



H A H H A - O P H É L I E U Z A H

Prise en charge de l'obésité chez
l'adulte.

Sommaire

❖	Introduction.....	p.1
❖		
I.	Prise en charge de la restriction cognitive.....	p.2
	A. Le traitement de la restriction cognitive.....	p.2
	B. Les limites du traitement de la restriction cognitive.....	p.3
II.	L'approche psychodynamique de l'obésité de nos jours.....	p.4
	A. Ce que le « psy » doit comprendre.....	p.4
	B. Ce que le « psy » doit savoir.....	p.6
	C. Deux exemples de prise en charge.....	p.7
III.	Le défi de l'acceptation de soi dans une culture narcissique.....	p.10
	A. Une image corporelle satisfaisante.....	p.10
	B. Combien est-il important de correspondre au modèle culturel ?.....	p.11
	C. Le corps-identité dans une culture narcissique.....	p.12
	D. Vivre gros dans une culture de maigres.....	p.13
	E. Intervenir auprès des personnes en surpoids.....	p.13
IV.	Les thérapies psychocorporelles dans le traitement du surpoids et de l'obésité....	p.15
	A. L'approche corporelle thérapeutique.....	p.15
	B. Le ressort psychomoteur.....	p.17
	C. Les dissociations psychomotrices.....	p.18
	D. La cothérapie dans l'intérêt du patient.....	p.19
	E. Les modalités du travail psychocorporel.....	p.19
❖	Conclusion.....	p.22
❖	Résumé en anglais.....	p.23
❖	Les annexes.....	p.24
❖	Bibliographie.....	p.25-26

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'obésité correspond à « un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé ».

Chez l'adulte jeune en bonne santé, la masse grasse corporelle représente 10-15% du poids chez l'homme et 20-25% chez la femme. Les différentes méthodes de mesure de la composition corporelle ne sont pas d'usage clinique courant. En pratique, le statut pondéral est défini à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) qui est le rapport du poids (en kilogramme) sur le carré de la taille (en mètres).

Chez l'adulte, l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m², qui est associé à une augmentation du risque de comorbidité et de mortalité. Les seuils sont les mêmes chez l'homme et chez la femme. Des facteurs de risques sont présents tel que les antécédents familiaux, l'âge, le niveau socio-économique, la sédentarité.

Il existe deux sortes d'obésités, l'obésité androïde et l'obésité gynoïde, qui diffèrent par la répartition des graisses et les conséquences. Trois causes endocriniennes peuvent être responsable d'une obésité : le déficit en hormones de croissance, l'hypothyroïdie, l'hypercorticisme. Des causes génétiques connues peuvent également être à l'origine d'une obésité comme une obésité syndromique, une obésité monogénique non syndromique...

Il existe quatre grandes catégories de complications majeures auxquelles s'ajoutent des complications moins fréquentes ou moins graves : les complications cardiovasculaires, les complications métaboliques, les complications respiratoires.

Ainsi, la problématique de notre sujet sera : **les progrès dans la prise en charge de l'adulte obèse.**

Pour cela, nous parlerons dans une première partie de la prise en charge de la restriction cognitive dans laquelle nous aborderons le traitement de la restriction cognitive ainsi que ses limites. Dans seconde partie, nous verrons l'approche psychodynamique de l'obésité de nos jours. Nous traiterons dans cette partie ce que le « psy » doit comprendre, savoir et nous illustrerons cela par deux exemples de prise en charge. Dans une troisième partie, nous évoquerons le défi de l'acceptation de soi dans une culture narcissique ou nous mettrons en avant une image corporelle satisfaisante. Nous verrons combien il est important de correspondre au modèle culturel. Nous parlerons du corps-identité dans une culture narcissique et le fait de vivre gros dans une culture de maigres. Enfin, nous traiterons les thérapies psychocorporelles dans le traitement du surpoids et de l'obésité avec l'approche corporelle thérapeutique, le ressort psychomoteur, les dissociations psychomotrices, la cothérapie dans l'intérêt du patient et les modalités du travail psychocorporel.

I. Prise en charge de la restriction cognitive

Le concept de restriction cognitive est dû à Peter Herman et Janet Polivy, qui en 1975 [1] définissent celle-ci comme un comportement alimentaire contrôlé par des règles rigides et des croyances concernant les aliments et les quantités permis, afin de contrôler le poids ; ces comportements prennent le pas sur les mécanismes de régulation physiologiques ; quand la limite est transgressée, l'individu perd le contrôle de son comportement alimentaire et mange jusqu'à se sentir mal. La définition évolue et, en 1991, pour les mêmes auteurs, c'est lorsque l'alimentation cesse d'être contrôlée par des facteurs internes, c'est-à-dire par les sensations alimentaires, et devient contrôlée par des facteurs cognitifs, se trouve planifiée, diététiquement correcte, qu'on peut parler de restriction cognitive. [2]

La restriction cognitive est donc définie comme l'ensemble des comportements alimentaires, des croyances, des interprétations et des cognitions concernant la nourriture et la façon de se nourrir, découlant d'une intention de maîtriser son poids par le contrôle mental du comportement alimentaire.[3]

Si la restriction cognitive est désormais bien installée dans le paysage des troubles du comportement alimentaire et des problèmes pondéraux, ses effets délétères ne sont pas toujours évalués à leur juste valeur et, surtout, peu de traitements ont été proposés.

A. Le traitement de la restriction cognitive

L'objectif fixé au traitement est de passer d'un mode alimentaire cognitif ou réflexif, c'est-à-dire où les conduites alimentaires sont déterminées par des injonctions externes, par des croyances ou des notions scientifiques, à un mode alimentaire principalement sensoriel ou intuitif, gouverné par l'écoute et le respect des sensations et des émotions alimentaires. Il s'agit de pouvoir manger quand on a faim, s'arrêter lorsqu'on n'a plus faim, abandonner la nourriture excédentaire. On doit aussi pouvoir déroger à ces principes pour satisfaire ses besoins culturels et sociaux, ses besoins affectifs, sachant que tout excès sera l'objet d'une régulation inconsciente par la suite, dès lors qu'on redevient attentif à ses sensations alimentaires. Des expériences successives visant à modifier les comportements alimentaires sont prescrites sur un mode progressif, sur le modèle de la désensibilisation systématique. Elles visent à diminuer l'anxiété de grossir, la culpabilité de consommer, les croyances dichotomiques, liées à la consommation des aliments problématiques. Tous éléments empêchant la perception, le respect des sensations alimentaires et la survenue de l'ataraxie alimentaire. Certaines expériences seront pratiquées en présence du thérapeute. D'autres seront pratiquées directement par le patient au cours de sa vie quotidienne, jusqu'à extinction de l'anxiété et de la culpabilité, jusqu'à ce que les sensations alimentaires soient bien identifiées et différenciées d'éventuelles envies de manger de nature émotionnelle.

B. Les limites du traitement de la restriction cognitive

Le plus souvent, la restriction cognitive ne représente pas le seul moteur des troubles du comportement alimentaire observés.

Dans bon nombre de cas, les compulsions alimentaires, les boulimies, ainsi que les conduites restrictives elles-mêmes sont des mécanismes de défense contre des émotions et des pensées douloureuses.

Les sentiments d'imperfection et d'inadéquation corporelle, encouragés par un corps social réprobateur en ce qui concerne le surpoids et l'obésité, induisent des pensées et des émotions.

La restriction cognitive entraîne aussi une hypersensibilité émotionnelle et on constate, lorsque c'est le cas, que celle-ci est atténuée par la dédramatisation des conduites alimentaires.

La restriction cognitive est donc, le plus souvent, tour à tour cause et effet des débordements alimentaires. C'est pourquoi la prise en charge des troubles psycho-émotionnels doit être envisagée, avant, pendant ou après le traitement de la restriction cognitive.

Le travail sur les déclencheurs cognitifs, émotionnels, relationnels, sociaux de la prise alimentaire peut faire appel à une diversité d'approches psychothérapeutiques. Outre les thérapies cognitives et les psychothérapies classiques d'orientation psychanalytique, les approches corporelles, différentes techniques de thérapie émotionnelle sont apparues récemment : les techniques de pleine conscience (mindfulness), de cohérence cardiaque permettent d'obtenir une meilleure tolérance aux émotions ; l'EMDR permet d'aborder les traumatismes subis.

Un travail d'acceptation de soi est essentiel afin de réduire les prises alimentaires déclenchées par la haine de soi. Mais aussi, rappelons que l'objectif de la prise en charge est d'obtenir un poids qui se stabilise au poids d'équilibre (set-point) de la personne. Ce poids peut différer notablement du poids médicalement souhaitable, ou du poids idéal. Dans ce cas, un travail d'acceptation de soi et de ses formes corporelles est essentiel.

Il passe par la prise de conscience de la honte et des traumatismes subis, la reconstitution d'une histoire, une acceptation de la personne et de son être corporel. On fera appel aux techniques énumérées ci-dessus.

Enfin, un travail d'affirmation de soi, qu'on pourrait aussi nommer apprentissage de la survie en milieu hostile, permet de mieux faire face à la stigmatisation, en remettant en question les croyances sociales dominantes sur le corps, sur les relations sociales, en sachant s'affirmer tel que l'on est dans les différentes situations sociales. Marcher dans la rue la tête haute, prendre les transports en commun, aller à la plage ou à la piscine, acheter des vêtements, manger en public, lutter contre la discrimination au travail sont des conduites pouvant donner lieu à un travail d'affirmation de soi. Dialoguer avec ses proches, signifier qu'on ne maigrira peut-être pas, s'affirmer dans les relations sentimentales doivent aussi être couramment abordés.

II. L'approche psychodynamique de l'obésité de nos jours

Par psychodynamique, on entend l'ensemble des pratiques qui vont de la psychanalyse traditionnelle aux psychothérapies psychanalytiques, longues ou brèves.

Le terme psychodynamique, introduit par Henri F. Ellenberger, regroupe différentes approches psychothérapeutiques, et évoque le « psychisme en mouvement » à la différence d'une conception figée de la psychanalyse traditionnelle.[4]

La psychanalyse n'est plus ce qu'elle était ; une thérapie longue, incertaine, élitiste, plus centrée sur le « connais-toi » socratique que sur la résolution des conflits intrapsychiques.

Elle n'est pas non plus cette discipline à la mode des années 1960 à 1970 où elle enrichissait les analyses littéraires, les bibliographies et la philosophie. Elle fait aujourd'hui partie, comme Freud l'avait prévu, de l'approche clinique, humaine, dans les multiples domaines de la médecine, de la psychiatrie et de la psychologie pour tout ce qui touche le relationnel plus que la technique.

La question de l'efficacité des approches psychodynamiques se pose évidemment encore aujourd'hui. Il est vrai que cette évaluation échappe à la méthodologie clinique.

Dans le champ des pathologies chroniques qui nous intéressent ici, pathologies chroniques à forte charge psychosomatique que constituent l'obésité et, corollairement, les troubles alimentaires.

A. Ce que le « psy » doit comprendre

Pour le psychothérapeute ou le psychanalyste qui souhaite prendre en charge ce type de patient, certains aspects doivent être connus.

Les questions de surpoids, d'obésité et de troubles alimentaires sont par nature complexes, de causes multifactorielles et ne « guérissent » habituellement pas sous l'effet d'une interprétation psychologique.

Même si la psychologie a toujours son mot à dire dans ces domaines, elle ne peut rien contre les pathologies qui, au fil du temps, deviennent dans la plupart des cas en grande partie irréversibles.

Il existe au sein de cette population, un continuum de sujets, des plus organiques (obésités génétiques) aux plus psychologiques (notamment certains troubles alimentaires clairement psychodéterminés).

Il n'existe pas des patients pour nutritionnistes et des patients pour psychiatre. Cependant, il est vrai que ceux qui ont largement grossi s'adressent plus volontiers aux nutritionnistes en vue d'un amaigrissement, ceux qui souffrent de troubles alimentaires liés à des facteurs psychologiques s'adressent plus volontiers aux psychiatres. De fait, il s'agit souvent des mêmes patients vus à des moments différents de leur « maladie ».

En pratique, dans un grand nombre de cas, on observe un « itinéraire psychosomatique » relativement stéréotypé.

Sur un terrain possiblement génétique marqué de méticulosité et de perfectionnisme, certaines jeunes femmes, et même aujourd'hui des jeunes filles prépubères, présentant une tendance aux rondeurs excessives vont se soumettre, à la faveur du culte de la minceur, à des régimes restrictifs afin de perdre transitoirement 5 à 20% de leur poids initial. La majorité d'entre elles regrossira dans un délai de six mois à deux ans pour se stabiliser au niveau du poids initial. D'autres se maintiendront à toute force dans un statut de maigre, marqué au début d'une lutte active contre la faim. Au fil du temps, la pulsion alimentaire, initialement déniée, finira par s'éteindre, et l'évolution vers une forme d'« anorexie restrictive chronique » sera malheureusement à redouter. Enfin, 5 à 10% d'entre elles, après cette restriction autoprescrite, connaîtront la désinhibition à la faveur d'un épuisement, d'un moment dépressif, d'une alcoolisation festive... sous forme d'un passage à l'acte compulsif (recherche et prise d'un aliment spécifique) ou boulimique (prise d'une grande quantité de nourriture habituellement sans faim). Certaines jeunes femmes alterneront ainsi pendant des années des phases de restriction, qualifiées a trop d'« anorexiques » car elle se privent de manger à leur faim, et de relâchement du contrôle aboutissant à des épisodes boulimiques, avec ou sans stratégies de contrôle de poids, vomissements et jeûnes périodiques notamment. Celles qui n'auront pas recours aux stratégies de contrôle du poids évolueront vers l'obésité malade.[5]

Ces troubles frappent d'avantage les jeunes femmes fragiles psychologiquement, et en particulier celles qui n'auront pas atteint un sentiment de confiance et de sécurité interne leur permettant de s'accepter dans leur image et leur identité.[6] Toute leur vie, certaines personnes, et notamment des femmes qui présentent un investissement plus marqué que les hommes de leur corps tout entier en tant qu'objet érogène, en particulier celles qui compensent un manque à être par un excès d'avoir, verront leur existence basculer entre une tentation anorexique impossible à atteindre ou à maintenir, et un pôle boulimique marqué de tout ou rien en raison même de la restriction cognitive imposée. L'abord strictement comportemental visant la rééducation alimentaire est condamnée à l'échec. Il en est de même de l'approche d'emblée psychodynamique tant les préoccupations corporelles risquent de rendre la tâche plus complexe pour tout travail psychothérapeutique. Seule une approche globale, nutritionnelle et psychologique dans le même temps thérapeutique, peut permettre l'obtention d'un résultat positif, qu'elle soit réalisée par le même soignant ou dans le cadre d'une cothérapie par deux thérapeutes distincts, l'un d'avantage centré sur la nutrition, l'autre sur la psychothérapie.

B. Ce que le « psy » doit savoir

La génétique joue un rôle majeur et reconnu dans 5 à 10% des obésités massives. Pour les surcharges modérées, sa participation est difficile à évaluer dans la mesure où elle se révèle à la faveur de facteurs prédisposants :

- ❖ En premier lieu, l'environnement marqué par une abondance alimentaire jamais connue dans l'histoire de l'humanité. Les pays de l'Est par exemple ont connu une « crise de régime » qui les a amenés à une prévalence de l'obésité devenue alarmante. Le changement rapide de statut socio-économique des sujets ne permet pas en effet leur adaptation ;
- ❖ Il faut également savoir que cette génétique de l'obésité passe par un comportement alimentaire inadéquat ne permettant pas l'ajustement des apports aux dépenses

Le corps « défend son poids », y compris le poids jugé excessif. Il est remarquable d'observer à quel point, pour une majorité des sujets, le poids reste constant au cours de la vie. Ce poids de croisière, ou poids d'équilibre, correspond à ce que les Anglo-Saxons appellent « set-point », niveau auquel on revient naturellement spontanément tant après un amaigrissement qu'après un gain. Certains sujets cependant, les plus prédisposés à l'obésité, « grossissent » plus facilement et ne maigrissent que difficilement.

Ainsi, le corps défend son poids, qu'il corresponde à l'obésité où à la maigreur et nous ne sommes pas libres d'en disposer en fonction des modes et des cultures. Cependant, le corps féminin est davantage exposé aux métamorphoses ; puberté, mariage, grossesses, deuil le marquent d'avantage et plus fréquemment. 50% des obésités se déclenchent, chez la femme, à l'occasion de ces événements à forte connotation psychosexuelle.[7]

L'obésité peut et doit aujourd'hui être comprise comme une maladie. À ce titre, elle comporte une préhistoire (hérédité familiale), des facteurs déclenchants (environnement, événement psychosexuel) et fréquemment des difficultés psychologiques auxquelles le sujet répond et s'adapte par des troubles alimentaires conduisant à l'obésité. Enfin, une phase d'état marquée d'une stabilisation pondérale. Les complications classiques surviennent à tout moment et en particulier au cours de la phase de surcharge maintenue depuis des années.

Ce que le « psy » doit savoir, c'est que ces différentes phases correspondent à des niveaux caloriques différents : la phase dynamique de prise de poids implique des apports importants alors que la phase d'état s'accommode d'apports normaux, voire bas. Cette diminution des dépenses en rapport avec une moindre activité physique renforce l'obésité et éloigne le « psy » de son projet utopique souvent formulé : « quand ma patiente aura résolu ses problèmes, elle reviendra à un poids et à une corpulence normal ».

Le trouble fonctionnel initial devient maladie organique quand le tissu adipeux s'enkyste et se coupe littéralement de la circulation générale, en particulier de certaines influences hormonales.

Il ne s'agit pas tant, pour le patient comme pour son thérapeute, de comprendre le pourquoi et le comment de tel changement de comportement alimentaire ou de tel excès de corps, mais de changer, à la faveur du transfert (ensemble des pensées, affects, tournés vers la thérapeute au fil du travail psychologique.

Cet ensemble fait déjà référence au « déjà vécu » du patient dans le cadre de son environnement personnel, familial, surtout au cours de sa première enfance).

Ainsi, le « psy » doit abandonner sa toute-puissance, quand il s'aventure à répondre en tant que « psy » dans le champ des pathologies nutritionnelles, il doit plus que jamais savoir qu'il lui faut aider le patient à réévaluer ses objectifs quand celui-ci espère obtenir un amaigrissement massif. Une pacification de la relation à l'aliment et une acceptation de soi et de son corps constituent déjà des visées honorables, même si des résultats remarquables, à maints égards, peuvent parfois être obtenus, en particulier dans les formes de début où des troubles alimentaires largement psychodéterminés entraînent des prises de poids rapides auxquelles des réponses psychologiques adéquates peuvent rapidement mettre un terme.[8]

C. Deux exemples de prise en charge

❖ **Un exemple de travail analytique :**

Angélique a 37 ans quand elle commence un travail analytique à raison de trois séances par semaine. Elle est boulimique, sans stratégie de contrôle du poids (ni vomissement ni jeûnes périodiques), et donc obèse avec surcharge du fait modérée. Elle a consulté divers nutritionnistes qui lui ont tous proposé un régime. Elle vient me demander un travail analytique après avoir lu un article dans lequel j'insistais sur les différentes voies qui pouvaient mener à une demande d'amaigrissement.

Angélique va mal : elle est mal dans sa peau, dans son corps et ce malaise retentit évidemment sur la relation du couple. Elle aime son mari, l'apprécie mais ne ressent pas de désir notamment parce qu'elle ne s'autorise pas à être désirée. Nous sommes pourtant loin d'une problématique purement hystérique : le père est décrit comme gros buveur et surtout mangeur. Elle se souvient qu'étant enfant elle s'identifiait à lui en tentant de manger autant et surtout aussi vite que lui. De sa mère, elle se souvient surtout de sa froideur, de sa distance, de son absence totale de tendresse. « Ma mère ne m'a jamais prise dans ses bras », déclare-elle

Au fil du travail analytique, une amélioration se fait jour dans tous les registres.

Au plan personnel, Angélique devient capable de reconnaître et de nommer ses émotions, elle accepte de ne plus dépendre d'une activité professionnelle en groupe et s'autonomise ; sa vie affective et amoureuse devient plus libre, les passages à l'acte boulimique, qui représentaient une lutte contre une angoisse d'anéantissement, deviennent moins fréquents et moins sévères.

Il aura fallu sept années de travail intense pour que les défenses comportementales, « agies », puissent quelque peu se mentaliser ; pour que le corps ne soit plus cet objet de haine rejeté par la mère ; pour qu'un investissement sur le thérapeute ouvre la voie à une relation à l'homme qui ne soit ni seulement orale ni sadomasochiste et pour qu'un sentiment de sa valeur propre se développe et permette un épanouissement socioprofessionnel.

À l'issue de toutes ces années de travail analytique, elle le déclare clairement : « Je ne suis pas vraiment guérie, mais ce travail m'a sauvée ! »

Guérir, au fond qu'est-ce ? Si c'est retrouver l'état antérieur, ce n'est le plus souvent pas souhaitable. Si c'est parvenir à une sérénité imaginée comme permanente et stable, ce n'est sûrement pas dans la nature humaine qui « fonctionne » fondamentalement sur un mode pulsionnel, intermittent, instable. Si c'est faire en sorte de se connaître suffisamment pour ne pas s'aventurer sur des chemins où on pourrait rencontrer des difficultés trop importantes et en tout cas insurmontables pour soi, ce n'est certes pas guérir, mais se rapprocher d'une certaine normalité. [9] Mais, là encore, tant qu'on n'enseignera pas une pédagogie de la guérison [10], chaque souffrance cherchera en vain une issue impossible en ce qu'elle exigera le tout au lieu de se centrer sur l'essentiel, l'autonomie et la reconnaissance de son désir.

❖ **Un exemple de travail de thérapie analytique brève**

Avec Marie-Christine, nous engageons un travail de thérapie analytique brève.

Le cadre reste le même, comme dans toute approche analytique, « on peut tout dire mais rien faire », à l'inverse de ce qui se passe dans la vraie vie où, souvent on fait tout mais on ne dit rien. La parole reste donc au cœur du processus.

La cure principale de Marie-Christine, 32 ans, se déroule sur six mois et une quinzaine de séances. Au moment où elle vient consulter, elle vient de prendre 12 Kilos en quelques mois à la faveur d'un comportement boulimique. Elle approche d'une authentique obésité alors qu'elle est une ex et toujours grande sportive. Elle ne plus n'utilise pas de stratégies de contrôle du poids. Au-delà du comportement boulimique, il existe un fond cyclothymique et une tendance ancienne à l'autoagression sous forme d'automutilations mineures, lésions de grattage surtout.

Il semble que l'épisode actuel ait été déclenché par une banale « rupture sentimentale » : elle a été rejetée par son partenaire. Il s'avère que l'angoisse de séparation et surtout d'abandon a clairement été réactivée par ces paroles qui auraient pu être banalisées.

Marie-Christine se présente objectivement comme une belle femme aux formes harmonieuses et généreuses et qui, pourtant, n'a jamais pu accéder au statut du féminin, ce qui explique ses difficultés avec les hommes.

Après une première phase où le traitement par les antidépresseurs a permis de réduire le comportement boulimique et a favorisé l'investissement dans la relation psychothérapique, Marie-Christine, pour la première fois, reste silencieuse. Elle enchaîne spontanément « Ce sont les autres qui m'ont toujours portée – j'ai peur que ma mère revienne car c'est elle la cause de tout. En vieillissant, j'ai compris qu'elle était malsaine, manipulatrice, sale. C'était une très belle femme – mon père avait reconnu mon frère aîné qui n'était pas de lui. Il battait ma mère, c'était ça le conflit, et moi qui étais la dernière des cinq enfants, je croyais que c'était de ma faute, que je n'étais pas l'enfant de mon père et qu'il la battait à cause de moi. C'est l'une de mes sœurs qui m'a ouvert les yeux quand j'avais 8 ans en me disant que c'était mon frère aîné qui était mon demi-frère. »

Je me permets donc à ce stade de lui faire une remarque : « Il serait temps que vous cessiez d'être une mauvaise mère pour vous ».

Cette séance a constitué une authentique catharsis car, à partir de là, rien ne fut plus comme avant : le comportement boulimique cessa rapidement. Marie-Christine décida de rompre avec son compagnon du moment, vécu comme narcissique et sadique ; puis ce fut un changement professionnel dans lequel le corps n'était plus utilisé comme instrument de travail. Elle se décrit aujourd'hui comme satisfaite de prendre des repas dans un climat de convivialité.

Sans doute, parallèlement à cette problématique identitaire, ne pas être l'enfant de ses parents et peut-être aussi ne pas être reconnue fille, il y'a surtout le fait d'avoir pu surmonter une angoisse de séparation confinante à une angoisse d'anéantissement – à la faveur de la reviviscence, dans la relation thérapeutique, de cette scène primitive d'abandon.

Marie-Christine vient d'ailleurs régulièrement « me voir » comme s'il s'agissait de vérifier que je suis bien là, que je n'ai pas disparu, et qu'elle pourrait, le cas échéant, s'appuyer encore sur moi.

Il s'agit souvent pour le praticien d'être une mère de substitution, une mère suffisamment bonne qui progressivement prendra la place de l'imaginaire maternel défaillant afin que le sujet puisse devenir pour lui-même un bon parent.

À travers ces exemples, on constate que l'approche analytique permet un changement en profondeur autorisant le sujet à être ou à devenir l'auteur et l'acteur de son histoire.

III. Le défi de l'acceptation de soi dans une culture narcissique

« Si je me sens méprisé, je ne pense pas « c'est parce que je suis juif », mais seulement parce que je suis gros. Je ne peux pas me défendre contre cela, car je suis d'accord avec les gens – je pense qu'on doit me mépriser à cause de l'allure que j'ai [...]. Je suis un criminel d'être obèse. [...] je n'ai simplement pas le droit d'être heureux tant que je suis obèse. Si j'étais heureux obèse, les bases mêmes de mon monde seraient ébranlées. » [11]

Cette citation d'Herbert, un jeune homme obèse, illustre bien l'identité négative que développent très souvent les personnes en surpoids. En lutte contre elles-mêmes, ces personnes viennent généralement nous rencontrer après avoir vécu une multitude d'échecs dans leurs tentatives de perdre du poids. Leur corps n'a connu que mépris et déni de ses besoins. Ces personnes cherchent à se sentir mieux, à restaurer leur estime d'elles-mêmes, à être heureuses. C'est des réconciliations avec elles-mêmes qu'elles ont besoins, pas des régimes amaigrissants. Pour elles, cependant, le seul moyen envisageable d'atteindre leurs objectifs est la perte de poids. C'est pour cela qu'il faut parler d'acceptation de soi à ces personnes sans d'abord remettre en question le discours social à l'origine de leur haine d'elles-mêmes risque de n'aboutir qu'à une fermeture défensive rendant impossible toute intervention. En effet, sans pouvoir verbaliser aussi clairement leur perception d'elles-mêmes que ne le fait Herbert dans la citation précédente, ces personnes n'en sont pas moins imprégnées par le discours de notre culture qui réduit l'identité des individus à leur corps, qui a transformé la recherche de santé en critère de mortalité et qui confond systématiquement santé et apparence de santé, santé et minceur.

A. Une image corporelle satisfaisante

La satisfaction de l'image corporelle d'un individu dépend de deux facteurs. Le premier est l'écart qui existe entre son corps et le modèle culturel proposé et, le second, l'importance accordée au fait de correspondre à ce modèle par le groupe culturel et par la personne elle-même. [12] Au regard de la culture occidentale actuelle, on peut affirmer que ces deux facteurs convergent pour créer une insatisfaction profonde face à son image corporelle chez les personnes en surpoids.

Les fondements du corps idéal proposé par la culture occidentale sont la beauté et la santé ; au point de rencontre de ces deux dimensions, on trouve la minceur. Le gros est donc perdant sur les deux tableaux. Sur le plan esthétique, le modèle est plus que mince, il est maigre. Nous parlons de minceur quand l'indice de masse corporelle (IMC) d'une personne se situe au plus bas de ce qu'on qualifie de « poids santé » [13]. Par maigreur, nous entendons un poids correspondant à un IMC plus bas que le « poids santé ».

Le modèle féminin quant à lui est maigre toujours et de plus en plus. Sa diversité ne tient qu'à sa symbolique : certains corps rappellent celui d'une jeune fille prépubère, gracile, osseuse et sans poitrine alors que d'autres s'apparentent à un corps de jeune homme athlétique aux épaules larges, au bassin étroit et aux cuisses musclées exemptés de tout tissu adipeux ; la seule concession à la féminité qui soit faite à ce corps de jeune homme, ce sont les seins, le plus souvent refaits et possédant une rondeur et une fermeté irréelles. Les deux principales représentations esthétiques du corps féminin ne sont donc pas seulement maigres, elles s'opposent également à l'harmonie naturelle d'un corps de femme adulte.

Le corps idéal doit également être en bonne santé, un des indicateurs principaux pour évaluer cet état étant la minceur. On ne retrouve évidemment pas d'éloge de la maigreur dans le discours actuel sur la santé ; on insiste plutôt sur un poids santé, soit un IMC entre 20 et 25. Il est cependant très rare que les articles traitant de poids santé s'accompagnent d'illustrations de corps dont l'IMC se situe entre 20 et 25. Lorsqu'ils sont publiés dans des magazines « grand public », ces articles se retrouvent au contraire entourés de publicités de régimes amaigrissants et de photographies de mode où, encore une fois, tous les modèles affiche un IMC de 18 ou moins. La majorité des gens associent donc un « poids santé » à une image de maigreur. Il est tellement rare qu'une personne de « réel », - en particulier une femme – soit présentée dans les médias que, lorsque c'est le cas, elle est perçue comme souffrant d'embonpoint [14].

B. Combien est-il important de correspondre au modèle culturel

Le fait qu'autant de personnes éprouvent de la difficulté à accepter leur image corporelle ne peut pas s'expliquer uniquement par l'inaccessibilité du modèle proposé. Dans une culture où l'apparence physique n'aurait pas une aussi grande importance que dans la nôtre, cet écart n'entraînerait pas une souffrance morale aussi aiguë. Malheureusement, nous appartenons à une culture où l'individu est réduit à son apparence. Christophe Lasch [15] a été le premier à proposer le terme « culture du narcissisme » pour décrire la culture américaine – aujourd'hui mondialisée – centrée sur l'apparence et uniquement préoccupée par le moment présent, en l'absence de tout lien avec le passé et de préoccupation pour le futur. Cette culture ne serait pas uniquement causée par l'océan d'images dans lequel nous baignons tous, mais proviendrait également de l'abandon de tout espoir de changement collectif provoqué par l'échec des grandes idéologies politiques du XX^e siècle. À cette perception d'impasse sociale s'ajouterait l'angoisse d'un avenir assombri par les désastres économiques et environnementaux. Confronté à la désillusion politique et sociale, à un passé amer et à un avenir incertain, l'individu se serait alors réfugié dans le projet « nouvel âge », centré sur le changement personnel, sur le « ici et maintenant ». Chacun est ainsi devenu l'artisan de son propre bonheur. « Le monde changera quand chacun se sera lui-même transformé », « Vous êtes responsable de tout ce qui vous arrive » sont devenus les slogans de cette politique de capitalisation sur soi encore très actuelle.

La réduction narcissique de l'individu à son corps causée par des facteurs sociopolitiques s'est encore approfondie en raison des nouvelles connaissances scientifiques qui se sont multipliées depuis le milieu du XX^e siècle. Ces découvertes nous ont permis de connaître en profondeur le corps humain, y incluant ses composantes psychophysiologiques (neurotransmetteurs expliquant certaines maladies mentales, effets de la méditation associés à certaines ondes cérébrales...).

Ceci a eu un pour effet d'effacer de plus en plus la dichotomie corps-esprit ou corps-âme qui fondait la conception occidentale de l'être humain, réduisant encore plus l'individu à sa seule dimension corporelle. La multiplication de ces découvertes a rendu possible une prise de contrôle de plus en plus grande du corps en vue d'en corriger les déficiences esthétiques ou médicales. La frontière est mince entre le pouvoir d'agir et l'obligation de le faire. Cette frontière a depuis longtemps été franchie et l'individu se voit chargé de l'obligation de tout mettre en œuvre pour demeurer ou devenir beau, en bonne santé... et donc mince. Une fois l'âme « effacée » de notre conception de l'être humain, la responsabilité personnelle judéo-chrétienne pour le salut de son âme, au lieu de disparaître, a été transférée sur le corps ; l'individu beau, en forme et mince est ainsi devenu l'être sanctifié par cette nouvelle religion de la santé [16].

C. Le corps-identité dans une culture narcissique

Toute personne intègre les normes de sa culture. Il s'agit d'un phénomène normal : en tant qu'être social, l'humain a besoin de l'approbation du groupe dont il fait partie. Ainsi, dans toute société humaine, la personne qui possède les critères de beauté décrétés par sa culture se verra attribuer un ensemble de qualités correspondant à l'idéal moral de cette culture. Le désir d'être conforme au modèle physique idéalisé correspond donc au besoin d'être associé aux valeurs morales du groupe et d'obtenir ainsi une reconnaissance sociale. Il a d'ailleurs été démontré que les personnes dont l'apparence physique est conforme à la norme manifestent une plus grande estime de soi que celles dont les attributs les en éloignent [17]. Loin de l'égoïsme triomphant auquel on associe « l'effet beau = bon », le narcissisme ambiant amène au contraire une grande vulnérabilité de l'être puisque, éduqué dans un contexte où l'apparence tient lieu de réalité, il se retrouve à la merci de toutes les apparences de beau. Cette société qui se vante de permettre aux individus de s'affirmer dans leur individualisé génère plutôt des êtres dont la fragilité intérieure les prive de toute autonomie face aux modèles proposés.

Le discours moralisateur sur la santé ajoute une variable importante à l'équation beau = bon. En effet, si, sur le plan esthétique, « beau = bon », sur le plan moral on peut affirmer qu'« être en santé = bon ». Comme la minceur se trouve au milieu de ces deux dimensions, l'équation première devient « beau = mince = en santé = bon ». Celle-ci constitue l'obstacle central à l'acceptation de soi de la personne obèse, puisque en inversant ses termes nous obtenons : LAID = GROS = MALADE = MAUVAIS

Notre culture n'accepte pas les gros. Dans sa conception religieuse de la santé, la personne obèse, représentation de tous les vices, est devenue la victime d'une nouvelle chasse aux individus mauvais.

La seule preuve d'expiation qu'on acceptera de sa part sera l'admission de ses fautes de glotonnerie et le passage au bûcher des régimes draconiens qui lui permettront de brûler ces graisses malsaines, perçues comme cause de tous les maux.

D. Vivre gros dans une culture de maigres

Le regard que les personnes obèses portent sur elles-mêmes correspond habituellement au regard social. De ce fait, l'émotion principale qu'elles ressentent vis-à-vis de leur corps est souvent la honte. Leur rapport à leur corps est ainsi perverti par cette honte, ce dégoût, cette haine. La personne en surpoids considère son corps comme un ennemi qui la trahi chaque fois qu'il exprime ses besoins, sa faim. Elle se méfie de lui, ne croit pas en la vérité de ses appels. À force de s'en méfier, elle en arrive à couper tout contact avec lui, à l'abandonner. Elle perd ainsi graduellement la capacité de décoder ses messages corporels. La personne obèse agit d'ailleurs souvent comme si son corps n'existait pas, le traitant en « objet nécessaire » qu'il faut bien habiller, mais laissant de côté toute forme de préoccupation esthétique – « Je m'occuperai de mon apparence quand j'aurai maigri, de toute façon, ça ne servirait à rien puisque je suis gros(se), donc laid(e) ».

La honte finit par envahir l'individu de son entier : « Je suis inacceptable, je suis coupable, je n'ai aucune volonté ... ». Nous avons tous déjà rencontré des personnes obèses dont les expériences de vie fournissaient de multiples preuves de leur courage, de leur détermination, de leur force de caractère. De nombreux livres de « psycho grand public » soutiennent d'ailleurs cette croyance que les personnes obèses le sont devenues parce qu'elles manquaient d'estime envers elles-mêmes. Il est donc plus pertinent d'affirmer que la plupart des personnes obèses souffrent d'une faible estime d'elles-mêmes parce qu'en assimilant le regard social, elles ont développé une identité négative.

E. Intervenir auprès des personnes en surpoids

Pour que la personne en surpoids fasse la paix avec son corps, elle doit d'abord se défaire de l'idée que celui-ci est son ennemi. En déconstruisant le discours actuel et en fournissant des informations objectives sur le poids, les régimes et la santé, l'intervenant l'aidera à prendre un recul critique face au discours narcissique et moralisateur sur le poids et la santé. Il deviendra alors impossible d'intervenir à un niveau plus personnel, de toucher le corps et l'estime de soi. Il faudra donc répéter des faits qui peuvent nous sembler évidents – par exemple l'échec démontré des régimes amaigrissants – mais qui ne le sont pas pour la majorité des gens inondés par le discours traditionnel. Souvent, la simple présentation des faits diminuera déjà grandement la chape de la honte qui écrase la personne. Nous pourrions alors l'amener à remettre en question l'image négative d'elle-même qu'elle a développée en intégrant le discours dominant.

Il faudra pour cela aider la personne à identifier son discours intérieur. Parfois, ses verbalisations spontanées permettront d'amorcer la remise en question de son système de croyances. Ainsi, quand une personne affirme qu'elle n'a aucune volonté parce qu'elle ne parvient pas à perdre du poids, nous pouvons examiner avec elle l'ensemble de ses activités et obligations. Après avoir identifié au moins un aspect de sa vie où elle fait preuve de volonté, nous pouvons lui interdire cette généralisation.

Les étapes de restructuration cognitive dont il est question ici sont donc les suivantes :

- ❖ Identifier le discours intérieur ;
- ❖ Identifier au moins un exemple de comportement indiquant que la personne fait preuve de volonté ;
- ❖ Remettre en question l'affirmation première, puisque trop générale et ne s'appliquant pas à toutes les situations et la reformuler de manière plus spécifique.

En nuanciant les généralisations excessives, la technique de restructuration cognitive facilite la remise en question des croyances erronées. Si les verbalisations spontanées de la personne ne permettent pas de connaître son système de croyances relié au poids, nous pouvons lui proposer une série de phrases à compléter qui nous y donneront accès. L'exploration du système de croyances de la personne vise essentiellement à défaire les associations négatives que la personne a développées entre son surpoids et des traits de personnalité négatifs qu'elle s'attribue.

L'intervention auprès de la personne doit également contribuer à rétablir une relation positive à son corps. Pour cela, il s'agira d'explorer divers moyens de reprise de contact avec le corps, en particulier à travers les sens et le mouvement. Dans une culture narcissique, la relation au corps s'établit essentiellement par la vue, le sens lié au modèle social. Le toucher et le mouvement constituent deux portes d'entrée privilégiées permettant de court-circuiter le regard. Cependant, la personne obèse a souvent appris à éviter le contact physique et elle associe généralement le mouvement à une activité visant la perte de poids et entraînant un inconfort (essoufflement, difficulté à se pencher...). La réconciliation avec le toucher et le mouvement doit donc être abordée avec délicatesse. L'utilisation de techniques douces tels que les massages ..., moins associés à la perte de poids, peut faciliter cette exploration. De plus, une telle approche ne doit jamais être imposée à la personne de façon volontariste. Il faut au contraire lui permettre en tout temps d'exprimer ses réticences, ses blocages.

Il est important de développer des modes de contact avec le corps autre que la vue sans toutefois rejeter complètement ce sens. La personne obèse, en « abandonnant » son corps, a souvent mis de côté toute préoccupation esthétique, la jugeant inutile puisque la beauté n'est associée qu'à la minceur.

IV. Les thérapies psychocorporelles dans le traitement du surpoids et de l'obésité

Les thérapies psychocorporelles intéressent depuis relativement peu de temps la médecine de l'obésité. En revanche, elles ont un ancrage plus ancien dans le traitement de l'anorexie mentale, qui, jusqu'à aujourd'hui, s'inscrit dans le champ de la psychiatrie. Dans le premier cas, la dimension somatique est traitée prioritairement, alors que, dans le second cas, quand il n'y a pas d'urgence vitale, la dimension psychologique prévaut. C'est pourquoi, pendant de nombreuses années, l'abord corporel des obésités s'est résumé à une prescription d'activité physique visant à augmenter les dépenses d'énergie pour faire pencher la balance de bon côté. Cela s'avérant dans l'ensemble assez improductif en termes d'amaigrissement durable, la réflexion s'est ouverte peu à peu à une approche corporelle moins thermodynamique. L'anorexie mentale bénéficie quant à elle depuis de nombreuses années d'initiatives thérapeutiques utilisant différentes techniques corporelles : la relaxation, les massages, les enveloppements, la sophrologie, l'ostéopathie, le yoga, la pleine conscience, le tai-chi, la danse, l'expression théâtrale, ... Le but n'étant évidemment pas dans ce cas d'augmenter les dépenses caloriques mais d'amener le patient à reconnaître et investir un corps qu'il rejette, qu'il nie, qu'il tente même de faire disparaître. Dans le surpoids et l'obésité, relatives à la corporéité du sujet et au refus de s'incarner dans le corps qui lui est donné. Le parcours de certain(e)s patient(e)s allant d'ailleurs parfois d'un extrême à l'autre, de l'obésité à l'anorexie et/ou inversement. L'excès de corps, phénomène explosif, comme le trop-peu de corps, phénomène implosif, signent tous les deux une difficulté de vivre dans le corps qu'on a. Dans les deux cas, nous rencontrons des dissociations d'ordre psycho-somato-émotionnel.

A. L'approche corporelle thérapeutique

Les thérapies psychocorporelles tentent, avec des moyens divers et parfois très empiriques, de contribuer au rétablissement d'une unité de la personne autour de ces trois composantes : psychique, physique et émotionnel. Sachant que cette unité se (re)construit à partir de données relationnelles : relation avec son propre corps, à la nourriture est à autrui. Le but premier de l'approche corporelle du surpoids et l'obésité n'est donc pas la perte de poids mais un (ré)investissement du corps qui contribuera peut-être dans un deuxième temps à un amaigrissement il y a une stabilisation durable.

Voici en quelques points les principaux intérêts d'une telle démarche qui, pour être thérapeutique, et avant tout structurant :

- ❖ Obtenir une conscience plus précise de soi ;
- ❖ Aider à l'acceptation de soi ;
- ❖ Prendre goût au mouvement ;
- ❖ Restaurer les perceptions alimentaires ;
- ❖ Assoupir les résistances psychologiques tout en les respectant ;
- ❖ Accéder à une parole « vraie » relié aux perceptions corporelles ;
- ❖ Améliorer l'expressivité corporelle et la relation à l'autre ;
- ❖ Préparer, prolongé ou compléter une psychothérapie verbale.

Actuellement, les propositions de travail corporelle sont foisonnantes. Depuis les années 1960, en France, le courant de la psychomotricité a ouvert la voix dans ce domaine est œuvre pour élaborer un cadre conceptuel et pratique, efficace sur le plan thérapeutique.

Le cœur du projet thérapeutique est de structurer les représentations mentales du corps.

Deux notions se retrouvent souvent dans la littérature : celle d'image du corps et celle du schéma corporel.

Le concept d'image du corps est difficile à cerner, il diffère d'un auteur à l'autre. Il n'est pas transportable au concept de body image développé dans la littérature Nord-américaine, qui induit une prépondérance visuelle dans les perceptions corporelles. Ce qui débouche sur des applications cliniques discutables, qui utilisent le miroir, la photographie ou la vidéo.

L'image du corps se construit à partir de toutes les afférences sensorielles. Ainsi, il existe une image du corps tactile, kinesthésique, olfactive, auditive, et bien sûr visuel. Cette image, c'est imaginaire corporelle pourrait-on dire, est lié à nos expériences affectives et émotionnelles. Elle n'est pas réductible à une image spéculaire ou photographique. Elle est donc extrêmement labile, difficile à cerner et à évaluer.

L'image du corps est articulée au schéma corporel qui, se référant davantage à la neurophysiologie, est la représentation anatomique que chacun se fait de son propre corps, qui permet de se situer dans l'espace et d'interagir avec l'environnement. Le travail sur l'image du corps ne se résume pas à des aspects techniques. Il se structure et s'enrichit dans l'échange et la relation à l'autre.

Dans les faits cliniques, les notions de schéma corporel et d'image du corps sont difficiles à distinguer et n'offrent pas toujours beaucoup d'utilité à l'action thérapeutique. Nous nous référant davantage aux notions de conscience de soi, de corps vécu, d'expérience corporelle, de réalité corporelle immédiate.

Pour le sujet, il s'agit en effet d'accueillir sa réalité corporelle, de percevoir et d'intégrer le domaine corporel qui est sa propriété, pour pouvoir, à terme, mieux l'accepter.

La proprioception s'établit sur les sens kinesthésiques et vestibulaires auxquelles s'ajoutent les sens des différents systèmes corporels :

- ❖ L'enveloppe cutanée, comme contenant étanche avec des orifices ;
- ❖ Le squelette, comme charpente avec des chaînes osseuses articulées ;
- ❖ Les muscles avec leurs variations toniques ;
- ❖ Les viscères et les organes qui se remplissent et se vident.

Tous ces éléments doivent s'agencer en une perception globale et cohérente. Cette cohérence s'établit sur une structuration anatomique et fonctionnelle du corps dans sa relation intime à la gravité terrestre.

B. Le ressort psychomoteur

Le ressort psychomoteur est défini comme un système élastique qui gouverne l'unité de l'être humain. Il met en relation les éprouvés physique, émotionnel et psychique.

Le centre physique se situe dans la sphère abdomino-pelvienne. Il correspond aux besoins primaires tels que la faim, le sommeil, la sexualité...

Le centre émotionnel se situe dans la sphère thoracique. Il correspond à la vie affective et relationnelle du sujet, aux confluits du physique et du psychique.

Le centre psychique se situe dans la sphère céphalique. Il correspond au monde de la pensée, de l'imaginaire et de la vie spirituelle.

L'axe moteur est matérialisée par les membres inférieurs prolongés par la colonne vertébrale. Il canalise l'énergie vitale qui parcourt le corps verticalement à partir du contact terrestre.

Un certain nombre d'auteurs à des époques diverses ont décrit cette organisation stratifiée de l'être humain. Tous reprennent l'une des plus anciennes représentations mythologiques de l'humanité : celle du sphinx. Ajoutons que, de la méditation à la danse, nombres de pratiques corporelles à visée spirituelle requièrent un ajustement postural précis sur la verticale.

Ce schéma nous permet aussi de situer le niveau d'intervention des thérapies psychocorporelles au regard des autres grandes familles thérapeutiques.

Les psychothérapies verbales s'adressent à la tête, elles s'intéressent aux cognitions ou à l'inconscient psychique.

Les thérapies émotionnelles s'adressent au cœur et s'attachent à l'identification, l'acceptation et l'expression des émotions.

Les thérapeutiques somatiques, elles, s'adressent au ventre et vent de la prise de médicaments à la chirurgie digestive.

Enfin, **les thérapies psychocorporelles** agissant sur l'axe moteur tentent de recréer des liens entre les différentes sphères, de redonner de la mobilité est un élan vertical à la structure d'ensemble. Cela caractérise notamment les approches psychomotrice et ostéopathique.

Remarquons encore que le cheminement des aliments à l'intérieur du corps bas de la bouche à l'anus en traversant les trois sphères, céphalique, thoracique et abdomino-pelvienne. L'aliment nourrit ces trois espaces et satisfait des besoins d'ordre nutritionnel, affectif et imaginaire.

(Voir schéma 1 en annexe)

C. Les dissociations psychomotrices

La préférence d'un travail corporel à une autre approche ne se fait pas par défaut, ce doit être un choix délibéré, en réponse à la problématique singulière du patient. Les composantes de cette problématique vont de l'incapacité à identifier ses sensations corporelles jusqu'à la perception d'une image corporelle quasi délirante qui confine à la dysmorphophobie comme dans le cas de l'anorexie mentale. Le sujet est alors décalé de son corps qui n'est plus le référent spatio-temporel de son existence, il ne l'habite pas, et c'est là sa souffrance.

Allant de pair avec une verbalisation dépourvue de vécu, Le fonctionnement rationnel prévaut, c'est accompagnant souvent de restriction cognitive, parfois d'alexithymie.

Fréquemment, nous rencontrons des personnes décrivant leur corps comme scindé en deux ou trois parties, à la taille ou au cou le plus souvent. Cela reflète une situation où la personne est coupée de son corps, parfois de ses besoins les plus primaires tels que la faim, parfois de ses émotions, parfois de son imaginaire.

Cela est dû en particulier à la présence de ce que nous appelons des dissociations psychomotrices dont voici les caractéristiques :

- ❖ Les intermasses (vertèbres lombaires et cervicales) représentent Les zones de mobilité et de communication entre les trois masses (tête, thorax, bassin) ; elles sont vulnérables et susceptibles de se bloquer, ne laissant plus passer le mouvement.
- ❖ La mauvaise qualité des appuis, le défaut d'ajustement du tonus postural à la pesanteur, le rapport perturbé à la terre-mère nourricière, la non-acceptation du poids du corps entraînent une rigidité de l'axe moteur et des incoordinations motrices.

La Terre est symboliquement notre mère nourricière à tous, or il se trouve que le nouveau-né trouve sa sécurité dans les bras de sa mère, notamment pour la tétée ; cette sécurité n'est éprouvée que si les bras sont chaleureux, solides et enveloppants, alors l'enfant peut confier tout son poids au bras de sa mère et se détendre en toute confiance. La rigidité de l'axe moteur cloisonne les différents centres physique, émotionnel et psychique qui ne communiquent plus entre eux à l'image d'une respiration souvent bloquée.

Les troubles des conduites alimentaires sont le reflet de dissociations psychomotrices. Cependant, toutes les dissociations psychomotrices n'entraînent pas de troubles de conduites alimentaires.

Ce qui est remarquable dans cette description, c'est à quel point les conflits d'ordre psycho-émotionnel sont inscrits dans la réalité fonctionnelle du corps, pour peu qu'on sache les observer et les identifier. Il s'agit de mettre le patient en contact avec ses éprouvés corporels puis de le laisser, par des mécanismes inconscients, se réorganiser lui-même.

L'une des difficultés de cette démarche et de sortir le corps du banal, d'amener le patient, par ses expériences corporelles quotidiennes, à vivre son corps de façon inédite.

On apprendra donc au patient à être plus présent à ses sensations, à fonctionner en gestes conscients, à prêter attention à sa respiration, à sa posture, à la qualité de ses appuis quand il marche... Il sera donc précisé aux patients qu'il s'agit plus pour lui d'apprendre quelque chose de son corps, plutôt que de lui apprendre quelque chose à faire.

(Voir schéma 2 en annexe)

D. La cothérapie dans l'intérêt du patient

Le début d'un parcours corporel au présent de souvent pour le patient qui s'y engage en voyage dans l'inconnu. Nous insistons sur l'aspect extrêmement mobilisateur du travail corporel et potentiellement déstabilisant si les modalités du cadre thérapeutique ne sont pas bien définies.

Proposer une thérapie psychocorporelle est une autre voix qui peut s'accorder avec d'autres approches et les rendre plus performantes. Surtout, éloignons-nous de cette pensée qui véhicule l'idée que si ça ne fait pas de bien, ça ne peut pas faire de mal. Même si le travail corporel recèle des aspects ludiques et parfois festifs, ses objectifs ne sont ni occupationnels ni divertissants. Ce travail doit s'inscrire dans un projet pour et avec le patient, projet dans lequel toutes les actions thérapeutiques se coordonnent et se complètent, selon les principes de la cothérapie.

Le cœur du projet cothérapeutique est de rendre le patient autonome.

Il s'agit de lui éviter une errance qui le pousse à épuiser successivement chaque approche l'une après l'autre sans être payé de retour.

La cothérapie, c'est offrir au patient plusieurs points d'appui, dont un référent médical, un psychothérapeute et un thérapeute corporel.

Les spécialistes de la tête doivent connaître les approches corporelles plutôt que de s'en méfier en décrétant leur dangerosité ou leur inefficacité. Réciproquement, les spécialistes du corps ne doivent pas ignorer les bases d'une relation psychothérapeutique. L'espace cothérapeutique constituerait alors un lien d'exploration et de découverte d'une unité corps-esprit.

E. Les modalités du travail psychocorporel

Les séances sont individuelles ou collectives : la première étape répond plutôt un travail individuel tandis que la deuxième et la troisième répondent à un travail collectif en petit groupe. La fréquence des séances est une fois par semaine, leur durée varie d'une heure pour les séances individuelles à une heure trente voir deux heures pour les séances collectives.

On peut aussi envisager des sessions collectives ponctuelles, en résidence, sur deux ou trois jours.

Prenons un exemple de prise en charge d'une patiente nommée Christiane

Christiane a 38 ans, elle est adressée par un médecin nutritionniste après trois ans de suivi. Elle s'est investie par ailleurs pendant sept ans dans une psychothérapie analytique qui se termine et qui lui a permis dit-elle de régler ses comptes avec sa mère. Son poids actuel est de 82 kg pour 1m65 alors qu'elle était au maximum de son poids à 88 kg au début du suivi nutritionnel. Elle pesait 65 kg à 17 ans, âge auquel elle a commencé à être soumise à une série de régime très durs. Son comportement alimentaire révèle encore une alternance de périodes de contrôle drastique et de périodes de relâchement qui s'accompagnent d'épisodes compulsifs. Elle dit que son objectif pondéral est 60 kg. Elle n'aime pas les activités physiques et sportives en général, mais il a beaucoup apprécié la natation, le ski et le patin à glace et a par ailleurs fait de la danse classique dont elle a été rejetée à cause de ses rondeurs. Elle est très susceptible sur intérêt d'un travail corporel et oscille entre le « il faut maigrir pour que je m'accepte » et le « il faut que je m'accepte pour maigrir ». Aujourd'hui, ne se considérant plus comme une femme, elle n'a plus de désir sexuel.

Dès les premières séances, les exercices corporelles l'amènent à prendre conscience qu'elle s'extrait systématiquement du moment présent. Elle est vite envahie par sa pensée et se déconnecte de ses perceptions corporelles. La relaxation révèle sa difficulté à accepter le calme.

Au bout de quatre mois, elle commence à pratiquer des exercices chez elle. C'est là une étape importante. Son corps commence à l'intéresser autrement, elle l'écoute et l'observe moins, et ne le considère plus comme une chose inerte.

La relaxation et maintenant mieux vécue, le corps plus détendu, plus disponible, nous abordons maintenant la structuration des mouvements et de la posture. Elle sent que des choses « s'emboîtent ». Ces choses, ce sont avant tout les différentes parties de son corps jusqu'ici vécues de façon isolée : les jambes s'articulent au bassin, les bras à la colonne vertébrale... Alors que son schéma corporel se précise, elle commence à éprouver du plaisir à bouger.

Nous passons progressivement à un travail debout, ce qui permet de travailler les appuis, la verticalité et indirectement l'affirmation de soi. Peu à peu, nous introduisant des exercices interactifs avec un contact et les déplacements.

En dehors des séances, elle reçoit des compliments de son entourage qui trouve qu'elle a maigri. En fait son poids est resté autour de 80 kg, mais elle tient mieux son corps, elle paraît plus élancée, moins engoncée et plus ouverte. En effet, on peut dire que Christiane a intégré son moi corporel : elle s'est recentrée, densifiée et ne parle plus de son corps comme d'un objet.

Au bout de trois ans de travail régulier, Christiane a maintenant une relation apaisée avec la nourriture : elle « cogite moins » et prend le temps de « déguster les aliments ». Son poids est descendu à 72 kg, ce qui semble être un poids stable et accepté bien qu'éloigné de son objectif initial, mais ça, elle n'en parle plus.

Elle s'est ouverte aux autres, participe maintenant à un cours de danse africaine et s'est remise à la natation. Elle a enfin réussi à faire la paix avec elle-même.

Conclusion

Passer d'une alimentation contrôlée sur un mode volontariste à une alimentation contrôlée par les sensations alimentaires permet donc de diminuer l'anxiété, la culpabilité et les obsessions attachées aux conduites alimentaires et procure au patient un réel soulagement.

Dans bien des cas, le traitement de la restriction cognitive aboutit à une perte de poids en permettant au mangeur de retrouver son poids d'équilibre. Ce qui nous semble être en l'état actuel de nos moyens d'action le seul objectif thérapeutique raisonnable et maintenable dans le temps. Mais le traitement de la restriction cognitive n'est pas le traitement exclusif du surpoids et de l'obésité, pas plus qu'il n'est le traitement exclusif des troubles du comportement alimentaire. Il doit être compris comme l'un des éléments d'une prise en charge triaxiale, comportant en outre un travail sur les aspects psycho-émotionnels causes et conséquences des débordements alimentaires, ainsi que sur l'acceptation et l'affirmation de soi. L'obésité augmente dans une société occidentale centrée sur l'apparence et sur la santé comme nouvelle forme de vertu. L'apparence et sur la santé comme nouvelle forme de vertu. Il faut donc s'attendre à rencontrer de plus en plus de personnes souffrant de graves problèmes d'estime de soi associés à leur surpoids. Pour les aider, il faudra s'attaquer au discours dominant tout en sachant que celui-ci, omniprésent, fera constamment contrepoids à nos efforts. Les troubles alimentaires sont l'expression d'une souffrance qui engage fortement le rapport à soi, allant du désamour au rejet le plus total. Ce rapport à soi ne se (re)construit ni en scrutant sa balance ni en scrutant son miroir, mais dans la relation à l'autre. Car nous avons besoin - faut-il le rappeler - de l'autre, des autres, pour exister, pour nous construire. Au-delà de tout aspect technique, la prise en charge des troubles des conduites alimentaires nécessite une relation d'aide thérapeutique offrant une qualité relationnelle et humaine. Pour commencer à s'accepter, il faut que l'autre accepte de nous écouter, de nous regarder et de nous toucher. Et c'est autre peut être le thérapeute. Nous pouvons alors nous demander comment travailler sur le goût lors de la prise en charge d'un adulte obèse ?

Résumé en anglais

Moving from a voluntarily controlled diet to a diet controlled by food sensations therefore reduces the anxiety, guilt and obsessions associated with eating behaviours and provides the patient with real relief.

In many cases, the treatment of cognitive restriction leads to weight loss by allowing the eater to return to a healthy weight. This seems to us to be the only reasonable therapeutic objective that can be maintained over time, given the current state of our means of action. But the treatment of cognitive restriction is not the exclusive treatment of overweight and obesity, nor is it the exclusive treatment of eating disorders. It must be understood as one of the elements of a triaxial treatment, including work on the psycho-emotional aspects, causes and consequences of overeating, as well as on self-acceptance and self-assertion. Obesity is on the rise in a Western society focused on appearance and health as a new form of virtue. Appearance and health as a new form of virtue. We can therefore expect to see more and more people with serious self-esteem problems associated with being overweight. To help them, we will have to tackle the dominant discourse, knowing that it is omnipresent and will constantly counterbalance our efforts. Eating disorders are the expression of a suffering that strongly engages the relationship to oneself, ranging from dislike to total rejection. This relationship with oneself is not (re)constructed by looking at one's scales or one's mirror, but in the relationship with the other. For we need - it must be remembered - the other, others, to exist, to build ourselves. Beyond any technical aspect, the treatment of eating disorders requires a therapeutic aid relationship offering a relational and human quality. To begin to accept oneself, the other must agree to listen to us, to look at us and to touch us. And this other can be the therapist. We can then ask ourselves how to work on taste when dealing with an obese adult?

Annexes

Schéma 1 : Le ressort psychomoteur

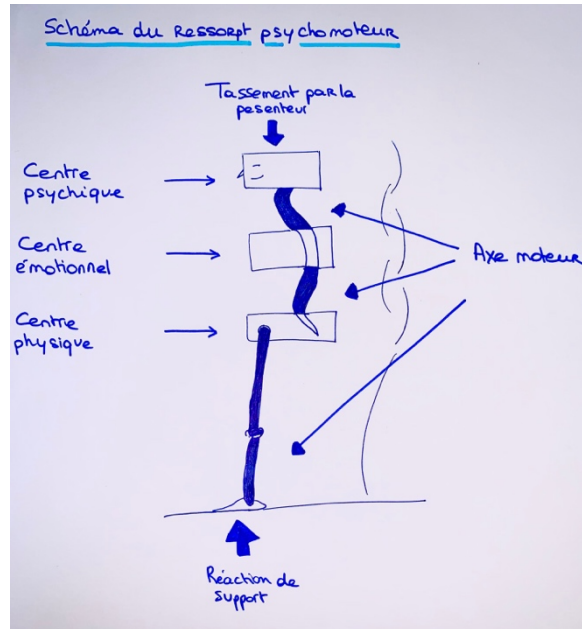
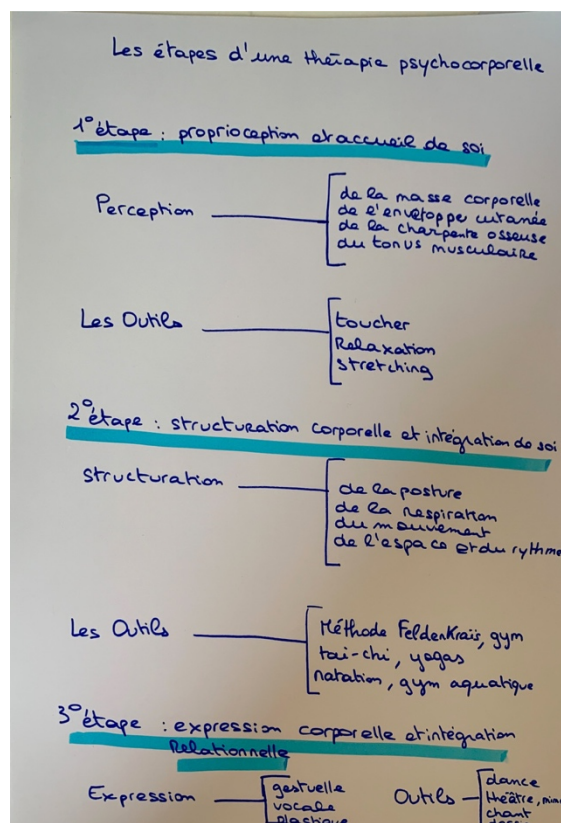


Schéma 2 : Les étapes d'une thérapie psychocorporelle



Bibliographie

- [1] Herman C. P et Polivy J., "Anxiety, restraint and eating behavior", *J. of Abnormal Psychol.*, 1975, vol. 84, n°6, p.666-672.
- [2] Polivy J. et Herman H., "Good and bad dieters. Self-perception and reaction to a dietary challenge", *Intern. J. Eating Disorders*, 1991, 10, p.91-99.
- [3] Apfeldorfer G. et Zermati J.-P, « La restriction cognitive est un trouble du comportement alimentaire », *J. nutrition clinique*, 2006 ; Apfeldorfer G. et Zermati J.-P, « Protocole de traitement de la restriction cognitive. 35° Journées scientifiques de thérapie comportementale et cognitive » (14-15 sept.2007, Paris), *J.thér.comportementale et cognitive*, 2007, 17, hors série, p.21.
- [4] Ellenberg H.F., *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Paris, Fayard, 2001
- [5] Kaye W. H. et Strober M., "Neurobiology of eating disorders", in Charney D.S., Nestler E. J. et Burney B. S (éd.), *Neurobiology of Mental Illness*, New York, Oxford University Press, 1999, p. 891-906; Kaye W. H., "Central nervous system neurotransmitter activity in anorexia nervosa and bulimia nervosa", in Fairburn C., Brownell K. D. (éd), *Eating Disorders and Obesity*, New York, Guilford Press 2002, p.272-277
- [6] Stern D., *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, 1989, p.381
- [7] Aimez P., « Violences alimentaires et psychométamorphoses du corps féminin », *Social Science Information*, 1983, n°22, 6, p. 927-940.
- [8] Waysfeld B., « Résultats du traitement de l'obésité. Quelques notes et réflexions », *Tempo Médical*, 1980, 55, p. 11-24.
- [9] Canguilhem G., « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1978, 17, p. 13-26.
- [10] Bergeret J., *La Personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, 1974.
- [11] Traduction libre des propos d'Herbert in Stunkard A. J., *The Pain of Obesity*, Palo Alto, Bull Publishing Company, 1976, p. 180.
- [12] Fallon A., « Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image », in Cash T. F. et Pruzinsky T., *Body Image. Development. deviance and change*, New York, The Guilford Press, 1990.

[13] Poids santé de « poids d'équilibre » telle que Bennett et Gurin (1982) comme « celui que nous maintenons normale- ment, plus ou moins quelques kilos, quand nous n'y pensons pas ».

[14] Embonpoint : attardons-nous à l'ironie de ce terme qui, à l'origine, signifiait « en bonne santé ».

[15] Lasch C., La Culture du narcissisme, Castelnau-le-Lez, Climats, 2000.

[16] Queval I., Le Corps aujourd'hui, Paris, Gallimard, 2008.

[17] Lerner R. M. et Jovanovic J., « The role of body image in psychosocial development across the life span : A developmental contextual perspective », in Cash T. F. et Pruzinsky T. (éd.), Body Image. Development, deviance and change, op. cit.