

Expérience d'une prise en charge interdisciplinaire de l'obésité

Experience of obesity's treatment by an interdisciplinary team

M. Vindevogel, B. Farber, L.M. Gourmet, P. Verbanck, M. Kutnowski et P. Minner

Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale et Clinique Interdisciplinaire du Traitement de l'Obésité, C.H.U. Brugmann

RESUME

Nous avons mis en place au Centre Hospitalier Universitaire Brugmann une prise en charge de groupe structurée, délimitée dans le temps, pluridisciplinaire et tenant compte de l'origine multifactorielle de la surcharge pondérale. Celle-ci se structure principalement autour de trois axes, à savoir l'axe d'éducation nutritionnelle, l'axe corporel et l'axe d'expression émotionnelle. La philosophie qui sous-tend le travail, chacun des axes cités ainsi que les résultats sont présentés.

Rev Med Brux 2006 ; 27 : S 375-82

ABSTRACT

Owing to the multifactorial origin of obesity, we have created an interdisciplinary team devoted to a limited-in-time treatment, following three axes : nutritional education, body self-perception and emotions expression. The philosophy of this approach and some results are presented.

Rev Med Brux 2006 ; 27 : S 375-82

Key words : interdisciplinary treatment, nutritional education, body self-perception, emotions expression

INTRODUCTION

Nous avons mis en place au C.H.U. Brugmann, une prise en charge de groupe structurée, délimitée dans le temps (12 journées d'hospitalisation de jour au rythme d'une journée tous les 15 jours), multidisciplinaire et tenant compte de l'origine plurifactorielle de la surcharge pondérale.

Les participants nous sont adressés par les médecins de la Clinique Interdisciplinaire du Traitement de l'Obésité. Ils sont tous en surcharge pondérale (Indice de Masse Corporelle - BMI entre obésité modérée et massive variant en moyenne entre 30 et 45) et partagent un désir de maigrir sans y parvenir durablement. La plupart ont un long passé d'excès pondéral. Ils ont souvent alterné phases de régimes stricts et phases d'excès. La plupart du temps, leur rapport à la nourriture est devenu conflictuel. Beaucoup ont développé des troubles du comportement alimentaire allant de l'hyperphagie aux grignotages et au *binge eating*.

Nous allions une approche comportementale des habitudes alimentaires à un programme d'éducation nutritionnelle. De plus, confrontés à une problématique au sein de laquelle les registres du somatique et de l'agir tendent à prendre le pas sur ceux de la pensée et de l'affectivité et au sein de laquelle les limites entre le dedans et le dehors sont souvent floues, nous avons complété notre prise en charge par un travail par le corps et par la parole qui favorise le recentrage sur soi ainsi que l'émergence d'une élaboration mentale.

Ainsi, le travail que nous proposons se structure autour de trois axes :

- **Axe d'éducation nutritionnelle** animé par notre diététicienne, B. Farber : une information relative à la mise en pratique des principes d'une alimentation équilibrée et agréable, à la composition des aliments, à l'étiquetage commercial, aux techniques de cuisson, aux portions recommandées est complétée par une analyse critique des divers régimes proposés sur le marché ainsi que par des ateliers de cuisine dont un des objectifs est de montrer que manger peu calorique ce n'est pas

nécessairement manger fade.

- **Axe corporel** animé par notre kinésithérapeute, L.M. Gourmet : un programme de relaxation sophrologique et d'apprentissage à l'autorelaxation est sous-tendu par les quatre finalités suivantes : favoriser la perception consciente du corps, retrouver des sensations corporelles positives et agréables, apprendre ou réapprendre à se détendre, proposer la relaxation comme une alternative à la prise alimentaire.
- **Axe d'expression émotionnelle** animé par notre psychologue, M. Vindevogel : un espace de parole et de pensée est offert à chaque participant afin de lui permettre de mieux appréhender sa relation à la nourriture et de réfléchir à la concrétisation de changements dans ses habitudes alimentaires.

Les participants sont également vivement encouragés à reprendre une activité physique. A chaque journée, ils ont l'opportunité de participer à des séances de remise en mouvement animées par une kinésithérapeute indépendante, E. Marré : fitness avec rameur, vélo et tapis de marche.

Le midi, les participants reçoivent un repas diététique qu'ils partagent avec un intervenant. Loin d'être anodin, ce moment est particulièrement riche en observation et " expérimentation ". D'une part, les patients expriment de nombreuses comparaisons en quantité et en qualité entre le repas servi et ce qu'ils ont l'habitude de manger à domicile. D'autre part, cette heure de table est l'occasion d'une sensibilisation à la perception de la sensation de satiété. Ressentent-ils une sensation de faim physiologique avant de commencer à manger ? Arrivent-ils à manger plus lentement ? Sentent-ils la faim qui disparaît progressivement au cours du repas ? Parviennent-ils à tenir compte de cette information ? Ainsi, par exemple, une dame se rendit compte qu'elle n'avait plus faim alors qu'il restait encore des aliments dans son assiette. Néanmoins, bien qu'elle ait perçu cette sensation, elle termina quand même son plat. Ceci fut repris avec elle dans les discussions de groupe afin de mettre en évidence les tenants et aboutissants d'un tel comportement.

Au travers d'une telle approche, nous cherchons à amener les patients à gérer de façon active leur surpoids, ce qui n'est pas toujours une mince affaire. Beaucoup s'en remettent passivement aux intervenants, qu'ils supposent dotés d'un savoir miraculeux et tout-puissant. " Maigrissez-moi ". Ils attendent qu'un déclic tombe du ciel. Ils souhaitent que leurs difficultés se résolvent comme par magie sans trop leur demander d'efforts, d'implications personnelles et de remises en question.

Nous partageons le point de vue du Dr Apfeldorfer, lorsqu'il stipule que pour maigrir durablement, il faut changer son alimentation à vie c'est-à-dire mettre en place de nouvelles habitudes alimentaires que l'on se sent capable de maintenir toute sa vie et qui préservent les dimensions à la fois sociale

et de plaisir. A sa suite, nous avons donc pris le parti de ne pas prescrire de régime et nous encourageons les participants à œuvrer à la mise en place d'un nouveau mode alimentaire sans aliments tabous (leur instauration précipite les rechutes), qui soit compatible avec un " poids de confort " (qu'il convient de distinguer du poids idéal) et qui n'engendre pas de privations draconiennes impossibles à tenir dans la durée.

Cette philosophie de travail amène les participants à effectuer un double travail de deuil, de renoncement. S'ils font le choix de perdre du poids (car maigrir est un choix, on peut choisir de ne pas maigrir), ils doivent accepter, non seulement, qu'ils ne pourront plus jamais manger comme avant, mais également, que maigrir durablement, c'est maigrir lentement.

AXE D'EDUCATION NUTRITIONNELLE

Causes nutritionnelles de la prise de poids

D'un point de vue strictement nutritionnel, sachant que les causes de l'obésité sont multifactorielles, j'ai retenu quelques facteurs nutritionnels dont il faudra tenir compte pour adapter la prise en charge de ces patients.

- La prise de poids est logiquement due à un excès des ingestas par rapport aux dépenses énergétiques : c'est surtout le pourcentage élevé de lipides (graisses) qui est en cause.
- Au niveau du comportement alimentaire, on observe :
 - des troubles du rythme alimentaire : alimentation très déstructurée, absence de petit-déjeuner, prédominance du repas du soir, grignotages importants ;
 - pulsions alimentaires : très fréquentes chez les patients obèses, elles seraient en partie dues à la restriction cognitive.

Lorsqu'on analyse les carnets alimentaires des patients, on est surtout frappé de voir que leur alimentation est très raffinée (céréales, riz et pâtes blanches, pain blanc), contient peu de fruits et de légumes, beaucoup de viandes grasses et de charcuteries, souvent trop peu de laitages, beaucoup de sucres ajoutés (limonades, biscuits, bonbons).

Axe d'éducation nutritionnelle

Le but de ces séances est :

- d'informer les patients sur ce qu'est une alimentation équilibrée (en insistant sur le contenu en nutriments essentiels de celle-ci) ;
- essayer de les " réconcilier " avec l'alimentation ;
- leur montrer que l'on peut manger mieux et quand même avec plaisir.

Chaque séance comprend, en plus d'une partie théorique, des questions – réponses.

Le programme est adapté en fonction des attentes des participants.

Nous axons les séances sur de l'information collective ; les conseils peuvent être ciblés en fonction des participants, mais il n'y a pas de plan alimentaire individuel fourni.

Programme des séances

1. Pyramide alimentaire

Le principe de l'alimentation équilibrée est expliqué au cours de plusieurs séances à l'aide de la pyramide alimentaire modifiée.

On insiste sur :

- la consommation de boissons non sucrées
- la priorité de privilégier la consommation de légumes et de fruits
- la préférence de céréales complètes
- la limitation des produits laitiers entiers et des viandes grasses
- le bon usage des graisses visibles
- la modération pour tous les aliments de forte densité énergétique.
- détails des aliments composant chaque famille : classement en fonction de leur densité énergétique
- notions des techniques de cuisson appropriées
- répartition entre les différents repas : importance du petit-déjeuner et du dîner, gestion des apports du souper.

A la suite de la théorie, il y a une séance d'exercices pratiques où les patients doivent reconstruire la pyramide.

2. Régimes divers

La plupart des régimes connus des patients sont résumés, ainsi que les conséquences négatives que ceux-ci peuvent avoir à court ou long terme :

- un régime carencé en protéines et vitamines entraîne une perte de muscles
- celle-ci se traduit par une baisse du métabolisme de base
- ce qui entraîne un ralentissement de la perte de poids
- plus le régime est carencé, plus on est vite fatigué, sans force, ce qui contribue encore à réduire les dépenses en énergie
- à l'arrêt du régime, si on remange comme avant (ou parfois plus, suite aux privations de certains aliments, il y a un risque de perte de contrôle et d'excès), on reprend le poids perdu (plus un supplément dû à la diminution des besoins en énergie)
- bilan : on a échangé une partie des muscles contre de la graisse, souvent, le poids a augmenté.

Ceci afin de bien montrer que c'est un changement à long terme des mauvaises habitudes alimentaires qui sera efficace et non un régime déséquilibré suivi sur une courte période.

3. Etiquetage

On apprend aux patients comment lire les étiquettes, quelles sont les mentions obligatoires, ce qui est important pour eux (étiquetage nutritionnel). Des exemples permettent d'illustrer cet exercice. Ainsi, on compare la composition du chocolat ordinaire et " pauvre en sucre ", ce qui démontre que tous les produits " de régime " ne sont pas allégés.

4. Analyse des carnets alimentaires

Les carnets alimentaires sont analysés (en plus du travail fait par la psychologue) au niveau nutritionnel : les besoins nutritionnels en vitamines, fibres et minéraux sont-ils couverts, quelles corrections peut-on apporter à ces modes alimentaires ? ...

5. Recettes et collations

Des recettes de cuisine utilisant des techniques d'allègement en graisses et en sucres sont fournies, ainsi que des exemples de collations qui peuvent être intégrées dans leur alimentation.

6. Ateliers pratiques

Les dernières séances sont consacrées à deux ateliers pratiques qui nous permettent de cuisiner et déguster un repas ensemble. Certaines techniques de cuisson (vapeur, papillote, usage de la feuille de cuisson, etc.), des produits moins connus (riz ou pâtes complets, etc.) ou des recettes allégées de sauces ou de desserts sont illustrés au cours de ces ateliers. Au cours des autres séances, un repas " allégé " préparé par la cuisine de l'hôpital est servi aux patients.

Résultats

Les changements alimentaires les plus significatifs portent sur :

- le choix d'aliments plus " sains "
- la diminution voire la suppression des grignotages
- la diminution de la consommation d'aliments très denses en énergie (concentrés sucrés, limonades, aliments très gras)
- l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes
- globalement, la diminution des quantités
- l'utilisation de techniques de cuisson différentes
- la répartition plus adéquate de l'alimentation sur la journée.

Les participants sont en général satisfaits du programme diététique. Même si la plupart au début disent " savoir ce qu'il faut faire ", ils ont toujours quelque chose à apprendre et sont de plus en plus demandeurs au fur et à mesure des séances. Une relation de confiance et de respect mutuel s'établit, car il n'y a jamais de notion de jugement de la diététicienne sur ce que les patients font (ou disent faire).

AXE D'EXPRESSION CORPORELLE

Introduction : le vécu de l'obèse

Le sujet obèse vit dans un monde où la pesanteur lui semble plus accrue. L'impression de poids du corps dépend aussi du degré de tension musculaire (ou tonus musculaire). L'immobilité jointe à une baisse de tension musculaire favorise la mollesse du corps et augmente la sensation de lourdeur. Le poids du corps semble si intense que l'image de celui-ci s'en trouve déformée.

Les obèses se perçoivent plus petits, plus trapus qu'ils ne le sont en réalité.

En cas d'excès de poids important, les zones porteuses (plante des pieds, dos, fessier), les articulations (genoux, chevilles) sont douloureuses.

Tout mouvement (marcher, monter les escaliers, courir après le tram) demande un effort important. Afin d'éviter les sensations d'épuisement, il recherche l'immobilité. Lorsque les mouvements deviennent impossibles (exemples : se lacer les chaussures, se gratter le dos), certaines parties du corps deviennent hors de sa portée et de ce fait tendent à être ignorées. Il en est de même des zones douloureuses.

Tout cela modifie la sensation du corps en profondeur ainsi que son image. Notre patient de plus en plus immobilisé se perçoit comme une masse indifférenciée.

Nous retrouvons également une honte et une haine à l'égard de leur corps. Ils désinvestissent également les zones haïes comme si elles étaient gommées. Lorsque tout le corps est rejeté, c'est alors l'image globale du corps qui devient floue et fantomatique. L'obèse ne reconnaît pas son corps, le refuse en fuyant les miroirs et les balances. Il essaie de le nier, tout cela peut conduire au sentiment d'inexistence corporelle, au sentiment de vide intérieur contre lequel il s'agit de lutter et paradoxalement en mangeant afin de se créer des sensations de vie.

Désireux d'oublier son corps réel (zones douloureuses, rejetées, niées), notre patient tend à promouvoir un corps imaginaire idéal, c'est-à-dire qu'il tente de substituer au corps réel une image du corps idéalisé. Pour moins sentir le corps, il bouge moins.

Dans l'immobilité et la passivité, la différenciation entre le dedans et le dehors s'estompe au niveau sensoriel. Cela permet plus aisément de se libérer du corps réel et ainsi de recréer une image du corps idéalisé (en rêve, il rêve d'être mince).

Compte tenu de tous ces éléments, il a semblé judicieux à notre équipe de travail de proposer au patient qui consulte une prise de conscience plus positive de son corps. L'approche corporelle que nous leur proposons sera de réconcilier et de se réconcilier

avec les sensations, la perception du corps ainsi qu'avec son image. Il s'agit aussi de réinvestir le corps en retrouvant des sensations agréables et positives.

Apport de la relaxation sophrologique

Notre approche corporelle va se servir de la relaxation sophrologique.

Situons succinctement cette méthode : la sophrologie (du grec : *òìò* = harmonie, *phren* = conscience et *logia* = étude) est une méthodologie permettant l'obtention de l'harmonie de la conscience.

Les principes sur lesquels s'appuient toutes les techniques sophrologiques sont :

- le principe de l'intégration du schéma corporel comme réalité vécue
- le principe d'activation positive
- le principe de la réalité objective.

Explicitons quelque peu ces principes :

1. L'intégration du schéma corporel comme réalité vécue ; qu'est-ce que le schéma corporel ? C'est la connaissance de notre corps à partir de nos sensations, de nos perceptions et de la représentation que nous nous en faisons. Cette reconnaissance se fait et se vit à partir des informations sensorielles introceptives, proprioceptives et extéroceptives.
2. L'activation positive. Ce principe est fondé sur le postulat que toute action positive dirigée vers la conscience se répercute positivement sur toute la conscience. En sophrologie nous mettons le négatif entre parenthèses afin de repérer, renforcer et dynamiser le positif.
3. Le principe de la réalité objective. Il s'agit pour le thérapeute de rester dans les limites de ses compétences et dans le travail proposé au patient, de rester dans les limites de la réalité.

La loi de l'entraînement est la seule loi en sophrologie.

Les exercices ne peuvent être intégrés que s'ils sont pratiqués régulièrement.

Enfin, la sophrologie considère l'être humain comme un tout. Corps et esprit font tous deux partie de la conscience. En agissant positivement sur l'un, on agit positivement sur l'ensemble.

Les exercices spécifiques utilisés pour notre approche corporelle avec le groupe de patients seront la sophronisation simple et la relaxation dynamique concentrative du 1^{er} degré.

La sophronisation simple

Une sophronisation est un moment de rencontre avec soi-même, avec son corps. Il est précédé d'un dialogue où l'exercice et l'objectif recherché sont expliqués. Ensuite après l'exercice, il y a le dialogue post-sophronique qui permet d'échanger, de verbaliser.

Il s'agit, pendant la sophronisation, par un protocole bien défini d'arriver à un état de détente physique et mentale. Etat de détente où l'intégration du schéma corporel s'élabore par identification des différents segments corporels, plus leur articulation dans le corps perçu comme un tout. C'est un repérage topologique donnant assise au sentiment d'une identité propre (bien reflétée par la formule " je suis mon corps ").

Quant à la détente mentale, elle s'obtient par abaissement du niveau de vigilance vers le sommeil tout en restant au bord du sommeil. Le niveau est appelé en relaxation sophrologique, le niveau sophroliminal. Ce niveau de conscience se caractérise à l'EEG par les ondes " alpha ", celles de l'homéostasie et de l'équilibre. Il a les avantages du rêve (alpha) tout en restant lucide et les avantages du sommeil (récupération de la fatigue).

Il s'agit, une fois ce niveau atteint, de développer nos capacités de concentration sur les sensations cénesthésiques, celles qui viennent du corps.

Au niveau de détente, les rythmes cardiaques et cérébraux se normalisent. Le rythme respiratoire s'amplifie et s'apaise. Nous pouvons constater à ce stade que ce " senti-perçu " du corps dynamise la structuration du schéma corporel et peut être considéré comme support de notre identité corporelle.

Les sensations de calme, de tranquillité favorisent alors le sentiment même momentané de bien-être.

Si l'exercice est pratiqué régulièrement, les patients se rendent compte de la faculté de diminuer sa fatigue et de retrouver, par cette mise au repos du corps et de l'esprit, plus d'énergie en fin d'exercice.

Retenons donc ceci : dynamisation du schéma corporel – support de l'identité corporelle – repos et énergie.

La relaxation dynamique concentrative du 1^{er} degré (RDCI°)

Parmi les méthodes dynamiques, en sophrologie, nous nous servons pour notre approche corporelle de la RDCI°.

La RDCI° est axée autour du paramètre du *présent* et de la *concentration*, concentration sur les sensations kinesthésiques.

En effet il s'agit, en état de relaxation sophronique, d'exécuter une succession de gestes, de mouvements, synchronisés avec la respiration et entrecoupés de phases de récupération-détente.

La concentration est donc double :

- au niveau des sensations générées par les mouvements
- au niveau du vécu de la récupération après les mouvements.

Pour être complet au niveau de la concentration, dans un second temps, nous porterons la concentration sur un objet extérieur le plus naturel possible dans le but de diminuer l'impact affectif ou de profiter d'un relatif détachement émotionnel.

Revenons aux sensations kinesthésiques, celles qui concernent le corps en mouvement. Elles vont venir compléter la restructuration du schéma corporel, déjà amorcée dans la sophronisation par la cénesthésie et favoriser le développement conscient de l'intégration spatiale du corps.

Les exercices dynamiques se font en effet en stations assise et debout et sollicitent également notre équilibre.

En ce qui concerne le vécu de récupération après les mouvements, il y a émergence de sensations propres. Ce qui donne à notre corps, à notre être corporel, le sentiment d'exister, de fonctionner. Le vécu respiratoire et celui de la circulation sanguine ajoutent la dimension de vie, d'énergie et de chaleur.

Cette RDCI°, outre l'intégration du schéma corporel cette fois à dominante kinesthésique qu'elle favorise, aide le réinvestissement positif et le développement d'un espace interne sécurisant. C'est confirmé par les réflexions des patients qui disent " se sentir bien dans leur peau ".

La fonction tonique

Toutes les techniques de relaxation quelles qu'elles soient, agissent sur le tonus musculaire et visent à sa régularisation. La sophrologie, sous sa forme statique et dynamique engendre la résolution tonique. Ceci a pour effet l'intériorisation d'une détente durable susceptible donc d'amplifier le bien-être individuel. Réguler le tonus, c'est apprendre à se détendre et à être plus à l'aise dans son corps.

La conscience du corps/image du corps

L'image corporelle est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, affectives et sexuelles. Elle est l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant. Elle se réfère à l'imaginaire.

Dans ce contexte, que nous apporte la conscience de notre schéma corporel ? Comme mentionné dans l'introduction, les personnes obèses ne reconnaissent pas leur corps soit qu'elles le voient tout simplement soit qu'elles le projettent dans un corps idéal, celui des *Top models* et des *Stars* de magazines. Par le travail en relaxation sophrologique et profitant du sentiment accru de la réalité du corps, il s'agira d'admettre ou de reconnaître " *ce corps comme étant le sien* " et cela dans les zones perçues positivement et toutes les autres. Reconnaissance que ce corps lui appartient en propre et qu'à ce titre il ne peut s'en désintéresser.

Il sera plus facile, parallèlement au réinvestissement du corps concret, de dégager la réalité du fantasme, de mettre donc à distance ce corps fantasmatique. Ceci va permettre au schéma corporel de reprendre sa position centrale et de servir de témoin de réalité.

Et pour terminer...

Lorsqu'à la fin de leur cycle, il est demandé aux patients ce que ce chemin à travers le corps leur a apporté ou ce qu'ils emmènent avec eux, les réactions, les acquis sont divers.

Des patients emploient d'emblée la sophrologie comme " gestion des émotions " : (" Lorsque je m'énerve et que je me sens dépassé(e) par les événements, je fais appel à la technique. ")

D'autres utilisent la relaxation afin de différer un comportement compensatoire (exemple : boulimie). D'autres ont réappris à se regarder dans un miroir, du moins à ne plus se fuir.

Une jeune femme disait qu'elle se voyait maintenant en entier. Comment se voyait-elle avant ? " Je ne voyais que mon visage et rien en dessous ".

D'autres se sentent mieux dans leur peau, ont retrouvé leur peau, ont retrouvé leur bonne humeur, dorment mieux et se sentent moins fatigués. Une patiente insistait sur la perception de ses pieds disant qu'elle avait la sensation de retrouver ses racines et de se sentir de ce fait plus en sécurité.

Conclusion

Nous pouvons observer que l'approche corporelle par la relaxation sophrologique favorise le réinvestissement positif du corps, ravive la structuration du schéma corporel et réajuste l'image du corps.

Enfin, et cela n'est pas le moindre, elle fait retrouver une certaine autonomie du patient quant à la gestion de ses sensations et émotions. Tout cela participe à la conscience de soi et à celles de nos comportements.

AXE D'EXPRESSION EMOTIONNELLE

L'implication psychologique

Toutes les personnes obèses ne le sont pas suite à des difficultés et des problèmes d'ordre psychique. Se conjuguent souvent un terrain génétique favorable, une mauvaise hygiène alimentaire et un long passé de régimes engendrant une perturbation de la perception des sensations de faim et de satiété ainsi qu'un ralentissement métabolique.

Chez toute une série d'entre elles, se rajoute une implication psychologique majeure. Il y aurait, à propos de celle-ci, beaucoup de choses à dire. Nous

ne retiendrons ici que les quelques éléments suivants.

Comme l'explique J. Mac Dougall, les troubles du comportement alimentaire relèvent bien souvent du champs des addictions. Ils interviennent alors comme une façon de décharger rapidement des affects intolérables, de la tension psychique à un moment où le sujet ne parvient pas à trouver une solution par le travail psychique.

Le Dr Apfeldorfer rappelle que manger peut apparaître comme une façon de faire barrage à des pensées douloureuses ou agressives, de ne pas penser à des situations face auxquelles on se sent impuissant (" je mange pour me déconnecter, oublier comme quand je dors ", " c'est rassurant ", " la nourriture, c'est un refuge quand cela ne va pas ", " manger, c'est mon seul plaisir dans l'existence, si vous me l'enlevez qu'est-ce qu'il me reste ? "), d'éviter des conflits, de fuir les difficultés relationnelles, d'effacer les contrariétés, les insatisfactions ou les déceptions (souvent en lien avec des idéaux élevés), d'éteindre la colère (" je mange ma colère, mes rancœurs ") ou de l'exprimer (" j'ai besoin de mordre "), de consoler une tristesse (" j'emure ma tristesse depuis que je suis petite "), d'échapper à une frustration en régressant à un plaisir oral (" c'est une autosatisfaction "), de lutter contre l'ennui, la solitude, le vide ou contre des angoisses de néantisation en se donnant des sensations corporelles... Comme le dit J. Mac Dougall, se débarrasser de colère, de culpabilité, d'envie ... mais aussi parfois de sentiments agréables qui sont vécus inconsciemment comme dangereux ou interdits.

Dans la même lignée, H. Bruch développe une théorie de la " déficience de la reconnaissance du besoin de manger ". Il existe chez toute une série de personnes en surcharge pondérale une confusion entre la faim et d'autres émotions qu'elles ne parviennent pas toujours à identifier et nommer.

Enfin, on constate qu'on observe souvent chez la personne en surpoids une difficulté face à la sexualité voire un refus de celle-ci. Etre obèse peut être une manière d'éviter de séduire, d'attirer l'autre sexe. " J'ai peur des hommes ". Il n'est pas rare que des personnes en surcharge pondérale aient subi durant leur enfance un traumatisme sexuel.

Groupe de parole

Un temps de parole, de réflexion, d'écoute de l'autre mais aussi de soi-même est proposé dans le but de permettre aux participants de décrypter au moins *a minima* la relation qu'ils entretiennent avec la nourriture, les éléments plus ou moins inconscients qui les empêchent de maigrir ou de maintenir une perte de poids.

Il convient de souligner que ce temps de discussion n'est pas une application de la psychothérapie analytique à un groupe. Il s'agit d'ouvrir une réflexion, de susciter des questionnements, de

réintroduire de la pensée, du dire, du symbolique au sein d'un vécu trop souvent marqué par l'agir alimentaire, le non-dit et la négation de soi. La verbalisation est soutenue et facilitée par l'utilisation de divers médiateurs tirés de la littérature (carnet alimentaire, lecture de parties de divers textes, " lettres au corps " proposées par le Dr Apfeldorfer, etc.).

L'accent est mis sur la reconnaissance, l'expression et la réappropriation par la parole énoncée des affects, des craintes, des désirs, des doutes, des besoins insatisfaits. Les participants sont amenés à se permettre d'éprouver et d'exprimer leurs sentiments authentiques réprimés, dissimulés et à faire l'expérience dans le groupe de relations basées sur l'échange de pareils sentiments. Comme le signifie H. Bruch, cette démarche renforce la relation à soi-même, et tout particulièrement l'estime de soi ainsi que la confiance en soi et en ses propres capacités pour diriger soi-même sa vie.

Ainsi, une des participantes dira avoir enfin pu pleurer un avortement ; ce qui lui a apporté, dit-elle, un sentiment de légèreté. Une autre a pu comprendre son besoin de se faire remarquer et de prendre de la place (par sa corpulence notamment) au regard de son sentiment de ne pas exister pour ses proches, d'être rejetée par ses pères (générateur et beaux-pères).

Du côté des résultats

Un premier élément à souligner réside dans le fait que les participants semblent avoir trouvé dans le groupe un soutien social ainsi qu'une reconnaissance de leur souffrance qui jusqu'alors était bien souvent sujette à la moquerie et à la dérision. Une d'entre eux dira : " enfin, un endroit où j'ai pu parler en me sentant acceptée, écoutée et comprise ". Un autre dira : " l'image des autres me donne du courage ".

Les principaux résultats consistent en l'introduction de remaniements dans la façon de se percevoir soi-même et de percevoir les autres ainsi que dans la manière de concevoir la réalité et de faire face aux contraintes et aléas de l'existence. La plupart expriment avoir repris un rôle plus actif dans leur vie et moins la subir. L'estime de soi et l'affirmation de soi se sont nettement améliorées. Bien souvent, les participants se perçoivent plus dynamiques et moins déprimés. Ils expriment être plus en contact avec eux-mêmes. Ils évoquent également agir davantage en accord avec eux-mêmes et moins par observance aux autres. Différenciant mieux l'acte de la pensée, ils se permettent davantage de ressentir et d'avoir des pensées agressives, jalouses ou encore de dire leur désaccord ou leur mécontentement. " Je ne mange plus ma colère " dira une des patientes.

Ces changements rendent moins impérieux le recours à des réassurances alimentaires. De la pensée a été réintroduite autour des " agirs " alimentaires qui semblent moins impulsifs. Les participants se ruent moins sur la nourriture. Des accès alimentaires se

produisent encore dans des situations suscitant des émotions trop violentes que pour être contenues. Néanmoins, la majorité des patients expriment que ces dérapages n'ont plus rien à voir avec les excès précédents. Les quantités avalées sont moindres et ils disent également pouvoir mieux situer les déclencheurs de ces accros.

Par ailleurs, les sentiments de honte de soi et de culpabilité de manger se sont atténués. Si certains ont pris conscience d'un état d'anxiété ou de tension quasi permanente, le sentiment de détente leur paraît plus accessible. " J'ai des moments de bien-être. Cela ne m'était plus arrivé depuis longtemps ". La plupart utilisent la relaxation à domicile qui intervient, chez plusieurs, comme une alternative efficace à la prise alimentaire excessive. Nous avons également constaté, chez beaucoup de participantes, une amélioration de l'investissement de soi. Elles font plus attention à leur façon de s'habiller et se mettent davantage en valeur.

De plus, la plupart ont réintroduit du mouvement dans leur vie (reprise d'une activité sportive, bien que ce soit à ce niveau que l'on rencontre le plus de résistances, marcher davantage, emprunter les escaliers au lieu de se précipiter sur l'ascenseur, etc.).

Enfin, les participants ont accusé des pertes de poids allant de 0 à 20 kg sur le temps des 12 journées. La majorité d'entre eux ont perdu entre 8 et 14 kg. La perte de poids, quand elle a lieu, constitue un renforcement positif important. En effet, les patients parviennent à remettre certains vêtements dans lesquels ils ne rentraient plus et les douleurs articulaires se sont atténuées.

Pour certains des participants, il semble que les acquis soient suffisamment solides pour qu'ils puissent maintenir leurs efforts et leurs progrès au-delà des 12 journées. Chez d'autres, le manque de structure psychique, de capacité à contenir les excitations appellent à poursuivre le travail amorcé au sein du groupe afin qu'ils puissent consolider les changements auxquels ils sont parvenus et à ce qu'ils puissent continuer à réduire les moments de dérapage.

BIBLIOGRAPHIE

- Apfeldorfer G : Je mange donc je suis ; surpoids et troubles du comportement alimentaire. Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1993
- Apfeldorfer G : Maigrir, c'est dans la tête. Paris, Odile Jacob, 2001
- Belgian Association for the Study of Obesity : Obésité : Le consensus du BASO
- Etchelou B : Manuel de sophrologie. Paris, Maloine, 1988
- Declerck M : Le schéma corporel en sophrologie et ses applications thérapeutiques. Paris, L'Harmattan, 1999
- MacDougall J, Marinov V, Brelet F *et al* : Anorexie, addictions et fragilités narcissiques. Paris, Puf, 2001
- Bruch H : Les yeux et le ventre ; L'obèse, l'anorexique. Paris, Bibliothèque Scientifique Payot, 1994

- Zermatti P : Maigrir sans régime. Paris, Odile Jacob, 2002

Correspondance et tirés à part :

P. MINNER
C.H.U. Brugmann
Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale
Clinique Interdisciplinaire du Traitement de l'Obésité
Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles

Travail reçu le 2 mai 2006 ; accepté dans sa version définitive le
26 juin 2006.