

Les réponses du psychologue aux demandes de réduction de l'obésité ou d'amaigrissement.

La problématique et l'approche psychothérapique . (Maurice M.)

Une **vignette clinique** puis quelques schémas :

▶ Sabine est JF de 20 ans qui demande à maigrir. Ses parents ont réussi leur propre traitement et l'encouragent à consulter. Elle fait du 44 et selon ses termes recherche à récupérer son 40. Elle sait que sa demande est liée avec les exigences de ses parents autant qu'à une forme d'hérédité, mais elle en fait une affaire personnelle. Surtout elle ne souhaite pas en parler à ses parents de crainte de ne pas réussir dans son entreprise.

L'anamnèse montre que le poids augmente de 15 kg en un an et demi, que ce poids est vécu comme « à supprimer ». Le frère 24 ans a réussi à perdre 20 kg en un an grâce à une psychothérapie.

Que s'est-il passé en sept 2001 exactement ? Un redoublement du BTS qui lui procurait un stress énorme. « Je n'avais pas le droit à l'erreur » disait-elle.

Le mariage d'un copain investi avec une fille qu'elle n'aime pas. Et le départ progressif d'amis de jeunesse qui disparaissent dans la vie.

La charge de conscience + traumatisme affectif silencieux : elle débuta une dépression à bas bruit. Elle se manifeste ainsi :

→ Elle peut perdre 3 à 5 kg en une seule fois

→ L'alimentation est par à coup et très relationnelle, mangeant peu avec ses amis.

→ Seule elle est obsédée par la nourriture et grignote sans interruption.

→ Rythme alimentaire : pas de pdj, grignote après le midi, mange bcp le soir et tard.

→ Elle développe un cycle dans lequel une mauvaise image d'elle domine. Pleurs sans raison apparente.

→ Eczéma sur la tête, les avant-bras et un temps le dessous de la poitrine.

Remarque : elle dit n'avoir js eu de dégoût pour la nourriture, mais pouvoir rester une journée ou deux sans manger.

En conclusion :

▶ On voit qu'à une période donnée Sabine a mal évalué *les signes corporels* pouvant déclencher des sensations de faim ou de sur-alimentation (en 2001 notamment). Le sentiment d'avoir toujours fait du yoyo justifie sa conduite.

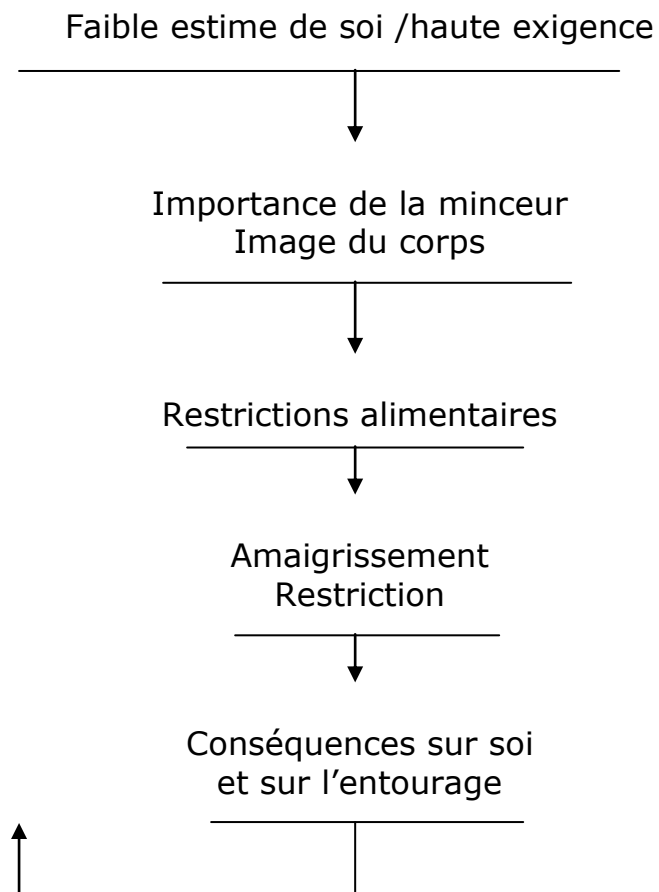
▶ Sa dépression a pris une tournure qui mit l'accent sur des conduites *compensatoires alimentaires* (pas de drogue, cigarette, ou sport)

▶ Le milieu familial a valorisé le corps mince , allant jusqu'à la dévaloriser si elle n'entreprenait pas quelque chose (psychothérapie notamment comme commande familiale) la pointant comme patiente désignée.

☞ A lier donc dans la demande : le psychisme, la perception du corps et les valeurs de la famille : idéaux et contraintes sociales.

**

Le **schéma** suivant est aussi valable pour l'anorexie avec laquelle la *demande d'amaigrissement* a des points communs.



Objectif : identifier et modifier les facteurs de maintien des conduites compensatoires.

Motivation

Malgré les contraintes identifiées, croire à la réelle volonté de changement des patients.

- ▶ Désir d'agir, sincérité
- ▶ Avantages et inconvénients des conduites et troubles
- ▶ Conséquences à LT. Pas seulement sur l'image de soi actuelle (décentration)
- ▶ Comportement ego-syntonique dangereux : ce que je ressens aujourd'hui comme positif ne l'est pas nécessairement à LT .

Image du corps et de poids idéal :

- ▶ Réduction des risques (la rechute anorectique ou le surpoids) :
Indice de Masse Corporelle ≥ 19 et ≤ 25 . Ce qui n'entraîne pas l'adhésion sinon purement intellectuelle.
- ▶ L'information rationnelle n'entraîne pas le changement personnel.
- ▶ Le risque létal n'est pas en soi dissuasif pour le sujet.

Méthode utilisée : l'analyse cognitive des conduites

↪ Confronter le sujet avec ses propres **inférences**

↪ Travail sur les troubles et **distorsions cognitives et les émotions**

inférences : Je me sens en pleine forme
je n'ai jamais dépassé un tel poids
je ne peux pas maigrir, je suis charpenté comme « boulotte »
je ne peux pas grossir j'ai une ossature mince
je ne suis pas comparable à la moyenne
Il faut être un peu enveloppé pour être en bonne santé
.....

Distorsions cognitives et émotionnelles:

- ▶ Troubles cognitifs et émotionnels de ces patients (Cash et Deagle 1997)
- ▶ Ils procèdent par abstractions sélectives de leur image corporelle.

Moyen : **la vidéo** ou **la photo** numérique éventuellement. Visionnement des secteurs concernés par les troubles.

- ▶ Une série d'images est montrée en début de séance aux patients résultant de la séance précédente.
- ▶ Une *analyse perceptive* en est faite : que perçoit le sujet ?
- ▶ Une *analyse des jugements* qui en sont inférés : qu'en pense le sujet ?
- ▶ Une *analyse des raisonnements* qui en sont déduits : qu'en fera le sujet dans ses comportements futurs ?
- ▶ Des *conclusions provisoires* qui en sont tirées : quelles leçons il en retire pour lui-même? Qui seront reprises en exergue de la séance suivante.

□ Avantage de cette méthode :

↪ Réduit le *filtrage de l'information*

- 1- Prise de conscience de la gravité ou pas du trouble.
- 2- Travail d'évaluation de la courbe de poids et sa résultante (tableau).
- 3- Analyse critique des préjugés.
- 4- Identification des émotions engagées dans les distortions

↪ Remanie en partie l'image de soi : dépend de la « conception de soi »

- ❑ l'estime de soi : le niveau de considération porté à ses réalisations personnelles.
- ❑ la conscience de soi : la cohérence entre les actes et l'image que le sujet a de soi-même et de ses possibilités.

La clinique dégage plusieurs *types de soi* : part généralement d'un constat négatif de soi, peu conforme aux attentes supposées d'un environnement familial, amical, de l'environnement culturel.

- ▶ Soi déprécié : conflit entre autonomie et dépendance. Se comparer aux autres
- ▶ Soi imparfait : tendance à prendre de grandes résolutions
- ▶ Soi sur-contrôlé :

L'analyse des éléments émotionnels est très importante, parallèlement aux informations données, qui se fera lors du visionnement des images, vidéos ou photos. Elle procède des échanges entre le thérapeute et le patient (degré de confiance, implication émotionnelle, capacité à être proche des sensations corporelles, à les imaginer, ect..)