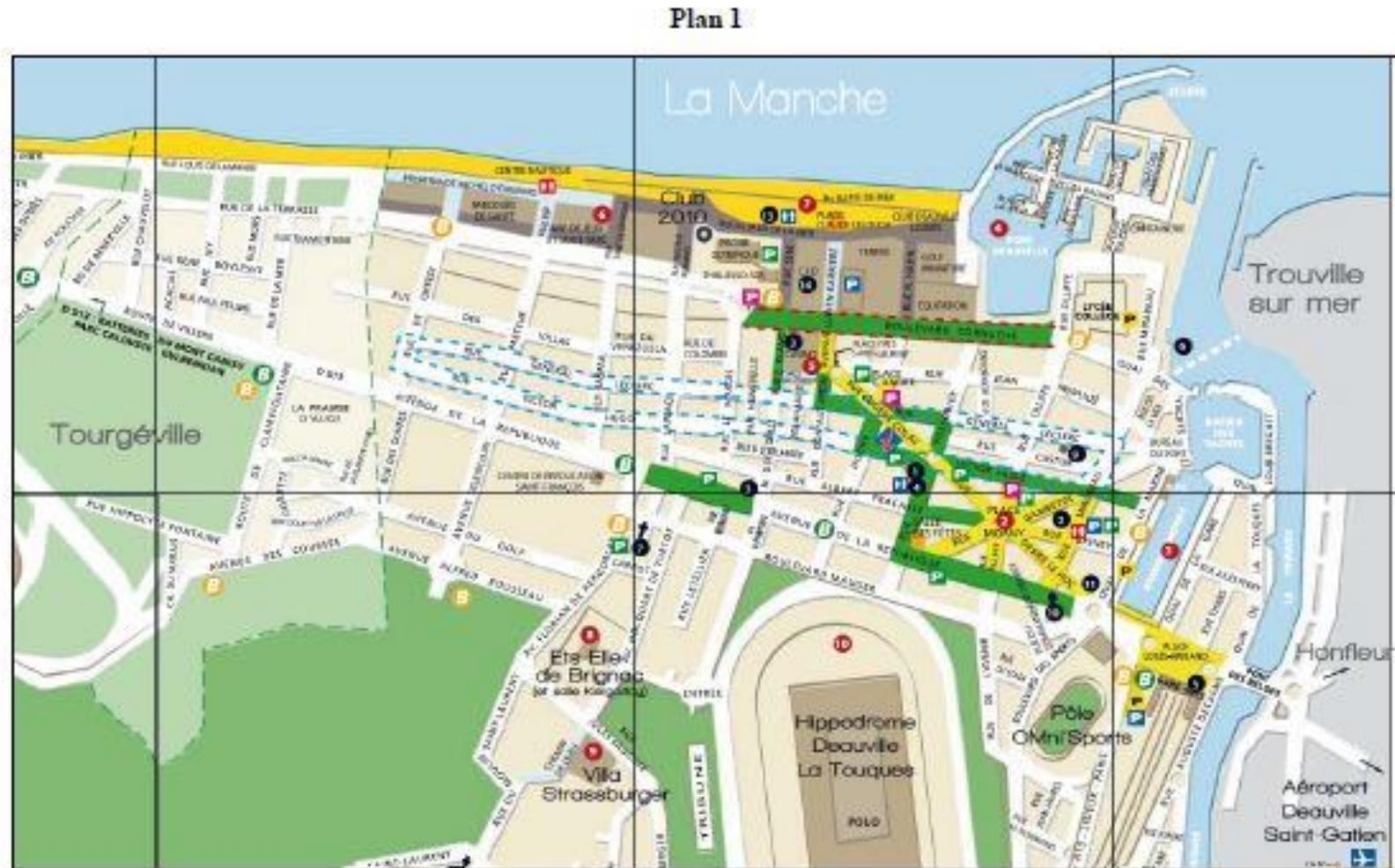
# PERSPECTIVES DE PEC

## - La remédiation cognitive -



# LA REMÉDIATION COGNITIVE

- Plan -



# PERSPECTIVES DE PEC

## - La remédiation cognitive -

- Amélioration de la flexibilité et de la prise de décision (Lindvall Dahlgren et al. Int J Eat Disord 2013 (2013))
- D'autres études qui ne mettent pas en évidence de résultats (petit échantillon, étude de cas unique)
- Perspectives : poursuivre les études et inclure de la neuroimagerie

# LES AUTRES PRISES EN CHARGE

- Thérapie familiale (recommandations HAS)
- Psychothérapie individuelle (TCC, orientation intégrative)
- Accompagnement diététique
- Prises en charges corporelles (sophrologie, psychomotricité,..)
- Suivi psychiatrique ou pédopsychiatrique
- Suivis somatiques : médecin généraliste ou pédiatre, endocrinologue -nutritionniste

**➔ Pathologie avec des facettes multiples ➔ PEC multidisciplinaire**

- Sites : [www.ffab.fr](http://www.ffab.fr) ; [www.has.fr](http://www.has.fr)



**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**