

# Les compulsions alimentaires

## DÉCONSTRUIRE LEUR POUVOIR

### PARTIE 1



**Dr Julien Betbèze<sup>1</sup>,  
Pr Gérard Ostermann<sup>2</sup>**

1. Pédopsychiatre et psychiatre adultes, rédacteur en chef de la revue *Hypnose et thérapies brèves*, Nantes  
2. Professeur de thérapeutique, médecin interniste, psychothérapeute, président de l'institut des conduites alimentaires, Bordeaux

### Résumé

Nous développons comment la logique dissociative est au centre des compulsions alimentaires. Nous mettons en évidence comment le monde abandonnique et son vide entretiennent le cercle vicieux de ces compulsions. Nous montrons comment déconstruire le pouvoir de l'histoire dominante à l'origine de ces troubles, à partir de la création d'une relation sécurisée reliée aux valeurs préférées du sujet. Nous décrivons l'intérêt du questionnaire anti-compulsions, l'importance de l'évaluation de la sécurité relationnelle et d'un futur sécurisé. Nous indiquons enfin comment le blocage des tentatives de contrôle libère un espace permettant au sujet de redevenir auteur de sa vie.

### Abstract

#### Food compulsions: deconstruct their power

We develop how dissociative logic is at the center of food compulsions. We highlight how the abandoned world and its emptiness maintain the vicious circle of these compulsions. We show how to deconstruct the power of the dominant history at the origin of these disturbances, starting from the creation of a secure relationship linked to the subject's preferred values. We describe the value of the anti-compulsion questionnaire, the importance of assessing relationship security and future security. Finally, we indicate that the blocking of control attempts frees up a space allowing the subject to once again become the author of his life.

### Introduction

#### Les conseils diététiques

Tous les soignants peuvent faire l'expérience du peu d'influence de leurs conseils diététiques auprès de personnes souffrant de compulsions alimentaires, comme si ces informations restaient bloquées au niveau cognitif. L'absence de réponse indique que les propositions du thérapeute, même si elles semblent être comprises, ne font pas sens pour le sujet, comme si ces paroles ne parvenaient pas à s'incarner.

#### La dimension corporelle

Pour qu'une parole soit entendue, elle doit être accueillie

sensoriellement et affectivement. C'est cette dimension corporelle qui indique que l'information fait réellement sens pour le sujet. Elle se traduit par une mise en mouvement qui lui permet de développer de nouvelles possibilités de vie dans sa relation à la nourriture. L'expérience montre que la communication d'une information adaptée, si elle reste dans le monde de la représentation, est sans effet malgré un accord verbal exprimé par un sujet en souffrance. Dans cette occurrence, le maintien des compulsions est progressivement perçu comme un comportement automatique, d'origine interne et mystérieuse, très difficile à modifier.

Dans cet article, nous nous proposons d'aborder à la fois la logique dissociative qui amène les compulsions alimentaires à prendre le pouvoir dans la relation du sujet à la nourriture, et la manière dont la relation de soins doit se mettre en place pour redonner du pouvoir au sujet.

#### La logique dissociative à l'origine des compulsions alimentaires

#### Le manque de sécurité dans les relations

Une réflexion sur la genèse des compulsions alimentaires et les difficultés du sujet à modifier son

comportement passe par la prise en compte du manque de sécurité dans ses relations, surtout intimes. Ce manque de sécurité dans la relation à l'autre crée, dans la relation à la nourriture, **un mélange confus de sensation d'angoisse, de mal-être et de plaisir anticipé**. Ce ressenti sensoriel et l'émotion associée sont souvent mal identifiés et perçus comme inquiétants.

### Se protéger des effets angoissants de l'information

Tant que le ressenti sensoriel n'est pas accueilli, le patient va se déconnecter de son expérience corporelle afin de se protéger des effets angoissants de l'information. La condition première pour que ce ressenti sensoriel soit accueilli est l'existence d'une relation sécurisée entre le thérapeute et le patient, pour que celui-ci puisse se connecter aux ressources dont il a besoin pour intégrer son expérience. **En luttant contre ses ressentis sensoriels, le patient rentre dans une logique dissociative, où les cognitions et les affects deviennent contradictoires**. Du grignotage aux crises de boulimie, le sujet est de plus en plus prisonnier des effets de la dissociation.

### Description des effets de la dissociation

Cette dissociation, fruit de la contradiction entre la relation à l'autre et la relation à soi se traduit par trois effets principaux caractérisés à chaque fois par une dimension d'automatisme, contraire aux intentions du sujet.

Cette automatisme se décline dans trois registres :

- au niveau du ressenti sensoriel et des émotions attenantes,
- au niveau des gestes,
- au niveau de la pensée.

**Comprendre la genèse de la clinique dissociative est ainsi le préalable indispensable pour découvrir de nouvelles manières d'interagir avec les patients afin qu'ils puissent, en accueillant leur ressenti sensoriel, reprendre du pouvoir sur leur vie.**

### La lutte contre le ressenti sensoriel

En luttant contre le ressenti sensoriel en rapport avec ses émotions désagréables, au lieu de modifier sa relation à l'autre, le sujet se dissocie du sens de ses émotions. Par exemple, la perception corporelle de l'angoisse, indiquant un manque de sécurité dans la relation à l'autre et la relation à soi-même, devrait amener le sujet à prendre des initiatives pour augmenter cette sécurité relationnelle. Toutefois, si le sujet présente, dans son histoire de vie, une faible capacité à se connecter à des expériences sources de sécurité, il aura tendance à lutter contre ses ressentis sensoriels pour diminuer la perception angoissante. Malheureusement pour le sujet, plus il va lutter, plus l'angoisse va faire retour, et nous allons passer de "l'angoisse" à "l'angoisse de l'angoisse". Dès ce moment, lorsque le sujet percevra de l'angoisse, il va lutter de manière automatique contre ce ressenti, **ce qui va l'enfermer dans un cercle vicieux**, dans lequel plus il lutte, plus il devient impuissant.

### Les actions automatiques et les croyances limitantes

C'est dans ce contexte, où l'émotion a perdu son sens relationnel, que vont s'installer des actions automatiques, elles-mêmes perçues comme s'opposant aux intentions du sujet. Les compulsions alimentaires s'installent et éloignent le sujet de la possibilité de partager le

sens de son action.

C'est ainsi que s'installent aussi les croyances limitantes (*je n'y arriverai jamais...*, *c'est toujours ainsi...*, *c'est plus fort que moi...*) et les ruminations mortifères (*je suis nul(le)...*, *je ne vauds rien...*, *je ne mérite pas d'y arriver...*), **qui vont enfermer le sujet dans une logique pathologique**.

Comprendre la genèse de la clinique dissociative est ainsi le préalable indispensable pour découvrir de nouvelles manières d'interagir avec les patients afin qu'ils puissent, en accueillant leur ressenti sensoriel, reprendre du pouvoir sur leur vie.

### Remettre la question de la sécurité relationnelle au centre

Les approches actuelles, dans différents courants, remettent au centre la question de la sécurité relationnelle. *Pouvoir se sentir en sécurité avec les autres est sans doute l'aspect primordial de la santé mentale* (1). Que ce soit la théorie de l'attachement développée par Bowlby, les thérapies brèves (stratégiques, solutionnistes, narratives) (2) et systémiques, l'hypnose éricksonienne, l'HTSMA<sup>1</sup>, l'EMDR<sup>2</sup>, la *mindfulness*, les thérapies cognitives et émotionnelles, toutes ces approches remettent au centre de leur réflexion l'importance de la sécurité

1. HTSMA : hypnose thérapie stratégique et mouvements alternatifs

2. EMDR : eye movement desensitization and reprocessing

relationnelle et la prise en compte des émotions comme conditions de modification des compulsions alimentaires.

### L'expérience d'autonomie relationnelle

Habiter son corps, c'est-à-dire accueillir les ressentis sensoriels en rapport avec ses émotions, est le signe de l'existence d'une relation suffisamment sécurisante, dans laquelle il existe une réciprocité entre la relation à l'autre et la relation à soi. Cette expérience se traduit par un accordage relationnel où, plus le sujet perçoit la relation à l'autre, plus il est en relation avec lui-même. Nous pouvons parler alors d'une expérience d'autonomie relationnelle, c'est-à-dire d'une expérience de liberté au sein de la relation, dans laquelle les affects et les représentations mentales sont en harmonie, les cognitions donnant forme à la vie.

**En l'absence d'une telle conjonction entre la relation à l'autre et à soi, une guerre intestinale s'installe à l'intérieur du sujet,** la méfiance s'infiltrant dans la perception de l'autre et de soi-même. Ainsi, la reconnexion à l'expérience d'autonomie relationnelle est le chemin à suivre pour déconstruire les comportements automatiques et les croyances limitantes, enfermées dans des représentations guerrières où la coopération est impossible.

Nous pouvons ainsi comprendre les blocages dissociatifs comme un effet de la contradiction entre la relation à l'autre et la relation à soi.

### Le contexte relationnel insécuré

En l'absence de relation sécurée, c'est-à-dire en l'absence d'accordage corporel, cette contradiction

dessine deux mondes qui vont servir de support aux compulsions alimentaires. D'une part, dans un contexte relationnel insécuré, le sujet, pour garder la relation à l'autre, accepte de sacrifier son autonomie ; nous sommes alors dans un monde de maltraitance. D'autre part, le sujet essayant de se fonder lui-même sans relation à l'autre, se retrouve seul avec ses propres images, pris dans un monde abandonnique, traversé par des angoisses de mort. Ceci explique que tout sujet préfère être maltraité pour conserver la relation, que renvoyé au néant relationnel du monde abandonnique. Nous pouvons ainsi différencier deux situations pour les personnes souffrant de compulsions alimentaires :

- soit **elles peuvent être prises dans des situations de maltraitance et d'abandon contextuelles**, ce qui indique qu'elles peuvent, en dehors de ces situations, trouver des ressources relationnelles,
- soit elles ne perçoivent aucune trace de relation sécurée dans leur vie, **ce qui les enferme dans un monde abandonnique** où l'autre est perçu comme indifférent à sa souffrance. Dans ce cas, les compulsions alimentaires sont prises dans des logiques addictives et la relation thérapeutique est elle-même prisonnière d'un imaginaire de maltraitance ou d'abandon.

Travailler la relation avec le monde abandonnique avant de travailler la relation avec le monde de la maltraitance est le chemin à suivre pour se libérer des compulsions alimentaires.

### La séparation entre les actions et les intentions

Que ce soit dans le monde de la maltraitance ou dans le monde abandonnique, le sujet reste en position

de survie, il est dissocié, c'est-à-dire **dans l'incapacité d'être en même temps en relation avec l'autre et en relation avec lui-même**. Cela se traduit en clinique, par un fond d'angoisse et par l'incapacité de percevoir derrière toute action, une intention positive dans la relation à l'autre.

Que ce soit une action positive (moment où la relation à l'autre et à la nourriture est satisfaisante) ou négative (moment où la relation à l'autre et à la nourriture a pris le pouvoir sur le sujet), le sujet ne peut pas imaginer que les autres puissent percevoir une intention positive dans sa relation à la nourriture.

C'est cette séparation entre les actions et les intentions, qui amène ces actions à être imposées au sujet et ne jamais être terminées car ne rejoignant jamais la relation. En effet, pour qu'une action soit vécue comme accomplie, elle doit se terminer dans un partage affectif, signe d'une relation vivante et d'un sujet réassocié. **La condition de la réassociation est donc une expérience relationnelle sécurée**, dans laquelle le sujet peut percevoir les intentions positives de l'autre et les siennes propres. Dans une relation insécurée, la contradiction entre la relation à soi et à l'autre est à l'origine de la dissociation entre les intentions et les actions, et enferme le sujet dans ses croyances limitantes d'impuissance et de culpabilité qui ne font qu'entretenir la logique des compulsions alimentaires.

### Le cercle vicieux

Tout se passe comme si, quoi que fasse le sujet, même s'il essaye de suivre des conseils avisés, il continuait à s'enfoncer dans un cercle vicieux où, plus il agit, plus il s'éloigne de sa subjectivité. **Il devient ainsi de plus en plus prisonnier d'une**

**L'objectif thérapeutique est de permettre au sujet de choisir, soit d'arrêter, soit de continuer, soit de modifier son comportement et d'être ainsi en capacité de réaliser ce qu'il veut vivre.**

histoire structurée par la **compulsion**, dans laquelle il a perdu la liberté de choisir de manger ou pas, de boire ou pas, etc. Nous saisissons ainsi l'importance pour le thérapeute de comprendre qu'un changement dans la relation avec la nourriture n'implique pas pour le sujet d'arrêter son comportement : l'objectif thérapeutique est de permettre au sujet de choisir, soit d'arrêter, soit de continuer, soit de modifier son comportement et d'être ainsi en capacité de réaliser ce qu'il veut vivre.

Pour cela, **il est nécessaire de déconstruire la vision individualiste de la culture dominante**, qui renforce les croyances limitantes issues des vécus traumatiques et des troubles de l'attachement. Cela se traduit par la co-construction, avec le sujet, d'un nouveau cadre d'interprétation où ses intentions correspondent à ses actions, sinon l'histoire dominante, caractérisée par la rivalité et la méfiance, continuera à faire interpréter au sujet ses actions comme contraires à ses intentions.

### Comment déconstruire le pouvoir de cette histoire dominante organisée autour des compulsions alimentaires ?

Il s'agit d'ouvrir une histoire alternative structurée par des relations sécurisées au sein desquelles le sujet va pouvoir percevoir les intentions positives des autres et ainsi retrouver

une capacité de choix dans son rapport à la nourriture.

#### Objectifs

La psychothérapie des compulsions alimentaires doit commencer par la co-création avec le sujet d'une relation sécurisée afin de :

- permettre au sujet de se réassocier,
- et d'être ainsi à nouveau libre de choisir et gérer sa vie émotionnelle, c'est-à-dire être capable d'accueillir ses ressentis sensoriels en lien avec la peur, la tristesse, la colère, pour construire un nouveau sens à sa vie.

#### Le recadrage de la réalité

Nous devons donc nous interroger sur les conditions qui vont favoriser l'installation de cette relation sécurisée à partir de laquelle le sujet pourra se libérer de l'emprise des troubles alimentaires. Il pourra ainsi envisager sa réalité affective de manière élargie et s'investir dans de nouvelles manières de vivre sa relation aux autres et à la nourriture.

**Il s'agit donc de changer le cadre d'interprétation de l'histoire dominante**, pour amener le sujet à percevoir sa relation à l'autre, à lui-même et à la nourriture comme une relation de coopération. La déconstruction des croyances limitantes passe par la création d'un nouveau cadre d'interprétation (recadrage) de la réalité. Ces recadrages ont pour but de libérer le sujet d'une vision étroite, et de percevoir les intentions collaboratives

## À RETENIR

L'origine des compulsions alimentaires s'enracine dans la logique dissociative, celle-ci provenant de l'influence des relations insécures sur la constitution du sujet (troubles de l'attachement, imaginaire individualiste et rivalitaire). Cette logique dissociative est proportionnelle à la contradiction entre la relation à l'autre et la relation à soi et se traduit par trois blocages :

- la séparation entre les cognitions et les affects (les intentions du sujet ne peuvent se traduire en action, avec **présence de pensées automatiques** : ruminations, vision négative de soi-même, croyances limitantes) ;
- la lutte contre les **ressentis sensoriels**, avec dissociation émotionnelle, la peur devient la peur de la peur, la tristesse devient la tristesse de la tristesse, la colère devient la colère de la colère. Les émotions deviennent automatiques, se retournent contre le sujet et font le lit de croyances limitantes à la recherche d'un monde utopique sans aucune peur, sans aucune tristesse, sans aucune colère ;
- la **présence de gestes automatiques** : *je mange sans m'en rendre compte* (compulsions alimentaires), *c'est ma main et ma bouche qui fonctionnent toutes seules*, ou bien : *c'est ma bouche, mon estomac, mon corps qui refusent toute nourriture* (anorexie), *mes actions ne correspondent jamais à mes intentions*. Le sujet a perdu la capacité de choisir de faire ou de ne pas faire.

À cela s'ajoutent les tentatives de solution du sujet qui consistent à vouloir contrôler d'autant plus sa relation à la nourriture que celle-ci est prise dans des compulsions dissociantes. Ceci se traduit par un effet paradoxal où, plus il essaye de contrôler sa relation à la nourriture, moins il y parvient.

des autres et donc du thérapeute. Tant qu'il est prisonnier de cette vision étroite, le sujet reste victime du pouvoir réducteur des compulsions alimentaires l'empêchant de donner d'autres sens à sa vie.

Vérifier que les sens nouveaux qui peuvent émerger de l'entretien sont entendus, grâce au recadrage, est également une manière de vérifier que la coopération est en place dans le travail thérapeutique.

### Les actions

L'installation de la relation sécurisée est favorisée par les actions suivantes :

1. envoi d'un questionnaire anti-compulsions alimentaires pour séparer l'identité du sujet de l'influence du contexte socio-culturel individualiste ;
2. amélioration et évaluation de la sécurité de la relation thérapeutique ;
3. description par le sujet d'un futur sécurisée ;
4. blocage des tentatives de solution qui augmentent l'insécurité relationnelle ;
5. réintégration du geste dissocié.

## Questionnaire anti-compulsions alimentaires

### Objectifs

L'envoi d'un questionnaire avant le début de la prise en charge, adressée au sujet et à sa famille, vise à déconstruire l'influence du contexte social sur la perception corporelle. Il s'agit d'amener les sujets à pouvoir critiquer les facteurs socio-culturels qui favorisent l'augmentation inquiétante de ces troubles alimentaires. Si cette pathologie s'est développée dans une société où la nourriture est en abondance, où les liens parentaux sont marqués

**La déconstruction des croyances limitantes passe par la création d'un nouveau cadre d'interprétation (recadrage) de la réalité.**

par un impératif de bien-être pour les enfants, avec une dépendance envers les parents, ces troubles sont renforcés par la mode de l'ultra-minceur, l'imaginaire social basé sur l'auto-contrôle et la dynamique de compétitivité. Dans une idéologie centrée sur l'autonomie non relationnelle, la compétition et les conflits glissent inexorablement vers la rivalité, la concurrence victimaire et le perfectionnisme.

Ces différents points peuvent commencer à être déconstruits dès les premiers contacts entre les thérapeutes ou l'équipe de soin et le patient.

### Le questionnaire

Le questionnaire anti-compulsions ou anti-boulimie (*Encadré*) est à envoyer avant le début de la thérapie. Ce questionnement peut naturellement être modifié en fonction du contexte, l'élément important étant la dynamique externalisante qui amènera le sujet et sa famille à percevoir les compulsions alimentaires et la boulimie comme extérieures à leur propre identité.

### Le rôle du thérapeute

Pendant que le sujet réfléchit à ces questions, le thérapeute s'interroge lui-même sur ses propres croyances concernant la dimension identitaire de cette pathologie. En effet, les croyances limitantes des sujets sont renforcées par celles du thérapeute qui, de manière implicite, peut amplifier par son questionnement le pouvoir des compulsions

sur la vie du sujet. La vision classique de la psychopathologie, caractérisée par l'internalisation des problèmes, a amené une compréhension non relationnelle et non contextuelle de ces troubles. Ainsi, plus le thérapeute pense qu'il existe une structure psychique spécifique définissant le sujet, plus il va avoir de difficultés à percevoir cette structure comme un processus relationnel bloqué. Déconstruire cette vision qui rabat la personnalité du sujet sur le discours pathologique est un préalable pour libérer les sens possibles des initiatives prises par le sujet pour faire face au pouvoir des compulsions sur sa vie. Cela amène le thérapeute à sortir d'une position d'expert que lui donne cette vision structurale et traditionnelle de la psychopathologie, pour entrer dans une vision collaborative dans laquelle le sujet va pouvoir percevoir ces comportements comme venant, non pas de l'intérieur de son identité, mais de l'extérieur, c'est-à-dire du contexte social et culturel. **S'interroger en tant que thérapeute sur la dimension implicite du pouvoir impliquée dans toute relation thérapeutique nous amène à envisager toutes les manières dont nous pourrions involontairement, en tant que thérapeutes, développer une insécurité relationnelle.**

### Les conditions indispensables

Les conditions indispensables pour que le sens des recadrages soit perçu comme émanant d'une relation sécurisée et créative sont :

- accepter le non-savoir,
- être attentifs au fait que nos connaissances professionnelles peuvent avoir des effets qui renforcent le pouvoir des compulsions alimentaires,
- s'interroger sur la manière d'agir pour que notre désir d'aide soit perçu comme coopératif,
- ne pas tomber dans le piège de propositions inadaptées qui nous amènent à penser à la place du sujet. ■

Retrouvez la partie II dans un prochain numéro de **Diabète & Obésité**.

✱ Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec cet article.

**Mots-clés :**

Comportement alimentaire, Hypnose, Thérapie narrative, Autonomie relationnelle

**Keywords:**

Eating behaviour, Hypnosis, Narrative therapy, Relational autonomy



**Bibliographie**

- Van der kolk B. Le corps n'oublie rien. Paris, Albin Michel. 2018, p.116
- Doutrelugne Y, Cottencin O, Betbeze J et al. Thérapies brèves plurielles : principes et outils pratiques. Paris, Masson. 2019 4<sup>e</sup> édition.

**Encadré - Exemple de questionnaire anti-compulsions ou anti-boulimie.**

- Comment comprenez-vous la propagation des compulsions alimentaires dans notre culture ?
- Qu'est-ce qui dans vos expériences vous a amené à penser que la thérapie pouvait être utile ?
- Y a-t-il des stratégies par lesquelles la boulimie recrute ses victimes ?
- Y a-t-il dans notre société certaines structures ou croyances qui pourraient être considérées comme soutenant les compulsions alimentaires ? Décrivez-les.
- Pouvez-vous nommer trois activités pro-boulimie que vous avez rencontrées dans votre vie ?
- Selon votre expérience, quelle est la stratégie la plus efficace employée par la boulimie pour recruter de nouvelles victimes ? Veuillez expliquer.
- Avez-vous déjà rencontré des pratiques thérapeutiques que vous considérez être pro-compulsives ? Veuillez expliquer.
- Quels sont les effets des compulsions alimentaires sur les relations (famille, couple, amis) ?
- Quels sont les effets des compulsions alimentaires sur les relations avec les professionnels ?
- Qu'ont perçu selon vous les jeunes ayant refusé l'invitation de la boulimie à participer à certaines activités ?
- Pourriez-vous nommer trois activités anti-compulsions rencontrées dans votre vie ?
- Quels conseils donneriez-vous à une personne qui se trouve actuellement recrutée par les compulsions alimentaires ?
- Quels conseils donneriez-vous à un professionnel travaillant avec des personnes souffrant des effets de la boulimie ?
- Quels conseils donneriez-vous à un membre de la famille vivant actuellement avec une personne souffrant des effets de la boulimie ?
- Pensez-vous que les compulsions alimentaires ont un bel avenir dans d'autres pays ? De quelle manière ?
- Si vous aviez la possibilité d'une conversation de quelques minutes avec la boulimie, qu'auriez-vous envie de lui dire ?
- Quel serait l'effet sur vous de pouvoir dire cela ?
- Pour qui serait-ce utile d'entendre ce que vous avez à dire ?

## Vous recherchez un médecin ou un remplaçant pour compléter votre équipe médicale ?

Contactez nos services pour une diffusion maximale de votre petite annonce dans la revue et sur les sites associés

Votre contact : Claire Voncken - Tél. : 01 49 29 29 20 - Mail : cvoncken@expressiongroupe.fr  
ou connectez-vous sur la rubrique "petites annonces" de nos sites :

[WWW.DIABETEETOBESITE.FR](http://WWW.DIABETEETOBESITE.FR)

OFFRES-SANTÉ .FR