

Approche psychopédagogique et art-thérapeutique de l'obésité

I. Carrard, M. Reiner, C. Haenni, C. Anzules, S. Muller-Pinget, A. Golay

Cet article présente plusieurs traitements psychologiques et art-thérapeutiques, associés selon notre approche psychopédagogique de l'obésité, basée sur une éducation thérapeutique en cinq dimensions. L'éducation thérapeutique du patient est issue d'une philosophie humaniste centrée sur l'individu en tenant compte de ses besoins, souffrances, objectifs et ressources. Cinq dimensions de la personne obèse entrent en ligne de compte pour entreprendre un programme multidisciplinaire de perte de poids. Tout d'abord, une dimension cognitive est abordée car savoir, comprendre, permet de mieux appréhender les changements comportementaux. Ensuite une dimension émotionnelle prend en compte la souffrance des patients obèses dont l'estime de soi est souvent abîmée. Une dimension perceptive s'intéresse notamment aux sensations de ces patients comme la faim et la satiété. Une dimension métacognitive permet un « zoom arrière ». Le soignant doit aider le patient à réfléchir sur ses ambivalences, motivations, dérapages, objectifs et stratégies. Une dimension infracognitive va permettre de mieux appréhender les mécanismes de pensée du patient. Plusieurs approches thérapeutiques sont utilisées afin de couvrir ces cinq dimensions : l'entretien motivationnel, qui permet un travail sur l'ambivalence du patient, souvent accompagné de la thérapie cognitive et comportementale qui cible plus précisément les troubles du comportement alimentaire et les cercles vicieux : déclencheurs, pensées négatives, émotions délétères, compulsions, culpabilité. L'hypnose permet un travail en finesse sur les sensations et les émotions, qui vient s'inscrire en complément des autres approches. Enfin, nous avons introduit des approches non verbales dans une dimension plus perceptive et créative telles que l'art-thérapie et la danse-thérapie, qui s'adressent à l'image du corps et au ressenti émotionnel.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Éducation thérapeutique du patient; Entretien motivationnel; Traitement cognitivocomportemental; Hypnose; Art-thérapie; Danse-thérapie

Plan

■ Introduction	1
Éducation thérapeutique et ses trois nouveaux paradigmes	1
Éducation thérapeutique en cinq dimensions	2
■ Entretien motivationnel	3
Description de la méthode	3
Entretien motivationnel... pour les soignants	3
Entretien motivationnel... pour les patients	3
■ Thérapie cognitive et comportementale	4
Déroulement d'une TCC pour l'hyperphagie boulimique	4
Phase comportementale	4
Phase cognitive	5
Prévention de la rechute	5
■ Pertinence de l'hypnose	5
Déroulement d'une prise en charge en hypnothérapie	6
Usage de l'hypnose métaphorique	6
Usage de l'hypnose classique	6
■ Art-thérapie : l'expression de soi autrement	6
Art-thérapie à spécificité arts plastiques	6
Danse-thérapie dans la prise en charge de l'obésité	8

■ Introduction

« Il sait mais il ne fait pas », combien de fois cette réflexion est venue à notre esprit ! Pourquoi un patient obèse ne suit pas son régime alors qu'il a mal au dos, aux genoux et qu'un diabète est apparu.

Nous proposons une approche interdisciplinaire complexe pour nos programmes de perte et de maintien de poids. Nous avons modifié une approche classique d'éducation thérapeutique du patient en une éducation en cinq dimensions associée à des thérapies cognitivocomportementales avec un environnement motivationnel et de l'art-thérapie (Fig. 1)^[1,2].

Éducation thérapeutique et ses trois nouveaux paradigmes

L'éducation thérapeutique du patient est une approche humaniste post-moderne centrée sur l'individu en tenant compte de ses besoins, ses objectifs et ses ressources. L'éducation thérapeutique du patient propose trois nouveaux paradigmes en médecine (Fig. 2).

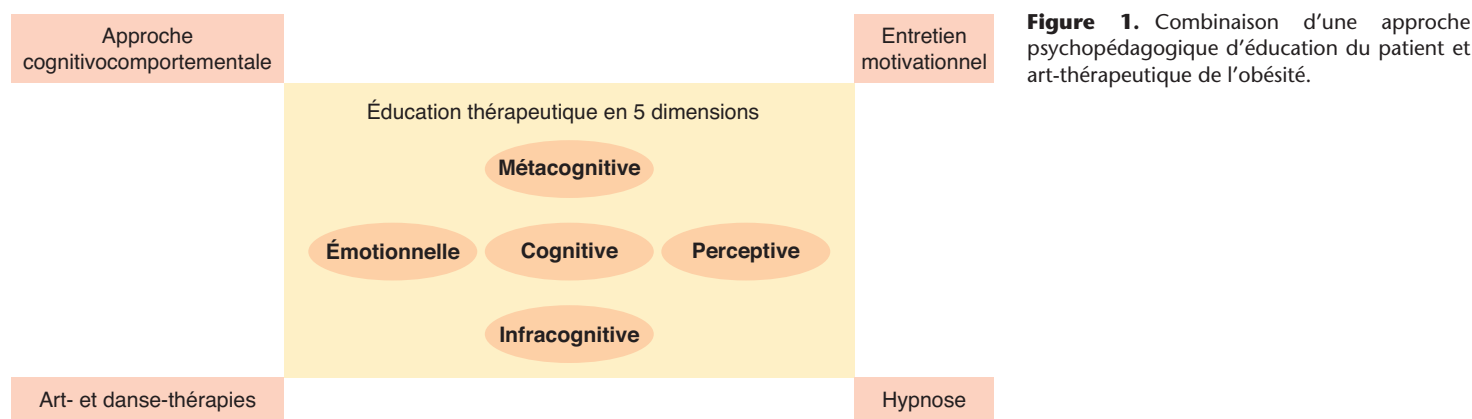
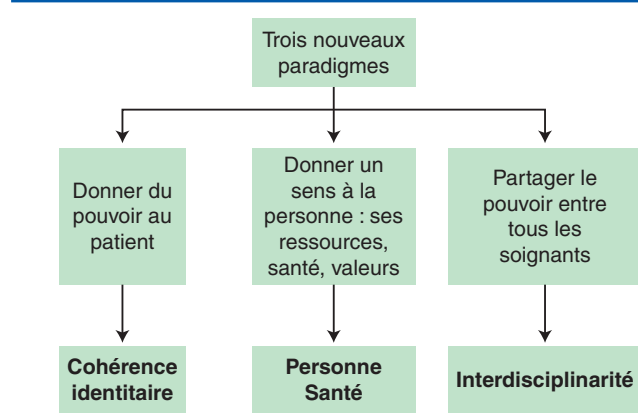


Figure 1. Combinaison d'une approche psychopédagogique d'éducation du patient et art-thérapeutique de l'obésité.

EMC



EMC

Figure 2. Les trois nouveaux paradigmes de l'éducation thérapeutique du patient.

Le premier paradigme est de redonner un pouvoir au patient. Soignants, nous devons absolument l'écouter activement, tenir compte de ses besoins, ses ressources, de ses capacités. On doit pouvoir partager la décision thérapeutique avec lui, on devrait s'accorder avec ses capacités. Les soignants peuvent l'aider à trouver une nouvelle identité de patient, devenir autrement le même. En acceptant son obésité comme une maladie, le patient prendra plus sérieusement son mode de vie et sera enclin à entreprendre certains changements de comportement. En connaissant, en comprenant mieux sa maladie et son traitement, le patient aura un sentiment d'auto-efficacité. Il suivra mieux un changement d'alimentation ou d'activité physique. En prenant soin de lui, il cherchera un nouveau sens à sa vie et aura une meilleure cohérence identitaire.

Le deuxième paradigme concerne effectivement le sens à donner à la santé plutôt que de toujours parler de maladie. À travers notre approche en éducation thérapeutique du patient, nous cherchons à mettre en évidence les ressources du patient plutôt que de toujours parler de problématiques. Rechercher le positif plutôt que de voir l'aspect négatif des résultats. Ainsi, la personne avec ses ressources est au centre et nous ne devons pas nous focaliser uniquement sur ses maladies.

Finalement, le troisième paradigme concerne l'équipe interdisciplinaire. Pour s'occuper de patients obèses, il est important de mettre en place une approche impliquant plusieurs soignants travaillant étroitement ensemble. À nouveau, les médecins, les soignants doivent apprendre à partager le « pouvoir ». Chaque acteur dans son domaine doit absolument tenir compte de ce qui est enseigné, compris par un autre collègue. Le bilan éducatif est partagé, les objectifs thérapeutiques sont discutés à plusieurs après avoir entendu et compris le patient-personne. Le traitement n'est ainsi plus prescrit en solo mais en accord avec tous les soignants et surtout avec le patient.

L'entretien motivationnel est utilisé comme outil mais aussi comme attitude^[3]. L'écoute active décrite par Rogers^[4] a été utilisée avec succès pour chercher et susciter la motivation chez le patient. Un discours-changement représente un apport indéniable pour faire émerger des modifications dans le comportement alimentaire. L'investigation de l'ambivalence du patient qui sait mais qui ne fait pas est cruciale dans le traitement de l'obésité. N'utilisant pas seulement l'entretien motivationnel, nous avons construit notre modèle sur un environnement motivationnel en tenant compte de cinq dimensions d'apprentissage^[5].

Éducation thérapeutique en cinq dimensions

Un patient obèse ne va pas juste appliquer, suivre une prescription diététique ; bien d'autres dimensions de sa personne entrent en ligne de compte pour entreprendre un programme de perte de poids.

Tout d'abord, une dimension cognitive est importante car savoir, même connaître, comprendre est crucial. La dimension émotionnelle est aussi importante et elle se surajoute bien souvent. La souffrance chez les patients obèses est telle que les troubles du comportement sont fréquents. Pour cette dimension émotionnelle, notre approche interdisciplinaire d'éducation thérapeutique du patient obèse a beaucoup bénéficié des approches psychologiques cognitivocomportementales. Repérer les troubles du comportement est nécessaire pour aider le patient à mieux cerner le cercle vicieux : déclencheurs émotionnels, pensées négatives, émotions délétères, compulsions, culpabilité. Des thérapies en individuel et en groupes permettent aux patients obèses non seulement de comprendre leurs troubles du comportement alimentaire mais aussi de modifier leurs comportements.

Un grand nombre de patients obèses ont subi des actes violents tels que des abus sexuels, harcèlement, *mobbing*. Le stress post-traumatique est énorme et nous avons introduit depuis plus de 10 ans des approches non verbales telles que l'art-thérapie et la danse-thérapie. Ces approches permettent aux patients obèses de s'exprimer à travers un média ; la peinture, la sculpture facilitent l'expression émotionnelle de manière indirecte. Après l'élaboration d'un dessin, d'une peinture, le patient décrit sans jugement son « œuvre » et peut sortir la douleur enfouie depuis si longtemps. L'estime de soi souvent abîmée peut s'améliorer au même titre que l'image du corps. Cette dernière s'approprie, se construit à l'aide des ateliers de danse-thérapie. L'image du corps mais aussi les représentations mentales se modifient. Ces approches apportent beaucoup dans la dimension de perception. Le patient obèse est souvent divorcé de ses sensations et un nouvel apprentissage de la perception de la faim et de la satiété aide beaucoup dans un programme de perte de poids.

Parmi les dimensions de la personne autre qu'émotionnelle, perceptive et cognitive, nous travaillons les dimensions métacognitives et infracognitives. Brièvement, la dimension métacognitive pourrait se résumer par un « zoom arrière ». Notamment, l'exploration de l'ambivalence du patient est un bon exemple pour le faire réfléchir sur « je sais mais je ne fais pas ». Le patient

doit prendre du recul avec le soignant et réfléchir aux avantages et désavantages d'entreprendre une démarche de perte de poids.

Finalement, la dimension infracognitive est très utilisée dans une approche cognitivocomportementale. Par exemple, les distorsions cognitives telles que de faire « tout ou rien », un régime restrictif ou tout abandonner est très fréquent chez nos patients obèses compulsifs. Mettre la « barre trop haut » est classique chez les patients obèses qui veulent perdre beaucoup de poids en peu de temps.

Enfin, nous avons combiné également notre approche complexe de l'obésité avec des thérapies hypnotiques. L'enseignement de l'autohypnose pour la gestion du stress s'est révélé très intéressant. Un travail sur la perception de satiété-faim mais aussi sur l'image du corps donne des résultats prometteurs pour les patients obèses.

Nous proposons dans ce chapitre de résumer notre approche psychopédagogique complexe de l'obésité associant une éducation thérapeutique en cinq dimensions avec plusieurs approches psychologiques et art-thérapeutiques.

■ Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) a été élaboré par deux psychologues, Miller et Rollnick, ayant travaillé longuement dans le décryptage d'entretiens cliniques, en particulier dans le champ des addictions^[6]. Leurs observations portèrent sur les conséquences que le style du thérapeute avait sur le patient et sur l'adhérence au traitement. Notamment, une attitude confrontante du soignant suscitait plutôt un comportement défensif du patient, l'éloignant ainsi de l'idée de changement.

L'EM est particulièrement inspiré de l'approche de Carl Rogers, mettant l'accent, comme dans l'approche centrée sur la personne, sur la relation égalitaire et de collaboration entre le patient et le soignant, ainsi que sur la capacité d'empathie de ce dernier^[4]. Il s'agit d'une intervention brève qui facilite le changement naturel et la recherche d'une amélioration thérapeutique^[3]. Elle peut intervenir comme approche unique, comme prélude à une autre intervention ou peut encore s'intégrer et se combiner avec d'autres traitements^[3,7].

Fondamentalement, l'EM a comme but de mettre un changement en route. Et c'est tout ce dont une partie des personnes obèses a besoin. Du moment qu'ils passent de l'ambivalence à l'engagement, ils peuvent suivre leur rythme de changement avec ou sans aide à travers différentes étapes^[3]. Certains patients obèses semblent nécessiter davantage d'aide pour amorcer un changement après une approche motivationnelle. D'autres méthodes peuvent alors prendre le relais comme la thérapie cognitive et comportementale (TCC), par exemple.

Description de la méthode

L'EM est une approche relationnelle qui a pour but de susciter et renforcer la motivation au changement. Cette forme de guidance met en avant le style de l'intervenant comme un puissant levier de changement. La relation soignant-soigné est collaborative et le soignant prend en compte et respecte l'autonomie ainsi que les choix du patient tout en l'intégrant comme un véritable partenaire dans le processus de changement. Les cinq idées fortes de l'EM sont présentées dans le [Tableau 1](#).

Entretien motivationnel... pour les soignants

L'EM constitue une aide incontournable pour le clinicien : cette approche nous guide au mieux dans le but d'éviter des écueils relationnels autant pénibles que fréquents.

Le clinicien est souvent poussé par un sentiment aussi honorable que malheureux de vouloir « réparer » les problèmes de son patient : en lui disant, par exemple, ce qu'il devrait faire « ce serait bien que vous perdiez un peu de poids », comment il devrait s'y prendre « vous devriez manger moins gras ». On appelle ce comportement des soignants le réflexe correcteur, à savoir le fait de prêcher les comportements « médicalement corrects ».

Tableau 1.
Style motivationnel et ses cinq idées fortes.

Collaboration	Partenariat entre patient et soignant. Ce dernier explore et négocie les idées et les inquiétudes du patient. On ne fait pas de l'entretien motivationnel à quelqu'un mais <i>avec</i> quelqu'un
Évocation	Le soignant suscite chez le patient l'expression de ses valeurs, de ses propres motivations à changer ainsi que de ses ressources pour le faire. Le soignant favorise l'expression de tous ces aspects chez son patient plutôt que l'éduquer ou lui donner sa propre opinion
Autonomie	Capacité à accepter et respecter les choix du patient, même quand ils diffèrent des nôtres. La persuasion est sciemment évitée
Empathie	Capacité du soignant à comprendre et accepter le point de vue et le vécu du patient. Dans l'EM l'empathie est toujours explicite, verbalement exprimée
Renforcement (ou valorisation)	Soutien inconditionnel du soignant, valorisation des efforts du patient et encouragements dans sa démarche

Le réflexe correcteur constitue un problème dans la mesure où la plupart des patients qui viennent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer, ils sont généralement ambivalents. Et si, face à l'hésitation à changer du patient, le clinicien affiche clairement son parti pris en faveur du changement, par exemple arrêter de fumer, maigrir, faire plus d'activité physique, prendre régulièrement les médicaments, etc., il va être à l'origine d'une montée en flèche de la résistance.

Pourquoi l'ambivalence du patient nous pousse-t-elle à compromettre notre alliance avec lui ? L'ambivalence est souvent confondue avec la résistance et elle plonge fréquemment le soignant dans un sentiment d'impuissance et de frustration. « Mais pourquoi ne veut-il pas comprendre qu'il doit changer ? ! ». En fait, l'ambivalence est normale dans toute démarche de changement, elle est intrinsèque à l'être humain. Le clinicien sera gagnant s'il peut aider le patient à explorer et résoudre son ambivalence plutôt que de le confronter avec des propos comme « avec votre poids, je n'hésiterais pas à arrêter de fumer ».

La résistance, elle, n'est pas intrinsèque à la personne, elle renvoie à une dissonance dans la relation. Notamment lorsqu'il y a un décalage entre les attentes du soignant et le rythme du patient. La résistance n'est pas une caractéristique définissant le patient ! Elle concerne toujours la relation et elle est causée ou aggravée par le soignant, sa manifestation verbale la plus fréquente dans le discours du patient étant « oui, mais... » suivi d'un défilé d'arguments et de justifications en faveur du non-changement. L'EM aide donc les soignants à moins s'épuiser et à moins développer de contre-attitudes qui sont souvent le signe de la frustration de ne pas parvenir à aider leurs patients. Dans une perspective motivationnelle, le soignant peut se délester de la responsabilité de devoir porter et guérir le patient, comportement voué la plupart du temps à l'échec. En restituant au patient son autonomie et sa responsabilité dans le processus de changement, soignant et patient avancent en tant que partenaires dans la résolution d'un problème. Le soignant se focalise davantage sur les capacités et les ressources du patient, en l'encourageant, plutôt que sur sa propre performance à résoudre les difficultés du patient.



Entretien motivationnel... pour les patients

Nous avons prêté attention à ce qui peut, dans la relation soignant-patient, diminuer chez ce dernier l'envie de changer. Qu'est-ce qui va à présent faire croître cette envie ? Quels sont les ingrédients de la motivation ? Outre une relation de confiance, non conflictuelle avec son (ses) soignant(s), quelques paramètres plutôt intrapersonnels cette fois-ci sont en jeu :

- pourquoi changer ? Le patient a de bonnes raisons de le faire : améliorer sa vie, sa santé, son couple, sa paix intérieure, par exemple ; ou alors éviter l'arrivée ou l'aggravation de divers problèmes ;
- comment changer ? Le patient croit en sa capacité de le faire. Cela fait référence à ce que le patient a déjà fait (ou essayé, même sans succès à la clé), à ses qualités, aux ressources externes (famille, amis, réseau de soin). Souvent les patients avec un excès pondéral ont de nombreuses raisons de vouloir mincir mais peu de confiance en eux d'en être capables. Le sentiment de capacité est un ingrédient incontournable dans la réussite d'une démarche de changement ;
- quand changer ? Le patient sent que c'est le bon moment de le faire. Cet ingrédient découle chronologiquement des deux autres.

La motivation à changer ne se résume donc pas à une liste de raisons de changer.

Les études d'Amrhein [3, 8, 9] mettent en lumière un déterminant dans le changement qui va profondément marquer et façonner l'EM. Plus les patients parlent en faveur du changement, plus il y a de probabilités qu'ils changent. Et inversement : plus ils produisent d'arguments contre le changement (ou en faveur de l'état actuel, le non-changement), plus il y a de probabilités qu'ils ne changent pas.

À partir de là, un des enjeux principaux du clinicien va être de faire parler son patient de son changement (ce qu'on nomme le discours-changement) en évitant de le faire élaborer autour du discours-maintien (les dires du patient en faveur du non-changement). Le discours du patient est en quelque sorte une prophétie de ce qu'il va réaliser comme changement (*self-fulfilling prophecy*). Le soignant va alors s'évertuer à reconnaître le discours-changement, à le susciter et à le renforcer.

En conclusion, l'esprit de l'EM semble favoriser un rapport collaboratif de qualité où soignant et patient développent au mieux leur potentiel. Le soignant favorise l'élaboration du changement et le patient explore de façon approfondie les enjeux autour de son changement, tout ceci en évitant les écueils de la toute-puissance pour le soignant et de la passivité pour le patient.



■ Thérapie cognitive et comportementale

Les approches comportementales et cognitivocomportementales sont les approches psychologiques qui sont les plus utilisées et qui ont été les plus évaluées dans la prise en charge de l'obésité [10]. Utilisée en complément d'approches nutritionnelles et de programmes d'exercice physique, la TCC permet une plus grande perte de poids [11]. Par ailleurs, la TCC est également parmi les prises en charge qui se sont montrées efficaces pour le traitement de l'hyperphagie boulimique [12]. L'hyperphagie boulimique est un facteur aggravant de l'obésité et rend sa prise en charge plus difficile [13]. La TCC est utilisée dans notre service pour le traitement des troubles du comportement alimentaire, y compris de l'hyperphagie boulimique, en complément des autres approches présentées dans cet article.

Déroulement d'une TCC pour l'hyperphagie boulimique

Alors que les techniques de la TCC sont utilisées pour aider la perte et le maintien du poids dans le cadre de l'obésité, lorsqu'elle se préoccupe d'hyperphagie boulimique, la TCC cible plus particulièrement le comportement alimentaire. Le poids n'est pas le focus durant le temps de la thérapie. La TCC pour l'hyperphagie boulimique à elle seule n'a que peu ou pas d'effet sur le poids, qui reste généralement stable durant la thérapie [14].

Voici une présentation plus détaillée d'une prise en charge psychothérapeutique cognitivocomportementale de l'hyperphagie boulimique, qui peut être suivie en individuel ou en groupe.

Tableau 2.

Carnet alimentaire en thérapie cognitivocomportementale.

Heure	Aliments Boissons	Quantité	Vitesse 1-7	Faim 1-7	Situation, lieu, avec qui, en faisant quoi	Pensées, émotions

Cadre

La TCC se distingue d'autres approches thérapeutiques sous plusieurs aspects. Les TCC font partie des thérapies dites « brèves » et ont un nombre limité de séances. Le patient et le thérapeute se mettent d'accord ensemble sur un objectif à atteindre. La TCC se focalise principalement sur le présent, mais le contexte d'apparition et la dimension historique des comportements sont examinés. La relation thérapeutique est basée sous le signe de la collaboration. Le thérapeute est l'expert des techniques thérapeutiques et le patient de sa problématique. Les séances sont structurées, elles ont lieu en face à face. Le thérapeute prescrit des tâches à domicile, négociées avec le patient, afin d'ancrer la thérapie dans sa vie quotidienne. Lors de chaque séance, ces tâches à domicile sont revues attentivement. Les techniques utilisées sont discutées avec le patient. Le but est de développer ses capacités d'autorégulation, afin qu'il acquière un comportement plus satisfaisant et qu'il puisse généraliser ces changements avec les mêmes techniques à d'autres situations par la suite.

Évaluation

Avant la prise en charge proprement dite, on procède à une évaluation qui comprend une anamnèse ainsi qu'une analyse fonctionnelle des comportements problématiques. Cette analyse fonctionnelle s'occupe de l'historique et du maintien du problème-cible. On cherche à spécifier quelles sont les pensées négatives, les émotions délétères, voire les images mentales et les sensations qui participent au problème ainsi qu'à décrire précisément les comportements qui posent problème. L'analyse fonctionnelle s'enrichit au cours de la thérapie au fur et à mesure que le patient devient capable d'observation dans les moments difficiles.



Des questionnaires remplis par le patient ou par le thérapeute avec le patient sont utilisés en début ainsi qu'en fin de thérapie, afin de mesurer le niveau des différents aspects que l'on désire modifier et d'évaluer quantitativement si l'objectif fixé est atteint.

Phase comportementale

Dès le début de la thérapie, on demande au patient d'auto-observer son comportement à l'aide d'un carnet alimentaire comportemental. Ce travail doit se faire chaque jour, sur le moment pour éviter les biais de mémoire, et accompagne généralement la majeure partie de la thérapie. À l'aide de cet exercice, le patient va progressivement prendre conscience de son fonctionnement et pourra entamer des petits changements. Remplir un carnet alimentaire est très confrontant et souvent douloureux au début. Cela peut même amener une augmentation des dérégulations alimentaires. Par la suite, grâce au regard objectif et bienveillant du thérapeute, l'exercice devient plus naturel. L'idée n'est pas de juger le comportement du patient, mais d'observer ce qui se passe comme avec une caméra, jour après jour. Un carnet alimentaire contient un certain nombre d'informations, qui peut être variable. Un exemple est présenté dans le [Tableau 2](#).

Utilisation d'un carnet alimentaire en TCC

Les quantités sont de préférence exprimées en assiettes, en cuillères, etc., plutôt qu'en grammes. La colonne vitesse se réfère à la rapidité d'alimentation que le patient évalue de 1, lentement, à 7, rapide. La faim avant de manger peut aussi être évaluée de 1, pas faim, à 7, très faim. Évaluer les sensations internes comme la faim ou la satiété peut être un exercice laborieux en début de thérapie.

Ensuite, il est intéressant de préciser le lieu ou la situation, avec qui a lieu la prise alimentaire, et surtout en faisant quoi. Finalement, la dernière colonne « pensées, émotions » est généralement difficile à remplir et est abordée surtout en deuxième partie de thérapie, durant la phase cognitive. Le patient note de manière différente les repas normaux et les crises alimentaires. La distinction entre crise alimentaire et repas n'est pas toujours claire pour un patient souffrant d'hyperphagie boulimique. Le thérapeute prend le temps de définir avec lui ce qui les différencie.

Au niveau comportemental, le carnet alimentaire sert entre autres à travailler la structure progressive de l'alimentation. On s'emploie à introduire des petits changements, que le patient décide et juge atteignables, d'une séance à l'autre. Le but est d'arriver pour le patient à prévoir pour la journée suivante quand il va prendre ses repas et ses collations. La planification est un outil primordial. On fixe des intervalles réguliers entre les repas et les collations pour que le temps entre les repas ne soit pas trop important. Une trop grande faim est un déclencheur courant de perte de contrôle alimentaire. Mais on cherche également à ce que le temps entre les repas ne soit pas trop court, ce qui est le signe de grignotages. Le carnet alimentaire permet de voir si les changements prévus sont atteints ou s'il faut réviser les objectifs à la baisse. La progression se fait lentement, par petits pas. Le thérapeute va freiner le patient dans ses désirs de changements en « tout ou rien ». Il permet à ce dernier de relever ce qu'il a réussi à mettre en place et que souvent il sous-estime, jugeant ces changements négligeables.

Déclencheurs et stratégies

Parallèlement, tout un travail sur les déclencheurs de crises alimentaires prend place, toujours avec l'aide du carnet alimentaire. Les déclencheurs sont souvent multiples et leur identification prend du temps. Ils peuvent être alimentaires. Les aliments « tabous », ou « interdits », que le patient ne consomme plus ou seulement en cas de crises alimentaires sont repérés. Ces aliments sont progressivement réintroduits dans l'alimentation quotidienne dans des quantités raisonnables afin que l'envie ou la frustration ne déclenchent plus de crises alimentaires. Mais les crises alimentaires peuvent également être dues à l'habitude (fin de journée), ou à des émotions, généralement pénibles, mais parfois aussi agréables. La nourriture joue à court terme un rôle anesthésiant puissant. On peut aider le patient à identifier clairement et à exprimer ce qui a provoqué une perte de contrôle par une analyse en détails de situations précises, comme on le fait lors de l'analyse fonctionnelle.

En fonction des déclencheurs identifiés, le patient est encouragé à trouver des stratégies qui l'aident à repousser ou à éviter les crises alimentaires. Le thérapeute doit résister à l'envie de suggérer des stratégies au patient, c'est à ce dernier de les trouver et de les tester. À travers cette expérience, le patient peut renforcer son estime de lui. Les stratégies du patient peuvent viser la gestion du temps avant le repas suivant (être de préférence actif, par exemple sortir faire un tour, plutôt que passif, comme lire un livre ou se dire que ça va passer) ou d'une émotion (téléphoner à une amie pour parler d'une situation). Même si les stratégies ne fonctionnent pas à chaque fois, il s'agit de désamorcer le lien qui s'est créé entre les déclencheurs et la nourriture, en diminuant le sentiment d'impuissance que le patient peut ressentir face à ces déclencheurs, ainsi que d'améliorer son estime de lui par une reprise de contrôle sur l'alimentation.



Phase cognitive

Une phase cognitive prend place dans un deuxième temps. Le modèle TCC postule que les émotions que nous ressentons sont le résultat de « pensées automatiques » activées dans une situation. En effet, une même situation peut provoquer chez différentes personnes des émotions très variées. Ces émotions seraient le fruit de la lecture que chacun fait de la situation, qui se reflète dans les pensées automatiques. Ces pensées sont appelées automatiques car elles sont à la limite de la conscience et parce qu'il faut y porter attention pour y avoir accès. Elles ne sont pas le résultat d'une analyse logique et circonstanciée des événements

mais plutôt le reflet de croyances profondes construites au fil des années, appelées « schémas ». L'être humain doit gérer tellement d'informations à la fois que ces pensées automatiques, qui assurent un traitement rapide des données, sont plutôt pratiques. Mais si les croyances qu'elles reflètent sont rigides, elles empêchent une bonne adaptation, voire enferment la personne dans sa situation problématique. La restructuration cognitive est nécessaire pour permettre un assouplissement de ces schémas de pensées. Après avoir consciencieusement analysé la situation en termes d'émotions et de pensées automatiques qui en sont à l'origine, le patient va avec l'aide du thérapeute chercher quelques preuves dans la réalité. Ces preuves peuvent aller soit dans le sens, soit à l'encontre de la pensée automatique qui produit les émotions pouvant être à l'origine de crises alimentaires^[15]. L'examen de la réalité et la recherche de preuves permet de remettre en question la pensée automatique et d'élaborer une pensée plus réaliste. Il ne s'agit pas de voir la vie en rose, mais d'avoir une vue plus large des différents aspects de la situation. Cette pensée réaliste produit généralement les mêmes émotions, mais d'une intensité moins forte, ce qui est le signe que la restructuration cognitive a réussi.



Prévention de la rechute

Au fur et à mesure de la thérapie, le patient reprend le contrôle de son comportement alimentaire grâce à ces différentes techniques qu'il apprend à utiliser de manière autonome. En fin de thérapie, lorsque l'objectif est atteint, s'engage une phase de prévention de la rechute, directement inspirée des travaux de Marlatt et Gordon^[16].

Il s'agit tout d'abord d'être réaliste, le thérapeute explique au patient qu'un dérapage peut arriver et qu'il est raisonnable d'en accepter l'idée. Il lui conseille de ne pas minimiser ce qui arrive, ni de dramatiser un éventuel dérapage, qui ne signifie nullement que le trouble alimentaire est revenu « comme avant ». Néanmoins, afin d'éviter que les crises alimentaires ne s'installent à nouveau de manière pernicieuse, le patient est encouragé à trouver les déclencheurs qui ont occasionné ce dérapage et à agir de manière appropriée avec les techniques qu'il a apprises, voire à reprendre l'auto-observation à l'aide du carnet alimentaire pendant quelques temps si besoin.

En conclusion, l'approche TCC permet au patient de reprendre le contrôle sur son comportement alimentaire, étape nécessaire dans toute démarche de perte de poids.

■ Pertinence de l'hypnose

La prise en charge de l'obésité, comme de toute pathologie, implique de considérer le patient dans sa globalité de corps et d'esprit. Il est certes un être en surpoids, mais il est aussi un être ayant un vécu et un être en lien avec le monde.

C'est en ce point que l'hypnose est pertinente car elle se situe et agit à la fois dans le corps et dans l'esprit en favorisant l'interaction. Elle tient compte de l'environnement sociorelationnel du patient, tout en considérant ses représentations et la manière qu'il a de vivre sa maladie.

Dans notre service, l'hypnose se pratique en collaboration étroite avec divers spécialistes (diététicien, psychologues, art-thérapeutes et médecins). Cette technique permet de renforcer les progrès effectués (comme la vitesse d'alimentation), d'affiner l'interprétation de sensations (la sensation de faim ressentie comme différente de l'envie de manger, toutes deux différentes de l'anxiété), de dépasser certaines problématiques (évitement émotionnel), ou de travailler des souffrances n'ayant pas été encore abordées (phobie).

Lors d'ateliers d'art-thérapie, la pratique de l'hypnose rend les patients attentifs à ce corps négligé, voire dénié, grâce à une centration sur les sensations que ce dernier leur procure et les émotions que cela peut susciter chez eux. En se familiarisant avec leurs sensations et leurs affects, leur corps devient moins menaçant et donc digne de soin. Elle donne également matière aux moments de créativité qui s'ensuivent.

En ouverture des groupes de psychothérapie de soutien, elle ramène le patient à son propre corps comme contenant, comme enveloppe d'un monde intérieur riche et sensible où évoluent fantasmes, images et pulsions. L'échange verbal dynamique qui en résulte incite les patients à considérer l'existence et l'importance de ce monde interne afin de l'approprier.

Cette technique, pratiquée individuellement ou en groupe, s'articule donc efficacement à de multiples approches.

Certaines études ont d'ailleurs montré que l'hypnose améliore la prise en charge cognitive et comportementale des patients obèses^[17]. Lors d'une méta-analyse en 1996, Kirsch trouve une perte de poids significativement plus importante chez des patients obèses ayant été suivis en TCC avec hypnose que ceux suivis uniquement en TCC^[18]. Ces résultats relevés immédiatement après le traitement se retrouvent lors du suivi.

Déroulement d'une prise en charge en hypnothérapie

Après une séance d'anamnèse, une séance de tests hypnotiques est effectuée. Celle-ci n'a pas pour objectif de définir le niveau d'hypnotisabilité du patient, mais plutôt d'explorer ses canaux sensoriels préférentiels, le plus souvent visuels et auditifs, de répondre à ses questions et de le rassurer en lui faisant expérimenter l'état d'hypnose. Durant cette première séance, le patient constate que l'état de dissociation, très souvent associé à l'hypnose, lui est connu pour l'avoir déjà vécu spontanément. Il est à la fois en transe et à la fois pleinement conscient de ce qui se passe en lui et autour de lui : « C'est comme quand je conduis d'un endroit à l'autre et que je pense au boulot. Il y a une partie de moi qui gère les feux, les stops, les virages et une autre qui est dans la rédaction d'un dossier, au bureau ! ».

Suite aux tests, un nombre de séances d'hypnothérapie, généralement entre quatre et huit, est défini en accord avec le patient, en fonction de la problématique abordée. Une séance de bilan est prévue en fin de traitement.

Nous allons distinguer ici deux types d'hypnose pratiquée en consultation d'obésité : l'hypnose métaphorique et l'hypnose dite classique.

Usage de l'hypnose métaphorique

Ce type d'hypnose est particulièrement indiqué pour le patient souffrant de maladie chronique^[19,20]. Il se sent malade depuis longtemps et pour toujours. Plusieurs prises en charge ont déjà été faites. Le patient est expert de la maladie, connaît les solutions mais le changement profond reste difficile. Il perd courage comme parfois le soignant aussi.

Dans la pratique des soins en général, la métaphore permet d'améliorer la communication entre le soignant et le soigné^[21] : une patiente boulimique pourrait apporter à son thérapeute une métaphore afin de lui faire comprendre au mieux son vécu : « à la nuit tombée, je me transforme en ogre furieux capable de tout dévorer ». L'usage de la métaphore permet, dans toute relation d'aide, de se rencontrer dans un univers commun, mais la spécificité de la métaphore hypnotique est qu'elle porte au-delà de la rencontre : elle vise le changement. La métaphore hypnotique va contourner la logique rationnelle consciente du patient, son esprit intellectuel saturé de savoir, et faire appel à d'autres aspects de lui, notamment à ses ressources inconscientes. Elle va adresser un message à l'esprit conscient que l'esprit inconscient, lui, va décrypter comme une suggestion de changement. Cette suggestion, amenée sous forme d'histoire par exemple, va être acceptée par l'esprit inconscient sans que l'esprit conscient ne lui fasse obstacle, tout absorbé qu'il est par le récit qui lui est compté.

La métaphore hypnotique se construit grâce aux représentations du patient^[22]. Elle n'est donc pas issue uniquement de la créativité du thérapeute. Celui-ci doit encourager son patient à verbaliser ses croyances, ses images et sa sensorialité en lien avec la maladie « mon diabète sent le caramel, il est brun et liquide... » pour s'adapter à lui et qu'ils créent un monde commun à partir duquel le changement peut prendre forme.

L'hypnose métaphorique dépasse la pensée « cause-effet » au profit de la pensée « en réseau » où les liens se font dans la globalité, c'est pourquoi elle a une place de choix pour travailler des thèmes tels que la gestion des émotions ou le traitement de l'impulsivité au profit d'une diminution des compulsions.

Usage de l'hypnose classique

Même si le symptôme tel que le trouble du comportement alimentaire peut être lui-même compris comme une métaphore, il importe dans certains cas d'agir directement sur les difficultés rencontrées par le patient. C'est ce que propose l'hypnose classique. En formulant des suggestions directes ou indirectes, elle vise par exemple à diminuer le temps de latence entre la prise alimentaire et la manifestation du signal de satiété ou à augmenter la compétence du patient à respecter ce signal. L'objectif est précis et les propositions de changement clairement formulées au patient.

En conclusion, l'usage de l'hypnose clinique associé à une connaissance approfondie des problématiques de l'obésité facilite l'exploitation des richesses internes du patient, libère sa créativité et augmente favorablement son potentiel à changer. Les suggestions sur mesure du thérapeute renforcent ses compétences et les changements s'impriment durablement. Qu'elle soit métaphorique ou classique, l'hypnose est un outil complémentaire aux autres approches thérapeutiques, utile et efficace dans la prise en charge de l'obésité.



■ Art-thérapie : l'expression de soi autrement

L'art-thérapie est une pratique de soin par les médiations artistiques telles que les arts plastiques, la danse, la musique et le théâtre. L'art-thérapie traite les difficultés d'ordre psychologique et/ou physiologique en impliquant le patient dans un travail de mise en forme de son vécu. Cela implique le corps à travers l'action créatrice et les sensations qui s'y engagent, ainsi que les émotions et la pensée. Pendant le processus art-thérapeutique le patient fait des liens entre sa production artistique, ses émotions et les pensées correspondantes ; il apprend à mettre des mots sur ces éléments. Ce processus permet au patient d'accéder à un savoir phénoménal qui l'enrichit. Il a la possibilité de chercher et de trouver en lui-même de nouveaux repères. Il peut, dans un espace ludique et sécurisant, explorer son rapport au corps et à son psychisme ainsi qu'à son environnement social et culturel.

L'attention du thérapeute ne se porte pas sur la valeur esthétique du travail artistique mais sur le processus même et la possibilité de partager cette expérience.

Dans ce chapitre, nous présentons deux spécificités de l'art-thérapie : les arts plastiques et visuels, et la danse. Chacune de ces approches art-thérapeutiques est développée et illustrée par des exemples concrets afin de comprendre leur spécificité dans l'accompagnement des personnes souffrant d'obésité dans un contexte de prise en charge globale où interviennent différentes approches thérapeutiques.

Art-thérapie à spécificité arts plastiques

Dans cet espace art-thérapeutique, le patient obèse découvre une nouvelle manière de se rencontrer par l'entremise de matière, de couleurs et d'images. Cet environnement est un espace d'expérience où il explore différentes matières avec tous ses sens. Le corps tout entier est impliqué dans la création ; le corps réel, le corps imaginaire et le corps fantastique sont présents tout au long du processus de création. La personne inscrit des traces dans sa production ainsi que dans son corps.

L'utilisation des arts plastiques comme la peinture, la terre, et les images (collages), le dessin, etc., permet d'éveiller l'imaginaire, de donner une forme aux représentations et aux émotions, afin de mieux pouvoir les comprendre et ainsi favoriser un processus

de transformation et de maturation. Ces matières vont devenir des sortes de médiateurs entre le patient et son univers sensitif, émotionnel et imaginaire.

Cadre en art-thérapie

Le cadre en art-thérapie délimite un espace-temps qui est une aire de « jeu », libérant la créativité et permettant à l'art-thérapie d'exprimer toute sa spécificité, qui est celle d'un travail psychique où le non-verbal a autant d'importance que le langage parlé. Winnicott^[23] parle d'un espace intermédiaire d'expériences, sorte de terrain psychique de jeu où il se rejoue des éléments de la vie du patient. La mise en relation de la « réalité du dedans » avec celle « du dehors » suscite une énorme tension qui peut être soulagée en proposant un espace d'expérience et de créativité « suffisamment » souple et « suffisamment » ferme et fiable. Le cadre est aussi une transition entre l'extérieur et l'intérieur, entre la réalité et l'imaginaire, entre l'objectivité et la subjectivité.

Les suivis en art-thérapie sont proposés en groupe ou en individuel. Les suivis en groupe portent sur des thèmes plus généraux : éveiller sa créativité, se reconnecter à ses ressources, sortir de l'isolement social ou remobiliser son imaginaire.

Les suivis en individuel sont des processus qui impliquent différemment le patient qui définit, à l'aide du thérapeute, un objectif thérapeutique. Souvent l'objectif n'est pas clair dès le départ, mais le patient amène un besoin de s'exprimer autrement qu'avec les mots. Au fil des séances, les objectifs se clarifient : se reconnecter à ses sensations et à ses émotions, mieux gérer ses émotions, exprimer sa colère, améliorer son image du corps, retrouver l'appétence à vivre ou tout simplement ressentir du plaisir.

Les séances d'art-thérapie varient entre 1 heure et une 1,5 heure en individuel, et 2 heures pour les séances en groupe.

Indications

Ce sont les médecins ou les psychologues qui nous adressent des patients, parfois le patient lui-même fait la demande d'un suivi. Dans la problématique qui nous concerne les indications sont variées, sachant que dans l'obésité, il y a aussi l'expression d'une souffrance plus sourde : dépression, déni du corps, alexithymie, expression difficile ou troubles de l'expression, syndrome post-traumatique et maltraitances.

Déroulement

Chaque séance d'art-thérapie se déroule en trois temps : le temps de l'accueil, le temps de la création et le temps de mise en mots.

Temps de l'accueil

C'est l'instant où le patient va rentrer dans un nouvel espace d'expériences où il va aller à sa rencontre. Nous prenons toujours un temps d'échange verbal pour sentir ce qui est présent, comme sensation, sentiment ou image. Ce moment nous permet d'avoir des informations sur le patient et sur son vécu actuel. Il permet également un recentrage avant la mise en mouvement pour créer une ouverture et le lancer dans la création^[24].

Temps de la création

Contrairement à une activité comme le théâtre ou la danse, la peinture implique de manière indirecte le corps. Elle est parfois ressentie comme l'expression d'un état régressif^[25]. Peindre ou dessiner sont des activités que l'on apprend enfant. Se retrouver un pinceau à la main signifie souvent, pour des adultes non artistes, un retour à un statut d'enfant. Chacun sent sa gaucherie, son hésitation, sa peur d'être « vu ». Mais c'est aussi se reconnecter à sa naïveté et sa spontanéité d'enfant, sans la peur du jugement.

Les débuts de création peuvent être très angoissants. C'est pourquoi, il est parfois nécessaire d'accompagner le patient dans les premiers instants créatifs ; proposer des matières, des procédés techniques, des thèmes, ou encore des jeux sensoriels qui vont stimuler l'imaginaire et la création. Comme des jeux de « mise en bouche », qui pourraient désamorcer l'inhibition de départ. Nous invitons à jouer, à vivre une expérience sensitive et créative.

La création d'une forme, d'une image ou d'un objet est un défi pour le patient. Il va se passer quelque chose avec la matière. Il va falloir donner une existence à quelque chose qui n'en a pas ; faire émerger une forme de cette matière. Dans le processus créatif avec la matière, plusieurs pulsions sont éveillées. Chaque matière a sa particularité, son caractère. Elle va pousser le patient à se dépasser et, à son contact, il va vivre une expérience émotionnelle : se mettre en colère, se battre, détruire, trouver de nouvelles stratégies, essayer, transformer, douter, jusqu'à ce qu'il réalise la forme qui lui convient et là, c'est une forme de victoire. Il y a du mouvement dans le processus artistique et plastique : tout le corps va s'éveiller et permettre à des éléments figés de reprendre vie. Par ailleurs, la matière est non seulement porteuse de symboles mais également source de plaisir : plaisir de toucher, palper, pétrir, barbouiller, enduire, gâcher, caresser. Il nous paraît essentiel de respecter ce plaisir sensitif chez le participant et de lui laisser un temps de découverte.

L'objet créé va permettre à un contenu d'exister. Celui-ci n'a peut-être pas de sens immédiat pour le patient, mais à partir de cette forme d'autres vont pouvoir exister, et ainsi permettre au patient d'y donner du sens. Ce contenu va donc être construit à partir d'une seule ou de plusieurs formes. Ainsi, le contenu va pouvoir se modifier et se transformer. En art-thérapie, l'élaboration va se faire à partir des mises en scène des formes créées. Chouvier^[26] explique que chaque mise en scène de l'objet renvoie à une activité psychique de transformation : « Le passage d'un état à un autre dans le cadre de la matérialité a aussi des effets de passage dans le cadre de l'intériorité ».

Pour l'artiste, l'œuvre réalisée est porteuse de sens et amène « la possibilité d'un dire »^[27]. Par son intermédiaire, le patient peut accéder à l'expression verbale.

Temps de mise en mots

C'est un temps où le patient va pouvoir mettre des mots sur l'expérience vécue et s'exprimer sur son œuvre s'il le souhaite. Il nous semble important de donner une place à la parole. Toutefois comme dit Klein^[28,29], « l'acte créateur est parole en soi ». C'est pourquoi la parole ne doit en aucun cas être forcée ni expliquée.

Dans ce temps de parole, une distance peut s'établir par rapport à la production. La forme regardée peut agir, après coup comme « un révélateur ». Le patient va pouvoir faire des liens avec sa réalité, actuelle ou passée. L'élaboration psychique faite par la personne ne sera pas livrée à elle-même puisqu'elle va être partagée et reconnue. Dans cette phase, il est important que le soignant n'interprète pas à la place du patient et surtout qu'il ne juge pas la production.



En groupe, c'est aussi un moment qui invite la personne à faire confiance aux autres, à oser parler de soi, à découvrir, à partager et à prendre sa place.

En conclusion, le débordement émotionnel rend difficile la réflexion, l'élaboration et finalement la représentation de ce qui est en jeu. Par la création, les affects qui s'éparpillent sont remobilisés et recentrés. L'énergie est canalisée et le vécu émotionnel concrétisé. Celui-ci devient moins menaçant, moins angoissant car il prend une forme tangible et matérielle^[25].

L'art-thérapie à spécificité arts plastiques invite le patient à créer une forme. L'objet créé est une représentation de la personne. C'est l'auteur qui lui donne existence et en contrepartie, l'œuvre donne vie à l'auteur, à quelque chose qui appartient à l'histoire de ce dernier. Elle permet par ailleurs une mise à distance. Elle devient porteuse d'une trace de l'auteur ou alors son prolongement. Elle fait miroir de ce que l'auteur va projeter consciemment ou non. Elle résonne à l'intérieur de celui qui l'a créée, mais aussi chez celui qui la regarde. Elle va être médiatrice entre l'intérieur et l'extérieur ; entre soi et le monde.

L'art-thérapie permet au patient de concevoir de nouvelles manières de penser aux problèmes qui l'assaillaient et de les éprouver. Les processus art-thérapeutiques vont lui permettre de retrouver son identité, son individualité ; de remplacer le « on » par le « je ».

L'art-thérapie propose des outils qui permettent au patient de renouer avec lui-même, avec ses propres valeurs car elle éveille et relance le potentiel créatif de chacun. Et, « c'est seulement en étant créatif que l'individu, enfant ou adulte, découvre le soi »^[23].

L'approche par l'art permet une rencontre avec soi-même en douceur, chacun se dévoilant jusqu'où il le peut, jusqu'où il le veut.

Danse-thérapie dans la prise en charge de l'obésité

Parmi les causes et les mécanismes sous-jacents à l'obésité et aux troubles du comportement alimentaire, une mauvaise estime de soi et une image du corps altérée participent au cercle vicieux des régimes restrictifs et des compulsions alimentaires [11,30,31].

De par leur passé familial, social, parfois traumatisant, les personnes obèses sont souvent coupées de leurs sensations et de leurs émotions [32,33]. Elles construisent une enveloppe corporelle, véritable rempart contre ce qui se passe à l'intérieur et l'extérieur de leur corps qui leur donne le sentiment d'être protégée. Quand elles maigrissent trop vite, elles perçoivent un vide qu'elles considèrent comme menaçant. Elles perdent leurs repères et cela entraîne souvent une reprise de poids pour se sentir à nouveau en sécurité [34-36].

Les personnes obèses pensent qu'elles ont peu d'aptitudes à bouger leur corps. Leur expression corporelle se restreint à peu de mouvements. Elles éprouvent par conséquent peu ou pas l'envie de bouger et, de ce fait, la perception du corps à l'arrêt ou en mouvement, est grossière et leur renvoie une image négative [37,38]. La personne obèse se perçoit comme une masse rigide. Elle se déplace comme un bloc. Ainsi, des tensions se créent au niveau de la posture, de la démarche et elle économise ses mouvements. Ceci l'empêche de percevoir son schéma corporel de manière claire, son image du corps est floue, et les représentations du corps imaginaire sont négatives ou encore inaccessibles [39-43].

Enrichir son vocabulaire de mouvements c'est s'ouvrir à d'autres façons d'être, d'exister [44,45]. Pendant son traitement la personne obèse se familiarise avec ses sensations extéroceptives, proprioceptives et intéroceptives. Elle devient consciente de ses perceptions sensorielles, de ses émotions et de ses représentations. Ce processus l'aide à définir les frontières de son corps et à poser des limites, à se différencier de l'environnement, à agir seule et avec l'autre. Elle est plus apte à communiquer avec autrui et avec l'espace environnant. Ces prises de conscience lui permettent d'améliorer son image et l'aident à développer une meilleure estime d'elle-même. Elle est plus motivée à prendre soin de son corps, de sa santé, de son comportement alimentaire et, finalement, à perdre du poids.

Cadre

C'est en observant l'organisation et l'expression du mouvement que le danse-thérapeute comprend le langage du sujet, la qualité de la relation au corps qu'il établit, ses idiosyncrasies qui le rendent unique [46-48]. C'est en remontant les méandres de la construction de son langage corporel que le patient peut comprendre ses difficultés. En travaillant avec le transfert, le danse-thérapeute est en mesure de recréer un environnement qui le contient, il est le miroir du patient. Il se fait l'écho de ses mouvements, il s'ajuste aux rythmes de ses mouvements, à leurs formes et leurs dynamiques afin de développer l'empathie. Il peut également renvoyer au patient une autre manière d'être, de bouger qui le confronte et qui lui rappelle des personnes ou des situations envers lesquelles il éprouve une difficulté. Grâce à une interactivité, la phase préverbale et non verbale peut être remémorée, réévaluée et conduite à être exprimée au sein de l'espace transactionnel thérapeutique. Le patient peut alors éprouver une intégration psychosomatique, qui est la source d'un vrai sentiment d'intégrité. Petit à petit alors que le patient devient plus libre et cesse de projeter sur le thérapeute, ce dernier devient un objet que le patient peut intérioriser et considérer comme fiable. Quelqu'un qui encourage l'authenticité et l'exploration.

Technique

C'est la technique du mouvement authentique qui est utilisée pour l'exploration des thèmes sur l'image du corps [49,50]. En donnant ce cadre tampon et expérimental, le danse-thérapeute

donne au patient l'occasion d'avoir une expérience ininterrompue, si essentielle pour un sens du moi. Le patient peut expérimenter des impulsions, des sensations libres de tout empiètement et de stimuli extérieurs. Ce processus est fondamental en danse-thérapie, processus créatif qui permet d'associer librement.

Le langage corporel, son expressivité et son organisation motrice étant le reflet de l'accommodation de la personne à son environnement et à ses blocages émotionnels, un autre aspect de la thérapie passe également par la restructuration de l'effort fourni par les patients pendant un mouvement ou la rééducation du mouvement [51-54]. Ce travail l'aide à affiner ses facultés sensorielles, kinesthésiques, à comprendre l'organisation de ses mouvements, et à analyser la façon dont il les construit et ce qu'ils signifient pour lui. Le patient peut éprouver progressivement de nouvelles sensations, de nouveaux sentiments qu'il intègre afin de modifier la représentation de son corps.

Déroulement d'une séance de danse-thérapie pour l'hyperphagie boulimique

Détente, respiration, étirements

À cette occasion les patients travaillent sur leur souffle pour soulager toutes sortes de maux et pour explorer leur espace intérieur : accueillir leurs émotions, leurs sensations, les représentations du corps imaginaire. Ils découvrent que le souffle n'a pas toujours la même qualité et intensité et que le flux de tension musculaire, qui s'accorde à leur souffle, reflète leurs affects et besoins du moment. Après avoir pris conscience de leurs tensions musculaires et psychiques ils les expriment par une séquence de mouvements et verbalement.



Travail sur la rééducation du mouvement

Les patients s'engagent dans un travail d'assouplissement, de musculation et de coordination qui est doux et qui demande une grande attention et écoute du corps.



Travail sur l'échauffement créatif des parties du corps

Les patients inventent des mouvements pour chaque partie de leur corps qui sont repris par le reste du groupe. Ils inventent également des mouvements locomoteurs qui les déplacent dans l'espace et qu'ils exécutent avec un partenaire. Apprendre à inventer sans avoir peur du regard de l'autre les met en contact avec leur créativité, leur spontanéité, un autre aspect de leur personnalité.

Danse sur un thème personnel

La danse improvisée permet aux patients de s'exprimer librement, d'accueillir et d'expérimenter un aspect de leur personnalité qui leur est étranger, enfoui. Le processus d'associations libres émergeant de l'attention portée sur leurs sensations, leurs émotions ou leurs représentations leur permet d'accéder à un savoir phénoménal qu'ils analyseront par la suite.



Synthèse

Pendant la synthèse, ils apprennent à faire des connexions entre leur vécu pendant la séance et leur vie au quotidien, la perception qu'ils ont d'eux-mêmes.



En conclusion, un programme de danse-thérapie permet aux patients obèses d'améliorer leurs perceptions sensorielles, et leurs représentations d'eux-mêmes, l'estime de soi et leur qualité de vie.

C'est un temps où ils découvrent qu'ils bougent avec aisance et beaucoup de plaisir. C'est également un temps de régression pendant lequel les patients retrouvent des souvenirs qui les ont affectés psychologiquement et marqués dans leur chair. En travaillant avec d'autres personnes avec qui ils partagent les mêmes problématiques, ils modifient leur attitude par rapport au regard de l'autre et à leur propre regard. Ils apprennent à améliorer, à affiner la perception de leur corps au repos et en mouvement en travaillant, au quotidien, leur conscience corporelle avec des outils simples qui renforcent leur sentiment d'autonomie et leur motivation. Le corps n'est plus une forteresse dans laquelle ils se barricadent, ce n'est pas non plus un ennemi contre lequel ils retournent leur colère et leurs frustrations. Leur corps devient un lieu où se ressourcer et se connaître dont ils ont envie de prendre soin.



Références

- [1] Golay A, Lagger G, Lasserre Moutet A, Chambouleyron M, Giordan A. Éducation thérapeutique des patients diabétiques. In: Monnier L, editor. *Diabétologie*. Paris: Elsevier Masson; 2010. p. 377-94.
- [2] Golay A, Lagger G, Giordan A. *Comment motiver le patient à changer ?*. Paris: Maloine; 2010.
- [3] Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press; 2002.
- [4] Rogers CR. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin; 1951.
- [5] Lagger G, Giordan A, Chambouleyron M, Lasserre-Moutet A, Golay A. Éducation thérapeutique. 2^e partie: Mise en pratique des modèles en 5 dimensions. *Medecine* 2008;**4**:269-73.
- [6] Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press; 1991.
- [7] Arkowitz H, Westra HA. Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of depression and anxiety. *J Cogn Psychother* 2004;**18**:337-50.
- [8] Aharonovich E, Amrhein PC, Bisaga A, Nunes EV, Hasin DS. Cognition commitment language and behavioral change among cocaine-dependent patients. *Psychol Addict Behav* 2008;**22**:557-62.
- [9] Moyers TB, Martin T, Christopher PJ. Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: where is the evidence? *Alcohol Clin Exp Res* 2007;**31**(suppl10):40s-7s.
- [10] Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD003818.
- [11] Fossati M, Amati F, Painot D. Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2004;**9**:134-8.
- [12] Wilfley DE, Welch RR, Stein RI. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;**59**:713-21.
- [13] Blaine B, Rodman J. Responses to weight loss treatment among obese individuals with and without BED: a matched-study meta-analysis. *Eat Weight Disord* 2007;**12**:54-60.
- [14] Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2010;**43**:205-17.
- [15] Greenberger D, Padesky C. *Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive*. Montréal: Décarie éditeur; 2004.
- [16] Marlatt G, Gordon J. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press; 1985.
- [17] Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995;**63**:214-20.
- [18] Kirsch I. Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments—another meta-reanalysis. *J Consult Clin Psychol* 1996;**64**:517-9.
- [19] Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau I. *L'aide mémoire d'hypnose*. Paris: Dunod; 2010.
- [20] Bioy A, Keller PH. *Hypnose clinique et principe d'analogie fondements d'une pratique psychothérapeutique*. Bruxelles: de Boeck; 2009.
- [21] Livnay S. Hot Air Balloon. In: Congrès européen d'hypnose, Maltes, 2005.
- [22] Hammond DC. *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York City: WW Norton; 1990.
- [23] Winnicott DW. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard; 1975.
- [24] Anzules C, Haenni C, Golay A. Une expérience en art-thérapie pour patients souffrant d'obésité. In: Paul P, Gagnayre R, editors. *Le rôle de l'art dans les éducations en santé*. Paris: L'harmattan; 2008. p. 19-33.
- [25] Muret M. *Les arts-thérapies*. Paris: Editions Retz; 1983.
- [26] Chouvier B. *Les processus psychiques de la médiation*. Paris: Dunod; 2004.
- [27] Boustra J. *Expression et psychose*. Paris: Editions ESF; 1988.
- [28] Klein JP. *L'art en thérapie*. Marseille: Hommes et Perspectives; 1993.
- [29] Klein JP. *L'art-thérapie*. Paris: PUF Que Sais-Je?; 1998.
- [30] Volery M, Carrard I, Rouget P, Archinard M, Golay A. Cognitive distortions in obese patients with or without eating disorders. *Eat Weight Disord* 2006;**11**:e123-6.
- [31] Fossati M, Rieker A, Golay A. Thérapie cognitive en groupe de l'estime de soi chez des patients obèses. *J Ther Comp Cogn* 2004;**14**:29-34.
- [32] Apfeldorfer G. *Traité de l'alimentation et du corps*. Paris: Flammarion; 1994.
- [33] Anzules C, Haenni C, Golay A. An experience of art therapy for patients suffering from obesity. *Eur Diabetes Nurs* 2007;**4**:72-6.
- [34] Corcos M. *Le corps absent : approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Paris: Dunod; 2000.
- [35] Bergès J. *Le corps dans la neurologie et la psychanalyse : leçons cliniques d'un psychanalyste d'enfants*. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2005.
- [36] Winnicott D. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard; 1989.
- [37] Muller-Pinget S. La danse thérapie dans les soins. In: Golay A, editor. *Le rôle de l'art dans les éducations en santé*. Paris: L'Harmattan; 2008. p. 69-87.
- [38] Lestienne F, Gurfinkel V. Réflexion sur le concept de représentation interne: le contrôle du mouvement et de l'attitude posturale. In: Petit L, editor. *Les neurosciences et la philosophie de l'action*. Paris: J Vrin; 2000.
- [39] Corraze J. *Image spéculative du corps*. Toulouse: Privat; 1973.
- [40] Schilder PF. *L'image du corps*. Paris: Gallimard; 1968.
- [41] Fischer S. *Development and structure of body image*. Hove: Lawrence Erlbaum; 1986.
- [42] Fischer S, Cleveland S. *Body image and personality*. New York: Dover Publication Inc; 1968.
- [43] Ayres AJ. *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services; 1987.
- [44] Laban R. *The mastery of movement*. London: McDonald, Evans; 1971.
- [45] Kestenberg J. *The role of movement pattern in development*. New York: Dance notation Bureau Press; 1977.
- [46] Muller-Pinget S. La thérapie par la danse. In: Richard J, Rubio L, editors. *La thérapie psychomotrice*. Paris: Masson; 1995. p. 137-47.
- [47] Bernstein PL. *Theory and method in dance-movement therapy*. New Hampshire: Kendal, Hunt Publishing Company; 1972.
- [48] Leventhal M. Moving towards health: Stages of therapeutic unfolding in dance movement. In: Current research in arts medicine. Chicago: A cappella books; 1998. p. 257-61.
- [49] Leventhal M. *Structure in dance therapy. A model for personality integration in CORD*. New York: Annual Congress on Research in Dance; 1979. p. 173-82.
- [50] Bartenieff I. *Body movement: coping with the environment*. New York: Gordon, Breach Science Publishers Inc; 1980.
- [51] Mills M, Brainbridge Cohen B. *Developmental movement therapy*. Amherst MA: The School of Body-Mind Centering; 2005.
- [52] Eddy M. Body-Mind Dancing in The Body Mind Connection. In: Loman S, Brandt R, editors. *Human movement analysis*. Keene: Antioch New England Press; 1992. p. 203-27.
- [53] Muller-Pinget S. Dance therapy improves body image in obese people. *Int J Obes* 2008;**32**(suppl1):S171.
- [54] Eddy M. The practice Application of Body-Mind Centering® (BMC) in dance pedagogy. *J Dance Educ* 2006;**6**:86-91.

I. Carrard.

M. Reiner.

C. Haenni.

C. Anzules.

S. Muller-Pinget.

A. Golay (Alain.Golay@hcuge.ch).

Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève, 4, rue Gabrielle-Perret-Gentil, CH - 1211 Genève 14, Suisse.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Carrard I, Reiner M, Haenni C, Anzules C, Muller-Pinget S, Golay A. Approche psychopédagogique et art-thérapeutique de l'obésité. EMC - Endocrinologie-Nutrition 2012;9(3):1-9 [Article 10-506-H-20].

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos/
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations



Cas
clinique

Cet article comporte également le contenu multimédia suivant, accessible en ligne sur em-consulte.com et em-premium.com :

1 autoévaluation

[Cliquez ici](#)

11 cas clinique

Clinique 1

Ambivalence, résistance du patient et réflexe correcteur du soignant.

[Cliquez ici](#)

Clinique 2

Discours changement.

[Cliquez ici](#)

Clinique 3

TCC et hyperphagie boulimique.

[Cliquez ici](#)

Clinique 4

TCC et hyperphagie boulimique : déclencheurs et stratégies.

[Cliquez ici](#)

Clinique 5

TCC et hyperphagie boulimique : restructuration cognitive.

[Cliquez ici](#)

Clinique 6

Hypnose classique.

[Cliquez ici](#)

Clinique 7

Processus art-thérapeutique et ses trois temps.

[Cliquez ici](#)

Clinique 8

Ressentir à nouveau sa cage thoracique.

[Cliquez ici](#)

Clinique 9

Ressentir à nouveau sa colonne.

[Cliquez ici](#)

Clinique 10

Mon regard sur moi-même.

[Cliquez ici](#)

Clinique 11

Mon ventre, mon nombril.

[Cliquez ici](#)