

# PSYCHOLOGIE DE L'OBESITE

Docteur Jacques Wajsbroet  
F-57000 Metz

## I/ Les approches psychologiques de l'obésité et du surpoids

### A/ Introduction

- ‡ Ampleur et complexité du sujet
- ‡ Rencontre individualisée et singulière
- ‡ Approche multidimensionnelle :
  - diététique
  - nutri-thérapeutique et micronutritionnelle
  - psychologique et psychocomportementale :
    - ? paradoxes et contradictions
    - ? champs d'intervention du généraliste :
  - difficulté de la relation thérapeutique
  - interrogatoire entretien
  - écoute

### B/ La (les) psychologie(s) de l'obèse

#### 1/ Existe-t-il un profil propre ?

- tentatives réductrices
- pas de profil particulier ?
- pas de recoupement entre population d'obèses et ceux qui consultent pour maigrir

#### 2/ Multiplicité des théories psychologiques

- personne dominée par l'oralité (1950)
- personnalité psychosomatique (incapable de mentalisation)
- psychanalyse ? défaut d'intériorité
- externaliste
- hyper réactivité au stimulus alimentaire :
  - obésité
  - restriction alimentaire continue
  - évitement d'une conscience de soi

? rejet social de l'obèse (dévalorisation)

#### OBESITE : DETERMINISME COMPLEXE

- Facteurs :
- génétique
  - environnemental
  - psychologique
  - génome
  - changement psychologique collectif et individuel

Au plan collectif : racisme anti-gros

- hypersensibilité, souffrance psychologique
- régimes restrictifs ? obésité iatrogène ?

Au plan individuel :

#### Pas de profil psychologique propre, mais :

- défenses comportementales / mentalisation
- charge émotionnelle transférée au corps
- "court-circuit des affects"

#### Troubles du comportement alimentaire dans 20 à 70% des cas

Syndrome d'hyperphagie incontrôlée : "binge eating disorder"

### C/ Principaux pièges à éviter

- ? ne pas tenir compte de la demande réelle, profonde et subjective (décoder la demande)
- ? prescrire un régime restrictif d'emblée
  - amaigrissement téléguidé – passivité
  - maigrir être maigri
- ? éviter d'être normatif et culpabilisant... même si...
- ? méconnaître les symptômes psychologiques
  - état dépressif “masqué”
  - anxiété
- ? méconnaître des troubles du comportement alimentaire devant être traités en priorité

### D/ Les leviers à utiliser

- relation - confiance – transfert - accompagnement
  - écoute centrée sur l'autre (durée de la consultation)
- réponse opportune, adaptée à la demande, au stade d'évolution
- aide à restaurer l'estime de soi image positive
  - psychothérapie cognitive ou portant sur l'image du corps
- s'inscrire dans la durée

## II/ La relation thérapeutique

Les difficultés face à la demande d'amaigrissement

### A/ Avant-propos

Médecins généralistes pour la plupart d'entre nous (“celui qui ne sait rien sur tout” disait Tristan Bernard), nous sommes confrontés quotidiennement à des souffrances psychologiques et à des demandes d'aide nutritionnelle.

La perte de poids est devenue, ces dernières années, à la fois une quête de modélisation pour certains et une nécessité pour d'autres. Et nous sommes bien placés pour savoir que le maintien de cet amaigrissement dans le temps est plus l'exception que la règle.

Pour favoriser la réussite, en matière d'aide nutritionnelle, les connaissances récentes de la psychologie sont d'un apport certain.

Si certaines de ces compétences et techniques psychologiques et psycho-comportementales demandent pour être mises en pratique un espace-temps de consultation spécifique et sortent parfois de notre champ d'action, toutes peuvent éclairer nos réussites et nos échecs, les limites de nos interventions et nous permettre d'orienter vers un spécialiste.

Perdre du poids est un changement profond pour un individu : changement pour son corps, pour ses relations conviviales, pour son équilibre interne.

Nous détaillerons ultérieurement combien peuvent être puissants les freins et les peurs aux changements.

A tous les coups, un accompagnement psychologique favorisera ces changements après en avoir vérifié la pertinence ; d'où la nécessité d'entendre et de décoder les demandes.

Plusieurs catégories de facteurs influencent la réussite, quelle que soit l'orientation thérapeutique choisie :

#### 1/ le patient

- son histoire, son vécu, son ressenti, ses messages
  - son niveau de motivation
  - son stade d'évolution dans son projet de changement, et c'est au thérapeute de calquer son intervention en fonction de ce stade d'évolution “j'aimerais bien mais je ne suis pas tout à fait prêt(e)”...
- Les freins, les peurs sont à respecter pour être éventuellement reformulés.

#### 2/ la relation entre le thérapeute et le patient

- “Docteur, je viens vous voir pour maigrir” “Bien Madame, compte tenu de votre surcharge pondérale, de vos antécédents, je vais vous prescrire ce régime ou ce type d'alimentation”

Et voilà une autre agression qui vient s'ajouter à la souffrance de cette patiente  
 - "Bonjour Madame, qu'est-ce qui vous amène ?" J'ai pris la direction de l'interrogatoire, au lieu de laisser s'établir l'entretien et je l'ai empêché de dire et de se dire.

Une seule méthode dépassant et incluant toutes les techniques : l'écoute

"Docteur, s'il vous plaît, écoutez-moi"

Cette seule capacité nous invite, nous autres soignants à ne pas rester un soi-niant, mais à devenir un accompagnant, ce qui ne signifie nullement que nous devons agréer toutes les "excusites" de nos patients mais nous devons les entendre et reformuler avec eux, pour leur permettre d'ouvrir des accès à leurs propres ressources.

### 3/ les modèles d'intervention et les techniques

Ils nécessitent un apprentissage et une appropriation et constituent des outils prolongeant la main ou plutôt l'oreille de l'homme.

### 4/ l'espoir et l'anticipation

L'un des rôles du thérapeute consistera à aider les patients à utiliser leur propre pouvoir, plus efficacement, la thérapie aidant la personne à rehausser son espoir d'un soulagement.

Ainsi, il n'est pas suffisant de s'arrêter au contenu de la situation qu'on nous soumet (surpoids) mais il faudrait pouvoir induire les processus de changement, en aidant nos patients à utiliser leurs propres ressources.

Ces processus passent par des circuits neurologiques qui réunissent les perceptions, les émotions, les pensées et les actions dans un échange constant entre le système limbique et le cortex cérébral.

Souvent, les processus de changement sont bloqués, car ces circuits neurologiques sont court-circuités ou déconnectés consciemment ou inconsciemment.

- rétablir la libre circulation de l'information à l'intérieur de l'organisme

- reconnaître les émotions et pouvoir les verbaliser, dépendent au départ de nos capacités d'écoute

Cette disponibilité à la circulation de l'information est spontanée chez l'enfant.

Elle peut être entravée par les normes et les tabous mais aussi par le fonctionnement en mode automatique, court-circuitant les émotions, et plus économique dans la vie quotidienne, faite d'habitudes.

La mise en action du mode de fonctionnement conscient, d'une part, du mode de fonctionnement imaginaire d'autre part, permettront une démarche de changement.

Les outils du thérapeute visent à activer ces modes de pensée mais ne pourront s'opérer qu'à la faveur d'une écoute active.

### B/ Classification simplifiée des différentes approches psychologiques :

<p>Les pionniers et la vieille dame qu'est la psychanalyse (FREUD, JUNG...)</p>	<p>Transfert : ce que le patient ressent en ma présence et qui est en rapport avec ce qu'il avait ressenti dans son passé avec une autre personne.                  Contre-transfert : la même chose pour moi.</p> <p>C'est de cette rencontre alchimique que viendra la confiance indispensable à une relation aidante.</p>
<p>Un passage par l'Amérique du Nord                  La psychologie humaniste (Carl ROGERS)</p>	<p>La reformulation, l'empathie                  Le respect chaleureux et sa communication                  Synchronisation verbale                  L'authenticité                  La précision et la spécificité de l'expression, la confrontation</p>
<p>Les 4 émotions fondamentales (joie, peur, colère, tristesse)                  La psychologie émotionnelle relationnelle (P.E.R Albert ELIS)</p>	<p>Aider à passer du "il faut" au "je préfère", du "je dois" au "je veux"                  Alternance de maïeutique socratique et d'approche didactique. Utilisation de l'humour et de la métaphore.</p>
<p>La recherche sur l'intelligence artificielle et ses</p>	

suites : l'école de Palo Alto (BATESON) :	
- Analyse systémique	- Thérapie familiale utilisée dans l'anorexie par exemple
- Analyse transactionnelle	- Notion de contrat thérapeutique
- Programmation neuro-linguistique	- Travail de changement
- Hypnose éricksonnienne	- Etat de conscience modifiée contournant la résistance

Pour la plupart d'entre nous, ces techniques ne font pas partie de notre espace d'intervention mais nous pouvons tous, dans certaines situations, utiliser au mieux notre capacité d'écoute : "écoute des maux entendus comme des langages symboliques avec lesquels toute personne en difficulté de santé tente de dire ou de ne pas dire l'indicible".

Une enquête récente, publiée dans le Quotidien du Médecin, sur une population de jeunes femmes obèses, a rapporté que près de 80% d'entre elles avaient été victimes d'abus sexuels ou de violence dans leur enfance (enquête discutable par manque de référentiel : niveau socioculturel).

Ecoute active, participative pour créer une relation de soutien pour permettre au patient de se relier :

- à sa maladie (son obésité) et de l'entendre comme un langage porteur de sens
- à son traitement en établissant avec lui une relation positive. Combien de patients perçoivent-ils leur régime ou leur nouvel équilibre alimentaire comme une agression, une frustration...
- à son histoire familiale. Combien de maladies ou de prises de poids sont-elles l'expression de blessures relationnelles cachées, quand les liens avec des personnes significatives sont en difficulté ou menacées.
- à son entourage proche chez qui le retentissement de la maladie (obésité) entraîne aussi des réactions, des mécanismes variables d'adaptation ou de fuite.

Comment réagissons-nous face aux souffrances de ces corps trop lourds, au propre comme au figuré... Peut-on, à travers notre seule écoute, le banaliser, l'enfermer dans une technique ou une technicité, ce corps avec lequel nous allons passer l'essentiel de notre vie ?

**“Corps amplificateur, résonateur, détonateur qui a besoin de se dire, d’être entendu avec tant de MAL A DIRE” .**

**“Docteur, s’il vous plaît, écoutez-moi”**

C/ La relation thérapeutique, ce colloque singulier où comment passer de l'interrogatoire à l'entretien

L'enseignement médical traditionnel fait appel à l'interrogatoire, ce qui est fondamental et aussi source de difficultés de communication : moi, le médecin, je veux savoir, je pose des questions, j'interroge, je fais une enquête (alimentaire), je veux être informé(e), je suis centré(e) sur moi, sur le surpoids de mon patient, objet de mon travail.

D'ailleurs, le patient ne s'y trompe pas et, à moins de capter l'attention du médecin sur sa personne, il ne répondra que parcimonieusement par oui ou non.

Le médecin aura posé beaucoup de questions et il n'aura que des réponses.

C'est un peu caricatural mais c'est souvent ainsi en médecine. Et ce n'est pas dans le cadre d'un interrogatoire que le patient avance dans son propre cheminement vers ses solutions mais c'est d'avantage en entretien.

Il est possible de passer de l'interrogatoire à l'entretien, c'est-à-dire du centrage sur ce que je veux savoir, moi médecin, au centrage sur la personne qui se trouve en face de moi.

C'est aussi passer du contrôle de ce que je cherche à savoir dans ma démarche médicale à l'accompagnement du patient dans sa démarche à lui.

Cette démarche d'écoute et de centrage sur la personne peut permettre au patient de dire sa problématique, ses addictions, son histoire et surtout de se dire de la façon qui est la sienne, la seule qui pour lui prend sens et signification.

Combien de fois n'avons-nous entendu nos patients nous dire "quand je suis stressé(e), il faut que je mange"

Quelle signification avons-nous donné à cette assertion ?

Souvent, nous banalisons cette information, "la perte de la gestion du comportement alimentaire" sous l'effet du stress... Ou nous lui donnons une connotation biochimique dans le cadre d'un dysfonctionnement sérotoninergique.

Certes, nous avons raison mais peut-être avons-nous court-circuité une voie d'accès vers une évolution, une mentalisation.

En effet, en entretien, le patient relie son histoire actuelle à d'autres événements de son passé, entend sa propre parole, se relie à lui-même. Il entre en reliance et ce stress diffus, informel que nous n'avons pas suffisamment laissé s'exprimer aurait pu rentrer en résonance avec un vécu plus intime et plus ancien.

Une des fonctions premières de l'écoute n'est pas tant de recueillir des informations mais surtout de permettre à celui qui s'exprime de s'entendre lui-même.

Nous pouvons l'expérimenter tous les jours dans notre pratique lorsque nous faisons une enquête alimentaire.

Soit, nous intervenons et nous commentons ce qui est utile, soit nous laissons dérouler dans une écoute active et c'est alors que le patient qui s'entend, qui commente, qui trouve que ce qu'il mange est parfois exagéré, parfois trop riche.

Combien de fois nos patients ont évoqué une prise de poids après le décès d'un être cher, d'un parent. "Je m'entends encore, centré sur mon ego et non sur l'autre, parler d'immaturité psycho-affective, de prétexte ou d'excuse pour ne pas devenir sujet de ses choix et de son cheminement".

Oui, écouter et confirmer, pour permettre au patient d'en dire un peu plus. "Dans ce que vous avez dit, voilà ce que j'ai entendu : chaque fois qu'il y a un décès qui vous touche, vous avez tendance à prendre du poids... Est-ce bien cela ?"

L'accompagner, dans sa propre écoute de lui-même, et lui permettre peut-être d'accéder au sens de sa problématique, d'entendre son corps-langage et de retrouver les mots qui crieront sa blessure, sa souffrance, premier pas sur le chemin de la guérison.

L'écoute n'est pas innée, elle n'est pas non plus enseignée en faculté de médecine ; elle se travaille et nécessite plus que le savoir-faire, d'être face à l'autre, centré sur lui et dans le même temps, à l'écoute de ses propres perceptions.

Mener un entretien, assurer une relation d'aide et d'accompagnement pérenne dans la durée, cela ne s'improvise pas et obéit à des règles.

Si la relation thérapeutique est un colloque singulier, chaque thérapeute est unique et singulier aussi et, selon ses fonctionnements, ses sensibilités, ses formations, sa propre histoire, son vécu, son carcan de certitudes, il pourra se sentir plus ou moins à l'aise dans cette démarche.

En tant que généraliste, nous devons le plus souvent répondre à une demande ponctuelle et ciblée, du moins que l'on nous exprime ainsi ; mais pour ceux qui ont le goût de l'expérience, choisir un patient de temps à autre pour tenter d'établir une autre voie d'échange, dans une relation de soins et dans une aventure d'écoute.

2/ Réponse : pas de réponse uniforme

selon :  
- la demande  
- le demandeur  
- le demandé. Soignant ou soi-niant  
- le moment ou le stade d'évolution du patient

2 – 1/ réponse directive (intrusive) parfois utile

- analyse de la situation :  
- urgence à maigrir  
- urgence différée

- régime ?? restriction, frustration ? terminologie

régime ? Hypo  
Normo selon les besoins  
Hyper

- diète protéinée :
  - choc pondéral – choc initiatique
  - rupture – cassure parfois nécessaire pour ? changement
- déclic ? changement de l'apparence  
changement des comportements  
nécessité d'ancrage (appart neuf et propre)

## 2 – 2/ réponse relationnelle

- rentrer dans l'histoire et le vécu
- centrer sur l'autre
- entendre :
  - les motivations
  - les ambivalences
  - les freins au changement dits ou non dits  
? bénéfice secondaire
- évaluer la balance : bénéfice/risque au changement
- évaluer et visualiser état présent ? état désiré

## III/ Les étapes du changement

Habitudes de vie : comment changer de comportement

- les mesures hygiéno-diététiques (adaptation alimentaire, activité physique, arrêt du tabac) représentent une part importante du traitement du surpoids et des facteurs de risque cardio-vasculaires
- pourtant, le changement durable du comportement est très difficile à obtenir
- travailler sur la motivation du patient, avant de prescrire les changements utiles, est un gage de moindre échec

Les étapes du changement :

Des auteurs ? modèle conceptualisant ces étapes, qu'il faut toutes franchir, les unes après les autres, pour espérer parvenir à un résultat durable.

### 1/ Précontemplation

- durant laquelle le changement n'est pas envisagé ;
- c'est aussi le temps de l'écoute où le patient peut se dire, décrire son mal être, son manque de chance..., faire un travail de reliance avec son passé
- bilan d'un état présent non satisfaisant

### 2/ Contemplation

Où le changement est entrevu sans savoir comment il peut être atteint.

Travail de visualisation sur l'état désiré

“J'aimerais être comme ou redevenir comme j'étais” contempler l'autre versant où tout est plus fleuri...”

ressources

Etat présent ? ? ? Etat désiré

- faire décrire l'EP et l'ED dans les 5 sens PNL : visuel, auditif, kinésithérapique, olfactif, gustatif
- l'état désiré doit être formulé positivement :  
? comment faire pour y parvenir

- ? que voulez-vous concrètement
- ? quand voulez-vous l'obtenir
- ? comment saurez-vous que cet état est atteint

? supposez que vous l'avez atteint ? que voyez-vous ?  
 ? travail de visualisation - contemplation

Quel avantage pour vous ?

- ? réhabiliter son corps, se le réapproprier
- ? meilleure estime de soi
- ? se reconstruire une image + positive
- ? améliorer ses relations aux autres

Quel avantage à rester dans l'EP : bénéfice secondaire

- travail préalable au changement

- ? décider de maigrir      ? choisir de maigrir
- ? choisir de réussir

“Pas de pilule ou de régime miracle...”

Passer du désir ? volonté ? action en tant que sujet = maigrir = être maigri

3/ Préparation comprenant un plan d'action

a/ Travail sur les motivations

“Je veux maigrir – je veux réussir”

Rien ni personne ne pourra m'empêcher de réussir

- la motivation est comme une force intérieure qui incite à l'action
- notion de récompense : tant que la récompense n'est pas assimilée, interprétée, la motivation est inopérante (motivation pour passer un examen)
- besoin émotionnel

PEUR (-)

2 émotions fortes ? motivation

DESIR (+)

Peur : - des échecs du passé  
 - déplaisir, frein à l'action

Désir : - souvenir de plaisirs, de succès

but primordial – priorité

?

Motivation ?    ? ?? automotivation

?

propre valeur intérieure

?

immaturité ?? maturité

b/ se fixer des buts et des objectifs

- se fixer des objectifs pour maigrir est fondamental  
    ? besoin d'un but

- planifiez votre réussite dans le temps
- représentez-vous clairement dans quelle direction vous voulez aller

- engagez-vous face à vous
- seul le but final compte : ne vous arrêtez pas à l'état présent ni au chemin à parcourir
- vacances à l'île Maurice :
  - bouchons pour arriver à Paris ?
  - 12 heures de viol épuisantes ?

Non, seules les plages paradisiaques qui vous attendent...

- écrire ses priorités, ses objectifs...partout
- question : ce que je fais, ce que je mange me rapproche ou non de mon objectif
  - Si non ? les priorités ne sont pas assez définies

c/ intégrer le temps

Difficulté ? ère du FAST ? diète protéique

Dans la vie, ceux qui ont des objectifs précis ? gestion du temps

Ceux qui ont peu d'objectifs vie terne – métro/boulot/dodo/loto

- ? avoir des objectifs stimulants, clairs, précis, écrits
- ? calendrier rigoureux mais raisonnable
- ? pas de dates, pas de résultats
- ? décomposer les objectifs en action simple :
  - ? dans 1 mois ? X kg et fini les sucreries de 16h
  - ? dans 3 mois ?
- ? caler sur ses objectifs atteints de petites récompenses motivantes (sorties, parfum)

4/ Le changement : phase active de modification

- motivations verrouillées
- plan d'action établi ? feuille de route
- ? action ? plongée sous-marine ? DP
  - ? changement d'apparence
  - ? ?
- changement de comportement

? autres actions diététiques ou nutritionnelles

5/ Le maintien ou le relâchement des nouveaux comportements

“la stabilisation n'est jamais un dû”

? ancrage des nouveaux comportements

Chacun avance à son rythme pour franchir ces étapes successives, avec de possibles retours en arrière. Ce modèle a le mérite de permettre au médecin de calquer son intervention en fonction du stade d'évolution du patient.

Au stade de la pré-contemplation ou de la contemplation, inutile de proposer des changements immédiats ; mieux vaut travailler avec le patient sur sa motivation.

Prendre en compte les ambivalences, les freins et la peur.

- Tout individu confronté au changement a des croyances et des attitudes ambivalentes qui à la fois l'incitent à : changer empêcher
- L'un des buts de l'entretien est de pointer ces contradictions et d'aider le patient à évaluer la balance bénéfique/risques de ses habitudes et de ses nouveaux comportements.
- Quand la motivation au changement est ancrée (devenant ce but primordial), on peut alors aborder les questions de savoir comment changer...