

Déconstruire le pouvoir des compulsions alimentaires (partie 2)

Julien Betbèze ¹et Gérard Ostermann ²

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.

Summary

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.

1. Amélioration et évaluation de la sécurité de la relation thérapeutique

Le début de l'entretien sert d'abord à installer une relation sécurisée.

Pour cela, le thérapeute :

¹ Pédopsychiatre et psychiatre adultes, Rédacteur en chef de la revue « Hypnose et thérapies brèves » Nantes

² Professeur de thérapie, Médecin Interniste, Psychothérapeute, Président de l'institut des conduites alimentaires - Bordeaux

- Accueille le patient en le remerciant de lui faire confiance pour l'aider à se libérer du pouvoir des compulsions sur sa vie,
- Le remercie d'avoir participé au questionnaire fait sur les représentations de la boulimie et des compulsions dans la société,
- Le thérapeute précise la manière dont il va travailler :
 - en posant des questions sur les actions, les relations et les intentions,
 - en prenant des notes durant l'entretien, celles-ci pouvant être photocopiées et remises au patient
 - et en prescrivant des tâches,
- Il demande au patient si cette manière de travailler lui convient.

Après accord sur le contexte thérapeutique, commencent les questions à proprement parler. Ce questionnement oriente la conversation sur le besoin de sécurité ainsi que les effets bénéfiques attendus de celle-ci sur les membres de la famille, les amis et les relations professionnelles.

Cette sécurité peut être augmentée par une évaluation de l'alliance thérapeutique à la fin de chaque séance, en utilisant par exemple l'approche de Scott Miller et Barry Duncan³, où l'on demande à la fin de chaque séance au sujet de prendre position sur quatre aspects de l'alliance :

- *Est-ce que vous vous êtes senti(e) entendu(e), compris(e), respecté(e) ?*
- *Est-ce que le travail fait pendant la séance et les thèmes abordés ont correspondu à vos attentes ?*
- *Est-ce que mon approche (celle du thérapeute) vous convient ?*
- *Est-ce que dans l'ensemble, la séance d'aujourd'hui vous a convenu ?*

Chacune des réponses à ces 4 questions seront évaluées sur une échelle de 0 à 10



Au cours de la séance, selon la perception du thérapeute, il est possible à tout moment de poser les questions sur le degré de sécurité du sujet : sur une échelle de 0 à 10 on lui demandera où

³ ISEBAERT L. (2015). *Alliance thérapeutique et thérapies brèves*. Toulouse, Erès. p 256

il se situe ? 0 étant l'absence de sécurité, et 10 étant la sécurité maximum, associé aux questions suivantes

Si par exemple le sujet répond : *je suis à 4* sur cette échelle, il est possible de lui demander :

- *Qu'avez-vous perçu de moi qui fait que vous êtes à 4 et pas à 3 ?*

- *Que faudrait-il que vous puissiez percevoir de moi, ou que je fasse de différent, pour que puissiez être à 5 ?*

Le but de cette échelle et de ce questionnement est d'amener le sujet à pouvoir arriver au moins jusqu'à 7. Cette étape est un préalable avant de commencer à poser des questions sur ce que le sujet voudrait dans sa vie, comment il souhaiterait réaliser ses capacités d'autonomisation.

Lorsque le sujet est à 7, il est possible de lui demander de raconter une expérience (plutôt qu'un souvenir) qui a été pour lui une expérience de sécurité relationnelle dans un cadre d'actions partagées.

On pourra interroger le sujet pour mieux le reconnecter à son souvenir :

- *Pouvez-vous faire revenir une expérience dans laquelle vous vous êtes senti(e) en sécurité avec des personnes proches que vous appréciez ?*

Lorsque le sujet peut raconter une telle expérience, et que le thérapeute perçoit également des images de cette expérience, il est utile de lui demander (en accompagnant d'un geste de la main) :

- *Vous pouvez maintenant laisser vos yeux se fermer... et rentrer en relation avec les images et les sensations qui viennent durant cette expérience, observez... accueillez ce qui vient... en étant attentif(tive) aux détails... aux relations avec les personnes présentes dans cette expérience.*

Si le sujet ferme spontanément les yeux, nous avons le signe que le processus d'accordage est en place.

Nous pouvons alors demander au sujet de *donner un nom à cette expérience*, pour qu'elle soit intégrée dans le cadre de la nouvelle histoire de vie.

Le processus d'accordage est central, puisqu'il permet de mettre en place la possibilité de se réassocier, c'est-à-dire d'accueillir ses ressentis sensoriels au lieu de lutter contre eux.

Pendant l'entretien, le thérapeute doit être attentif à maintenir ce processus d'accordage et pour cela :

- Poser des questions externalisantes, c'est-à-dire séparant l'identité du sujet de la pathologie, les reformulations régulières, l'attention du thérapeute à rester dans une position décentrée, malgré les sollicitations à recevoir les conseils d'un *thérapeute-expert*.
- Utiliser un langage coopératif, pour affaiblir l'imaginaire rivalitaire et la vision guerrière des rapports humains.

Si le sujet ne parvient pas à avoir de tiers sécure en dehors du thérapeute, le sujet reste prisonnier d'un monde abandonnique et la sécurité avec le thérapeute va s'effriter. Cela est fréquent lorsque le patient a des troubles de l'attachement. Cela implique un travail spécifique sous forme de conversations hypnotiques pour que le patient perçoive la différence entre les intentions du thérapeute et celles des compulsions. Cette conversation hypnotique est une conversation de réassociation visant à ce que le sujet perçoive les intentions positives du thérapeute non pas à partir de son intellect, mais à partir de ses affects. Ces intentions positives visent à ce que le patient se sente potentiellement autonome par rapport à sa pathologie. Cette conversation s'appuie sur les points suivants :

- Prendre une position corporelle et accordage avec celle du patient (mirroring)
- Demander au sujet ce sur quoi il souhaite travailler et poser beaucoup de questions autour de ses choix
- Demander la permission de le questionner sur ses relations
- Reformuler ce qu'il dit en particulier lorsqu'il commence sa phrase par « Je », en observant et reprenant les gestes qui accompagnent son propos
- Ne poser des questions qu'après s'être connecté au type d'expérience exprimée par le sujet pour développer une co-réflexion
- Lui demander la signification des mots qu'il emploie
- Poser surtout des questions davantage centrées sur les intentions et les relations, plutôt que sur les actions.

Le but de cette conversation hypnotique est de permettre au sujet de décrire une relation dans laquelle il a pu expérimenter son autonomie, c'est-à-dire dans laquelle sa différence a été perçue dans son intention positive.

Cette approche soulignant l'autonomie au sein de la relation est indispensable pour aider le sujet à sortir du monde abandonnique induit par le processus dissociatif. Car, comme nous

l'avons vu, dans le monde abandonnique, toute relation revient sous forme de maltraitance, c'est-à-dire de relation qui nie toute liberté.

A la fin de la séance, le thérapeute peut donner une tâche pour permettre au sujet d'expérimenter davantage de sécurité dans sa vie. Pour cela, il peut proposer la tâche du « fantasme miraculeux ».

3. Description par le sujet d'un futur sécurisé par le questionnement : Fantasme miraculeux et Question miracle

La thérapie ⁴ des troubles alimentaires implique une dimension anticipatoire en ayant recours à la technique du fantasme miraculeux. Nous pouvons poser la question « fantasme miraculeux » de la manière suivante :

- Tout à l'heure vous sortirez du bureau... Vous allez marcher..., ouvrir la porte... Dès que vous refermerez la porte derrière vous et que votre main lâche la poignée..., tout se passe comme si le problème qui vous a amené ici avait disparu... et vous vous sentez totalement en sécurité. Chaque matin..., en vous lavant..., en vous habillant..., faites venir ce fantasme magique... Le problème qui vous a amené ici a disparu... et vous vous sentez totalement en sécurité dans votre relation aux autres... à vous-même... et au monde... Que changeriez-vous immédiatement dans votre vie...? Que vous voyez-vous faire...? Quelle est la première personne qui se rendra compte que votre comportement a changé...?

Il est également possible de poser des questions orientées vers le futur sous forme de la question miracle classique ⁵ inventée par Steve de Shazer en 1988: un miracle se produit pendant que le patient dort, sans qu'il en ait conscience. Il lui est demandé de percevoir à quels signes il verra à son réveil que ce miracle a eu lieu. La question miracle rend possible la co-construction d'un espace de collaboration où le sujet apprend à retrouver et à utiliser ses ressources. Cette question a pour but de modifier la perception du sujet, en passant d'une perception étroite dominée par les compulsions alimentaires à une perception large, où la réalité et les territoires de vie dont il était déconnecté apparaissent dans toute leur ampleur.

⁴ NARDONE G. (Trad 2004). *Manger beaucoup, à la folie, pas du tout*. Paris, Seuil. p 94

⁵ MAC FARLAND B. (1995). *Brief therapy and eating disorders*. San Francisco, Jossey-Bass. p 237

Que ce soit dans le fantasme miraculeux ou avec la question miracle classique, il est important pour le thérapeute de comprendre qu'il s'agit d'une forme d'induction hypnotique ayant pour but d'aider le sujet avec lequel nous travaillons à rentrer dans son corps. Dans un premier temps, lorsque la question est posée, le sujet n'a pas de réponse car il vit dans une perception encore étroite de sa vie. En rentrant en contact avec cette question, en la faisant circuler dans son corps, l'imaginaire du sujet se développe, des émotions suivies d'images vont naître et élargir son champ de conscience.

Un des points essentiels de cette technique est savoir attendre la réponse du sujet. Celle-ci ne peut émerger que du corps et de sa dimension affective, et non de ses représentations cognitives, closes dans un monde étroit. Le passage du registre volontaire à involontaire induit un état de transe dans lequel les solutions vont pouvoir émerger.

L'étape suivante de la question miracle consiste à recenser les dernières expériences de bouts de miracle, et à les faire décrire. Comme la perception s'est réinscrite dans le corps, il est alors possible de retrouver des souvenirs vivants. Le corps sensible fonctionne comme un aimant attirant le passé oublié vers le présent et reconnecte le sujet avec ses propres possibilités oubliées.

Enfin, l'utilisation d'une échelle dite de la question miracle va permettre au patient de se réapproprier ce qu'il vient de découvrir de son histoire, en réutilisant dans un avenir proche ses ressources jusque-là négligées. Dans cette étape, nous soulignons la dimension de sécurité pour faciliter chez le sujet l'accueil de sa sensorialité. Nous formulons la question de la manière suivante :

- Sur une échelle de 1 à 10 ou 1 correspond à la décision que vous avez prise de vous libérer du pouvoir des compulsions alimentaires sur votre vie, et 10 le lendemain du jour miracle, soit une journée sécurisée dans laquelle les compulsions ont perdu tout pouvoir, à combien êtes-vous maintenant ?

Le sujet pourra se situer par exemple à quatre. Le thérapeute intervient alors de la façon suivante :

- Pourquoi dites-vous quatre et pas trois ? Quelle différence faites-vous entre quatre et trois ? Comment faites-vous pour passer de 3 à 4 ?

Si le sujet peut donner une réponse, le thérapeute continue l'entretien en demandant :

- *Qui serait la première personne à se rendre compte que vous seriez à 5 ?*

- *Qui pourrait se réjouir de cela ?*

La conversation évoluera alors sur la relation entre le sujet et cette dernière personne. Cette partie est importante car la personne citée se trouve dans une relation de coopération avec le sujet. C'est la raison pour laquelle il est important de s'interroger aussi sur l'effet affectif chez la personne qui a pu observer ce changement pour que le sujet puisse se percevoir à partir de cette expérience partagée. En fin de séance, le thérapeute demandera au sujet d'effectuer une tâche d'observation en étant attentif à tout ce qui lui indique d'ici la séance suivante qu'il se déplace de quatre vers cinq.

Si le sujet n'a en revanche pas su répondre à la question, il est demandé comme tâche d'observation d'ici la séance suivante, de noter toutes les actions l'aidant à rester à quatre. Le but de cette tâche est de se reconnecter dans la vie ordinaire avec les ressources découvertes. Grâce à ces approches (fantasme miraculeux ou question miracle), le sujet commence à retrouver une expérience corporelle sécurisée.

Par la suite, la conversation aura pour but de mettre en évidence les intentions et les valeurs qui donnent sens à la vie du sujet, afin de lui permettre de se réconcilier avec son histoire, en retrouvant les personnes qui ont partagé ces intentions et ces valeurs. Les relations humaines médiatisées par ces valeurs forment le cadre de la nouvelle histoire alternative, à partir duquel les compulsions vont perdre de leur pouvoir.

4. Blocage des tentatives de solution qui augmentent l'insécurité relationnelle.

Pour ensuite, bloquer les tentatives de solution, inspirons-nous de l'approche externalisante développée par Jean-Marc Benhaiem⁶ en y intégrant la métaphore de la rivière sortant de son lit. Cela pourrait ainsi donner :

« Vous aimez votre corps, mais vous souffrez de voir toute cette graisse le coloniser. Votre corps non plus n'aime pas cette graisse, c'est pour cela qu'il la pousse en périphérie. Votre graisse ne le sait pas encore, mais elle pense qu'elle va réussir à envahir votre corps. Tant

⁶ BENHAIEM Jean-Marc. *Enfin je maigris ! Le déclic par l'auto-hypnose, 40 exercices* ». Paris, Albin Michel. 2008

qu'elle ne le sait pas, il est trop tôt pour essayer de la contenir, c'est comme une rivière qui sort de son lit ; plus rien ne peut la réfréner, et il ne reste plus qu'à la laisser s'écouler lentement. »

Ce recadrage prépare l'intervention paradoxale pour inciter le patient à aggraver son comportement :

« A partir de maintenant et jusqu'à la prochaine séance, je vous demanderai de manger autant qu'il vous plaira. Voyons combien de kilos il vous faudra encore prendre avant de commencer à en perdre. Il est impossible de contrôler l'inondation, il est vain de vouloir l'arrêter. C'est comme si vous étiez contrôlée par un démon. Tous vos efforts sont inutiles. Il est impossible d'empêcher une rivière de déborder. Tout ce que l'on peut faire, c'est de laisser l'eau s'écouler. »

Par la suite, le thérapeute maintiendra cette vision pessimiste tant que le sujet n'arrivera pas à percevoir la dimension protectrice de son surpoids.

Le thérapeute pourra également poser la question suivante pour faire émerger, si c'est le cas, le sens transgressif du plaisir alimentaire :

« Lorsque les médias font l'apologie des régimes alimentaires, cherchent-ils à promouvoir le plaisir de la nourriture, ou au contraire à vous culpabiliser lorsque vous mangez, et ainsi à favoriser les compulsions alimentaires? »

Chez les personnes où le conflit entre devoir et plaisir est très important, avec une distinction entre les bons et les mauvais aliments, le recadrage doit intégrer l'autorisation à avoir du plaisir dans la relation avec la nourriture. Nous proposons le recadrage externalisant suivant :

« A partir de maintenant et jusqu'à notre prochaine rencontre, je veux que vous évitiez d'écouter les Compulsions qui vous imposent une restriction alimentaire importante et vous fait croire que vous seriez une mauvaise personne si vous aviez du plaisir à manger. Au contraire, essayez de manger tout ce que vous voulez pour votre seul plaisir. Vous savez, lorsque quelqu'un s'autorise à manger tout ce qu'il veut et en particulier ce qu'il apprécie le plus, il n'est plus assailli par la tentation de transgresser. Si quelqu'un s'accorde la permission d'apprécier la nourriture et d'avoir du plaisir à manger, il empêche les Compulsions de le culpabiliser. Si quelqu'un s'accorde la permission de manger de la nourriture, il peut s'en passer, s'il refuse, les les Compulsions reprennent le pouvoir de façon irrésistible. Alors à partir de maintenant, vous devez vous débarrasser de tout interdit et vous autoriser à manger seulement ce que vous aimez vraiment ; essayez d'apprécier la nourriture au maximum, évitez de manger des aliments que vous n'aimez pas et que vous consommez seulement parce qu'ils sont peu caloriques. Ne mangez que pour le plaisir. Cette semaine, vous allez donc faire ce que

vous n'avez jamais fait auparavant : vous allez vous permettre de manger tout ce que vous aimez, et j'aurais envie d'ajouter, seulement ce que vous aimez. C'est la meilleure façon d'atteindre un équilibre. »

Il s'agit dans cette dernière approche de lutter contre un plaisir transgressif en le remplaçant par un plaisir plus important.

Parallèlement, le thérapeute intervient pour bloquer les tentatives de solution de la famille lorsqu'elle agit de manière contre-productive. Le thérapeute demande à la famille de décourager toutes les tentatives de la patiente de commencer un régime, en insistant pour qu'elle mange selon son bon plaisir. Cette stratégie permet de mettre fin aux tentatives de solution dysfonctionnelles venant des proches et qui entretiennent le cercle vicieux dissociatif.

1. Réintégration du geste par retour dans un mouvement réassocié

Après avoir désamorcé la force excessive de la compulsion par le blocage des tentatives de contrôle, la dernière étape consiste à rejoindre le sujet dans le mouvement dissocié pour qu'il retrouve une relation vivante à son corps. Pour cela, nous utilisons les techniques idéomotrices développées par Ernest Rossi⁷.

Nous demandons au sujet de faire devant nous de plus en plus lentement, de manière volontaire, le geste effectué lors de chaque compulsion. Puis nous le rejoignons dans cette expérience en lui posant, lorsque le geste est très ralenti, une question l'amenant à réinitialiser un mouvement naturel spontané. Cette question d'accession à ce mouvement de réassociation se formule de la manière suivante :

- Dès que votre esprit inconscient...

- va sentir qu'il est prêt à faire un travail pour se libérer du pouvoir des compulsions sur votre relation à la nourriture...

- est-ce que votre bras va s'arrêter ?

A ce moment là, dès que le bras devient immobile, le sujet rentre dans une expérience cataleptique, une transe de réassociation s'installe, permettant une réorganisation interne de la relation à l'autre et à la nourriture.

⁷ ROSSI Ernest. *Du symptôme à la lumière*. Bruxelles, Satas.1996, trad 2001.

CONCLUSION

La caractéristique des compulsions alimentaires est leur développement dans un contexte où la relation à l'autre est médiatisée par la peur, et la relation au monde, donc à la nourriture, est médiatisée par le plaisir.

Définir un objectif en lien avec ce nouveau sens possible est souvent suffisant dans des pathologies compulsives réactionnelles, mais insuffisant dans les troubles compulsifs chroniques. Pour que de nouveaux sens émergent, il est nécessaire de construire une histoire alternative sécurisée, à partir de laquelle le sujet pourra interpréter différemment ses actions et les modifications induites par des tâches thérapeutiques. Dans cette histoire alternative, toute différence, même minime, est significative ; elle doit être repérée, nommée et investiguée par le questionnement à partir de sa dimension intentionnelle.

Travailler le changement des conduites alimentaires, sans avoir mis en place un nouveau cadre d'interprétation à partir des valeurs préférées du sujet, est le plus souvent voué à l'échec.

Il est indispensable de travailler la dimension de la protection et de la sécurité avant de travailler sur l'autonomie ; sinon l'autonomie restera prisonnière du monde abandonnique (autonomie sans relation) dans lequel l'autre est toujours perçu comme maltraitant. Cette vision abandonnique de la liberté active le processus dissociatif et enfonce le sujet dans le cercle vicieux de ses croyances limitantes.

Les questions, par leur effet de recadrage, construisent un nouveau cadre d'interprétation, à partir de relations sécurisées, permettant de percevoir l'intentionnalité relationnelle des actions.

Dans cette nouvelle histoire, l'identité du sujet est multiple et n'est pas réduite à ses actions négatives, elle s'enrichit d'expériences de coopération lui permettant de redevenir auteur de sa vie.

Mots clefs : Comportement alimentaire, hypnose, thérapie narrative, autonomie relationnelle

Keywords : Eating behaviour, hypnosis, narrative therapy, relational autonomy

Bibliographie

Isebaert I. (2015). Alliance thérapeutique et thérapies brèves. Toulouse, 2015, Erès. p 256

Nardone G. *Manger beaucoup, à la folie, pas du tout*. Paris, 2004 Seuil. p 94

Mac Farland B. (1995). *Brief therapy and eating disorders*. San Francisco, Jossey-Bass. p 237

Benhaiem Jean-Marc. *Enfin je maigris ! Le déclic par l'auto-hypnose, 40 exercices* ». Paris, Albin Michel. 2008

Rossi Ernest. *Du symptôme à la lumière*. Bruxelles, Satas.1996, trad 2001.