

## « SENSATIONS, EMOTIONS, COGNITIONS »

### Compte-rendu du Congrès du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) par Ariane Grumbach, diététicienne-nutritionniste

Le Congrès du GROS, qui s'est déroulé le 5 novembre 2010, avait pour titre « Sensations, Emotions, Cognitions ». En écho à cette triade, on pourrait intituler ce compte-rendu « Complexité, Singularité, Pluralité ». Ces trois vocables paraissent bien résumer la teneur des interventions de cette journée et ce compte-rendu s'articulera autour de ces trois notions. Singularité des personnes en difficulté avec l'alimentation, *complexité* de la prise en charge, *pluralité* des interventions et des compétences, dans l'accompagnement des patients comme dans les orateurs de ce Congrès.

#### Complexité

En introduction, **Jean-Philippe Zermati**, Président d'honneur du GROS, nous a retracé les grandes lignes de l'histoire du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids. La première initiative, prélude à la création du Groupe, a été une réunion entre Gérard Apfeldorfer, Bernard Waysfeld et lui-même, tous trois étant animés par la volonté de « faire quelque chose » pour leurs patients. Le profil des vingt membres fondateurs fin 1997 montre déjà le besoin de pluridisciplinarité. Les professions représentées étaient médecin, nutritionniste, endocrinologue, diététicienne, psychologue, psychiatre, kinésithérapeute, psychomotricien, ingénieur, ainsi qu'une « militante ». En 1998, la charte du GROS est publiée et elle vise à se démarquer de la « nutrition cosmétique ». Cette charte est le reflet de la complexité du problème et, avec une certaine ambiguïté, nous a-t-il dit, elle cite alors les régimes comme un compromis possible.

Dès 1998 également, la complexité se manifeste à travers l'affirmation de 4 « doctrines » qui sous-tendent les réflexions du Groupe :

- *l'approche psychodynamique*, portée par Bernard Waysfeld, qui met en avant l'importance des affects dans le comportement alimentaire,
- *l'approche cognitivo-comportementale*, de Gérard Apfeldorfer, qui publie « Maigrir, c'est dans la tête » avec une prise en compte globale de la personne,
- *l'approche corporelle*, mise en oeuvre par le psychomotricien Pierre Dalarun, pour retrouver la conscience de soi à travers son corps,
- *l'approche bio-psycho-sensorielle*, initiée par Jean-Philippe Zermati, qui critique notamment la notion de contrôle propre aux régimes.

Ont suivi la création d'une formation pluri-disciplinaire en 2000, la parution d'autres livres, l'affirmation du modèle cybernétique en 2004 présentant la triple régulation énergétique, nutritionnelle et émotionnelle, des propositions de santé publique en 2006, une place accrue aux émotions à partir de 2007-2008, pour aboutir aujourd'hui à un modèle qu'on pourrait qualifier de *bio-psycho-socio-sensoriel*, tant il y a de facteurs à prendre en compte pour comprendre la relation à l'alimentation.

Aujourd'hui, Jean-Philippe Zermati croit à la pertinence du modèle, pense qu'il va continuer à s'enrichir d'autres approches, souhaite développer de nouveaux outils pour une meilleure prise en charge des patients. Et il conclut (la publication du rapport de l'ANSES quelques jours après ce Congrès lui donne raison) : « Il n'est rien au monde de plus puissant qu'une idée dont l'heure est venue ».

Comme on l'a vu, dès l'écriture de la Charte du GROS en 1998, la complexité de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alimentation apparaissait. La prise en charge a beaucoup évolué au fur et à mesure de la compréhension de cette complexité, des réflexions, des recherches, des échanges entre spécialistes, de l'apport de nouvelles disciplines.

La complexité émane notamment de celle du fonctionnement de notre cerveau. Cela nécessite d'avoir l'apport de spécialistes qui cherchent à comprendre plus précisément ce fonctionnement.

Ainsi **Nicolas Darcel**, neurobiologiste à AgroParisTech, nous a-t-il éclairé sur la « physiologie du plaisir ». Lorsque nous prenons la simple décision de manger un aliment, un processus de délibération (inconscient) se met en route dans notre tête. Si, par exemple, nous avons le choix entre plusieurs aliments, nous allons les classer selon leur « utilité » et décider sur cette base. Cette notion d'utilité recouvre deux composantes : un besoin et l'anticipation d'une récompense (du plaisir). Le « système de la récompense » joue un rôle central dans nos choix alimentaires car sa « mission » est de procurer une sensation temporaire de bien-être. Il oriente donc prioritairement vers les aliments sources de plaisir. Pour pouvoir décider, il existe un processus d'anticipation du plaisir, basé sur l'expérience : à chaque choix alimentaire, un retour d'expérience est fait pour valider ou non la prédiction du plaisir apporté, ce qui permet un phénomène d'apprentissage.

Aujourd'hui, les possibilités de neuro-imagerie permettent d'observer la façon dont se prennent les décisions dans notre cerveau et quels sont les différents neurones en jeu (car ils sont très finement spécialisés !). Aujourd'hui, on comprend peu à peu ces fonctions assurées par les neurones et elles n'apparaissent pas figées. Certaines zones du cerveau sont largement modifiables, elles ont une grande plasticité, on le constate par exemple dans le cas des addictions où il y a un phénomène d'habituation.

Nicolas Darcel a insisté à juste titre sur ce rôle majeur du système central de la récompense dans notre relation aux aliments car :

- il intervient dans la prise de conscience du besoin de manger,
- il est essentiel dans les phénomènes de préférence alimentaire,
- il permet de prévoir la satisfaction procurée par l'acte alimentaire.

**Pierre Bustany**, neurobiologiste et pharmacologue, du CHU de Caen, a lui décortiqué le fonctionnement du goût. On sait que ce qu'on appelle le goût n'est pas qu'une question de papilles. L'odorat y joue un rôle majeur, notamment par le mécanisme de la rétro-olfaction quand l'aliment est en bouche. Il a rappelé que l'olfaction est un sens primitif dont le chemin particulier dans le cerveau permet d'avoir une perception directe sans passer par la cognition. Mais cette perception « brute » d'origine est à la fois enrichie, modifiée, voire pervertie par l'environnement familial, l'histoire, la culture. Notre potentiel de reconnaissance des odeurs est très vaste, on pourrait différencier 10 000 odeurs et on peut développer cette « compétence » à tout âge, quelles que soient son éducation et sa culture, mais avec des spécificités personnelles dues à la génétique. Il nous a révélé quelques bizarreries : les odeurs seraient plus plaisantes quand on les sent avec la narine droite ; les gauchers ont un odorat moins développé ; les femmes (jusqu'à la ménopause) ont une meilleure perception des odeurs. Notre relation aux odeurs est donc un savant mélange d'éducation et d'apprentissage (qui peut se faire tout au long de la vie), de culture et d'environnement (les Européens, les Asiatiques ou les Américains n'ont pas la même appréciation des odeurs) et de génétique.

Il a également expliqué comment notre goût (lié à nos papilles) évoluait au fil des années, au gré de la disparition de certains récepteurs de saveurs. Et moins l'on a de récepteurs, plus on a besoin d'un apport important de la saveur concernée pour la percevoir. C'est d'abord les récepteurs de l'amer qui diminuent après 35 ans, puis ceux du salé se réduisent progressivement à partir de 40 ans. Ensuite la saveur umami (la 5ème saveur) qui contribue au goût de la viande baisse. C'est pourquoi, avec tous ces récepteurs en baisse, les personnes âgées ont besoin de stimulations sensorielles plus fortes pour avoir du plaisir à manger et sont peu attirées par la viande à laquelle elles trouvent un goût de carton. La perception du sucré, elle, ne nous quittera jamais... De ce fait, une éventuelle ré-éducation gustative sera différente selon l'âge à laquelle on l'entame.

Mais la présence des capteurs des saveurs n'est pas seulement destinée à une satisfaction sensorielle hédoniste. Ils ont bien d'autres utilités pour notre corps. Percevoir le goût salé est une nécessité pour avoir l'apport en sodium nécessaire à la survie des cellules. Les récepteurs du sucre et de l'umami nous poussent à nous nourrir d'aliments sources d'énergie. La perception de l'amer devait nous permettre de détecter des aliments toxiques et donc nous protéger.

**Gérard Ostermann**, psychothérapeute, nous a aussi parlé du goût à sa façon. Il nous a régalés avec ses jeux sur les mots mais il nous a aussi amenés à nous interroger sur leur sens. Ne serait-ce que déjà le titre de son intervention :

« Des goûts des anorexiques »

ou serait-ce le Dégoût des anorexiques

ou le Dé-goût des anorexiques ? Le dé-goût, ce serait un non-goût, un goût de rien.

Derrière ce jeu se cachait la complexité de comprendre ces pathologies. Il est reparti du goût et de l'acte de manger. Et tout cela est loin d'être simple ! Le goût, ou ce qu'on appelle ainsi, est la convergence de caractéristiques gustatives, olfactives, visuelles, auditives, tactiles, kinesthésiques et il nous ramène aussi à des informations stockées dans notre mémoire. En mangeant, on part à la quête de souvenirs, de saveurs qu'on ne retrouvera sans doute jamais. Souvenirs gustatifs qui commencent à se constituer très tôt, dès avant la naissance. Il nous a ainsi relaté une expérience menée par Boris Cyrulnik : des femmes enceintes de 6 mois ont été réparties en deux groupes : les unes ont mangé de l'aïoli à partir de ce moment de leur grossesse, les autres non. Quand leurs bébés sont nés, on leur a fait goûter de l'aïoli. Ceux dont la mère en avait mangé pendant sa grossesse ont eu un air réjoui, les autres pas du tout ! Gérard Ostermann nous a aussi donné un exemple personnel de ces souvenirs, il nous parle de la pâte de coing de sa mère, dont il cherche désespérément à retrouver le goût. Il cite la psychanalyste Gisèle Harrus-Revidi à l'appui de son propos : « Quand on mange, on est en train de manger ce que l'on ne mange pas ». Manger, acte banal, est donc en même temps extrêmement personnel.

Gérard Osterman nous fait aussi prendre conscience du rôle de la bouche, carrefour d'échanges entre soi et le monde. C'est elle qui sert à parler et à chanter, à respirer, à manger et à boire, à embrasser. Et, en même temps, c'est un endroit abrité. Lieu d'échanges car manger est aussi un acte social. « Manger, c'est parler avec les autres » dit Brillat-Savarin. « Avec les mets passent les mots », ajoute Gérard Ostermann. La table est souvent le lieu de grandes décisions, nos goûts s'y enrichissent, c'est l'autre qui nous rend la vie appétissante. Le plaisir du goût, ce serait donc le plaisir des mets et des mots + le plaisir du souvenir + le plaisir du partage. La relation à la nourriture est donc révélatrice du lien aux autres. L'homme est d'abord un être social avant d'être un être psychologique, il a impérativement besoin de se lier. Dès le départ, il croise le regard de sa mère et une relation se crée.

Et la difficulté de rencontrer l'autre est sans doute au cœur des troubles des conduites alimentaires. Après le goût, il nous a parlé du dégoût : le dégoût, une émotion puissante, basée sur la peur de l'autre, de ce qui nous est étranger, et qui est très structurant.

C'est pourquoi Gérard Ostermann a insisté sur la relation avec le thérapeute : « l'enveloppe relationnelle », le lieu *sécre*, que celui-ci saura créer, sera l'élément le plus déterminant de la guérison de la personne car il porte l'appétit de vivre, selon Philippe Jeammet, spécialiste des troubles du comportement alimentaire : c'est dans l'inter-subjectivité entre ces deux personnes, la patiente et le thérapeute, que les choses se passent. Ce qui nécessite du temps, le temps du patient, loin de la possibilité de définir une norme. Car chacun a sa singularité.

## **Singularité**

Chaque patient/patiente est différent (e) avec son histoire personnelle, sa relation à l'alimentation, ses émotions, son psychisme. Impossible donc de les traiter de façon uniforme. Gérard Ostermann a ainsi raconté un mot du Pr Philippe Jeammet à propos des anorexiques : « Elles semblent toutes se ressembler au premier regard, comme des plats surgelés. Mais ces derniers révèlent leur couleur et leur fumet quand on les passe au micro-ondes. De même, les anorexiques, quand on les écoute, révèlent chacune une histoire singulière ». Ce qui rend chaque prise en charge unique. Le Dr Jérôme Carraz, de Grenoble, voit ainsi la prise en charge thérapeutique comme du jazz : « il y a une partition mais ce qui est beau, c'est l'impro » (il cite Thierry Vincent).

Même quand les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire sont prises en charge en hôpital avec une démarche de groupe, il existe un volet individuel, à la fois diététique et psychologique, qui prend en compte la particularité de chaque personne. Deux exemples concrets nous ont été donnés, d'une part par une équipe soignante de l'Hôpital Ste Anne à Paris, qui prend en charge des patientes ayant un comportement anorexique ou boulimique, d'autre part par l'hôpital de Grenoble, où le service du Dr Carraz prend en charge des personnes souffrant d'obésité.

Le Dr Jérôme Carraz nous a expliqué que la prise en charge psychologique individuelle (en complément de groupes) est basée sur des entretiens où l'écoute est centrale, en vue de permettre au patient un temps de réflexion sur son histoire personnelle singulière pour pouvoir mettre des mots sur ce qui s'est passé dans la petite enfance.

A l'hôpital Ste Anne, la prise en charge psychologique part d'un postulat similaire : quand un scénario se répète dans notre vie, c'est parce qu'il s'est ancré dans notre mémoire précocement du fait de la mise en place d'un schéma inadapté qui entraîne une perception erronée. Il peut s'agir par exemple d'un scénario d'abandon, de carence affective. La personne qui est dans cette situation va utiliser des stratégies compensatoires et cela peut notamment s'exprimer dans la

relation à l'alimentation.

La prise en charge comprend toujours un volet individuel à côté d'une approche en groupes thérapeutiques. Des entretiens individuels concerneront le volet psychologique, avec un bilan, l'élaboration et l'évaluation du « contrat » personnel conclu avec la personne, le volet diététique, des moments de synthèse avec toute l'équipe soignante, La patiente rencontre ainsi de façon individuelle une diététicienne. Ensemble, elles vont passer en revue son histoire alimentaire, mettre en place un carnet alimentaire, avancer pour retrouver progressivement un rythme alimentaire qui lui soit propre, avec des repas en accord avec ses envies et ses sensations. Elles vont aussi travailler sur les déclencheurs des crises alimentaires quand la personne a un comportement boulimique. Il n'y a pas d'explication unique à ces crises. Les déclencheurs peuvent être de plusieurs types. Ils peuvent être tout simplement physiologiques : la faim, suite à une restriction alimentaire préalable, peut être le facteur déclenchant. Les émotions induites par un comportement restrictif, la frustration, la culpabilité peuvent aussi amener à l'urgence d'une prise alimentaire boulimique. D'autres déclencheurs émotionnels peuvent aussi être à l'origine de telles prises. Une autre partie du travail avec la diététicienne sera aussi une réintroduction progressive des aliments tabous, ces aliments qu'on s'interdit, qu'on diabolise, mais sur lesquels on finit par craquer et qui sont particuliers à chaque patiente.

**Katherine Kureta-Vanoli**, diététicienne-nutritionniste libérale, vice-présidente du GROS, nous a de son côté raconté plusieurs histoires singulières, celles d'Alice, Augustine, Prune. Elle accompagne chaque personne pour travailler sur ses sensations et émotions alimentaires et extra-alimentaires. Elle les aide à comprendre, accueillir et accepter leurs émotions, celles qui viennent du fait de se restreindre et/ou de craquer (la frustration, la culpabilité, la honte, la peur de manquer,...). Et toutes les émotions qui sont en dehors de l'alimentation mais qui viennent s'y réfugier, dans ce qu'on appelle le trouble du réconfort. A chaque fois, la thérapeute doit inventer un parcours particulier qui se dessine chemin faisant, car les histoires et les comportements sont différents.

Ce parcours peut comprendre toutes sortes d'étapes de travail, autour de l'alimentation et du corps, avec des contenus différents :

- amener à revenir à l'écoute de ses sensations alimentaires,
- travailler sur des croyances bien ancrées autour de l'alimentation,
- prendre en compte le rôle des émotions,
- travailler sur le goût avec la possibilité de réaliser une dégustation de fromage ou de chocolat avec la patiente en consultation ou de l'amener à organiser une dégustation en famille,
- travailler sur la peur de manquer, qui fait souvent manger trop ou trop souvent, en « prescrivant » l'abondance, de biscuits par exemple,

- dénouer les croyances des parents autour des régimes pour laisser une enfant manger de tout sans interdit aucun.

Ainsi Augustine a 35 ans et vingt ans de « régimeuse » derrière elle. Elle mange beaucoup aux repas, grignote, finit les assiettes de la famille. On commence par observer pourquoi elle mange. C'est un mix de restriction cognitive, de croyances, de peur de manquer, de difficulté à repérer la faim. Avec elle, la diététicienne décide de travailler d'abord sur les croyances, par exemple celle que le chocolat fait grossir. Et, pour faire tomber une croyance, sa méthode est de faire faire des expériences. Puis elle travaillera sur la faim, sur la peur de manquer, sur ses émotions, ...

Autre parcours avec Prune, 11 ans. Le travail implique bien sûr ses parents. Il faut d'abord leur faire abandonner l'idée que le régime est la seule solution, leur faire accepter qu'il n'y aura pas d'aliments interdits pour Prune. Elle vérifie que Prune ressent la faim et le rassasiement et lui propose de les écouter. Elle tient bon sur le fait d'acheter à Prune ce dont elle a envie même si elle reprend un peu de poids au début : c'est la seule façon de banaliser l'aliment (en l'occurrence une célèbre pâte à tartiner), qui finit par être oublié dans le placard. Mais cela prend du temps, chacun doit être patient : la thérapeute, la petite fille, les parents.

## Pluralité

Dès 1997 et la création du GROS, la pluri-disciplinarité était à l'ordre du jour comme on l'a vu. Cette approche pluridisciplinaire et la co-thérapie sont souvent à l'œuvre dans l'accompagnement des patients.

L'équipe de l'**Hôpital Ste Anne (Julien Sardou, Mélanie Foure, Marie-Laure Communeau)** nous a présenté les complémentarités dans leur prise en charge des personnes anorexiques ou boulimiques. Les différents métiers travaillent ensemble dans une prise en charge très organisée. Les patientes (un groupe de 6 à 10 personnes) sont présentes en hôpital de jour le lundi. Leur journée est rythmée avec précision et bien occupée. Elles commencent par un petit déjeuner thérapeutique avec deux soignants (un repas thérapeutique est un repas qui a un objectif précis dans le cadre de la thérapie), puis une session de thérapie cognitivo-comportementale basée sur une approche motivationnelle, un déjeuner thérapeutique. Après le déjeuner, les participantes ont une séance de relaxation, puis un autre travail d'ordre psychologique ou une sortie culturelle, puis un travail en petits groupes ou un atelier diététique. A travers ces différents modules, les soignants se complètent et s'efforcent de créer un rapport authentique et chaleureux avec le groupe. Cette relation est essentielle, les soignants « roulent avec les résistances » et travaillent en étapes successives. Ils décrivent leur approche motivationnelle en quatre étapes :

- d'abord créer l'alliance thérapeutique entre le soignant et la patiente, préalable indispensable,
- puis susciter le désir de changement,
- ensuite amener un espoir de changement,
- enfin, faire s'engager dans le changement.

Ainsi, à Grenoble, le **Dr Jérôme Carraz** défend une approche intégrative, avec différents angles d'approche. La prise en charge des personnes combine une approche psycho-dynamique, basée sur l'histoire de la personne ; des techniques de thérapie comportementale et cognitive (TCC) ; des moyens artistiques et psycho-corporels, qui fonctionnent en co-thérapie, en fonction des besoins de l'individu. De plus, cette approche globale va de pair avec plusieurs partis-pris :

- Elle encourage à se tourner vers la « Voie du milieu » telle qu'elle est proposée par le bouddhisme : le travail avec le patient consiste à retrouver cette voie du milieu alors qu'il est souvent dans des positions extrêmes de perfectionnisme, de contrôle permanent, de logique du « tout ou rien », positions qu'il utilise souvent pour lutter contre ses angoisses,
- Elle se situe dans une stratégie d'acceptation ET de changement : on accepte ce que l'on ne peut pas changer (ou du moins pas tout de suite) et on change ce que l'on peut changer,
- Elle intègre une démarche de validation et d'encouragement des efforts des patients, faisant l'hypothèse qu'ils font de leur mieux à un moment donné,
- Elle prend acte de la nécessité de créer un lien sécurisant avec le patient et lui donne donc la possibilité de joindre le thérapeute par téléphone ou email à tout moment,
- Elle se veut outil de transmission de savoir à travers des remises de documents permettant d'avancer dans la recherche de solutions.

Parmi les moyens proposés, les thérapies psycho-corporelles et artistiques occupent une place notable car le travail sur le corps est nécessaire pour prendre conscience de ce corps et de ses limites. Car il y a souvent une fragilité des frontières corporelles chez les personnes en surpoids. Différents moyens sont envisageables, le choix est ouvert : des massages, des soins esthétiques, une activité physique adaptée pour sentir son corps en mouvement, de la danse-thérapie, du yoga, de la peinture, du théâtre. Ces outils visent aussi à prendre conscience de soi à travers un lâcher-prise émotionnel (dans le jeu du théâtre par exemple) ou à s'ouvrir à la douceur et au plaisir corporel (notamment avec les massages).

Pour le reste, la prise en charge à Grenoble comprend :

- des entretiens individuels, centrés sur l'histoire personnelle,
- des ateliers de groupe permettant de partager des expériences et de sortir de l'isolement, avec différentes thématiques : le comportement alimentaire, la dysrégulation émotionnelle,

la conscience de soi et l'affirmation de soi.

Grenoble ou l'hôpital Ste Anne sont des exemples d'approches pluri-disciplinaires. D'autres approches prennent de l'importance. Ainsi, dans la pluralité des approches, un accent important est mis aujourd'hui sur les thérapies émotionnelles. Ces thérapies constituent ce qu'on appelle la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales. **Gérard Apfeldorfer**, Président d'honneur du GROS, nous a montré quel pouvait être leur apport dans les prises en charge du comportement alimentaire.

Il a d'abord fait un bref rappel d'abord du rôle des émotions : il s'agit d'un phénomène d'adaptation qui prépare l'individu à interagir avec son environnement pour assurer sa survie, son bien-être, ... Les émotions stimulent l'attention, motivent, participent à la relation avec les autres ... Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises émotions, des émotions positives à valoriser et des émotions négatives au contraire à éviter. Une émotion positive peut être néfaste, le sadisme par exemple, tandis qu'une émotion dite négative comme la culpabilité n'est que la manifestation de règles sociales que l'on a intériorisées.

Certaines personnes présentent une pathologie des émotions qui est souvent en lien avec des troubles du comportement alimentaires. Il peut s'agir d'une difficulté à nommer ses émotions (on nomme cela l'alexithymie), d'une intolérance aux émotions (phobie émotionnelle) ou d'une inhibition des émotions (chez les personnes atteintes de troubles dissociatifs). La stratégie d'évitement des émotions peut se traduire par des compulsions alimentaires, un comportement boulimique ou hyperphagique. Dans tous ces comportements, la prise alimentaire masque l'émotion et la pensée est temporairement absorbée par le problème alimentaire.

De plus, quand on se met au régime ou en restriction alimentaire, on se centre sur le contrôle alimentaire. Mais les craquages, l'abandon du régime créent un autre type d'émotions désagréables, la culpabilité, la colère, la honte, sans que l'émotion originelle n'ait été de toute façon traitée.

Parmi les thérapies émotionnelles, Gérard Apfeldorfer a distingué deux types :

- d'une part, celles qui cherchent à minorer les émotions négatives et à les remplacer par des émotions positives,
- d'autre part, les thérapies qui travaillent sur l'acceptation des émotions, quelles qu'elles soient. Ces dernières prennent de l'importance ces dernières années. Elles partent du principe que, si l'on accepte une émotion, l'humeur se rétablit naturellement après un moment. Dans ces thérapies, on s'efforce de nommer ses émotions, on ne lutte pas contre elles et on prend de la distance vis-à-vis de ses pensées, de ses ruminations.

Plusieurs techniques existent autour de cette démarche, telles que la MBSR, la MBCT, l'ACT, le MB-EAT. Nous avons eu un aperçu rapide de chacune. Elles ont à la fois des points communs et quelques particularités. Gérard Apfeldorfer nous en a présenté les grandes lignes.

*La MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction – réduction du stress basée sur la pleine conscience)*, mise au point par Jon Kabat Zinn dans les années 1980, propose de focaliser son attention sur les événements physiques et mentaux du moment présent sans jugement de valeur. On apprend ainsi à contempler les événements mentaux (les pensées par exemple) sans jugement et sans être dans une démarche de résolution d'un problème. Par exemple, on se centre sur sa respiration et si l'attention part vers une pensée, on la contemple et on revient à sa respiration. Les techniques proposées comprennent le « body scan » (attention à ses sensations corporelles), des étirements de hatha yoga, différentes méditations, l'apprentissage de la pleine conscience dans la vie quotidienne.

De la même façon, dans *la MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy - thérapie cognitive basée sur la pleine conscience)*, on n'essaie pas de modifier ses pensées mais on les accepte, contrairement à une démarche de reconfiguration des pensées qui existe dans d'autres techniques des thérapies comportementales et cognitives.

*L'ACT (Acceptation and Commitment Therapy – thérapie d'acceptation et d'engagement)* nous a été présentée comme une technique simplifiée de pleine conscience. Les différents aspects de cette thérapie sont des méditations dirigées sur les situations et pensées douloureuses ; un travail sur les valeurs de la personne, vers lesquelles elle va pouvoir s'engager et agir ; l'utilisation de métaphores ; le concept de défusion : selon le principe que « la carte n'est pas le territoire » (Alfred Corvisky dans les années 30), le patient apprend à différencier ses pensées de la réalité, à prendre du recul sur ses auto-commentaires et à les laisser passer sans lutter contre.

Une autre approche d'inspiration similaire est *le MB-EAT (Mindfulness Based Eating Awareness Treatment)*, la seule de ces approches thérapeutiques qui soit centrée sur la problématique alimentaire. Il s'agit d'une approche de groupe développée dans les années 2000. La prise en charge est là encore basée sur la pleine conscience, à la fois pour prêter plus d'attention à ses sensations de faim et de rassasiement et pour diminuer l'hyper-réactivité aux émotions. Cette approche combine des outils comme la méditation, la consommation d'aliments tabous, la dégustation en pleine conscience, le travail sur les sensations de faim et le rassasiement, sur les déclencheurs émotionnels des compulsions, ainsi que des volets d'ordre plus spirituel. Il y a également une démarche pour prévenir la rechute.

En conclusion, **Bernard Waysfeld**, Président du GROS, a invité à ne pas simplifier la complexité et à être vigilant : si la pluralité d'intervenants, la co-thérapie, une approche intégrative sont intéressantes et nécessaires pour répondre à la complexité des problématiques alimentaires, il a insisté sur le fait de ne pas confondre prise en charge multi-modale et approche synthétique. Une approche sur mesure pouvant actionner finement tour à tour différents moyens pour répondre à la singularité d'un patient n'a rien à voir avec une approche intégrée qui proposerait une solution unique adaptée à tous les cas. Intégration ne signifie pas mélange, on ne fait pas une mayonnaise ! Le travail de pleine conscience peut être utile à l'un, une approche psychanalytique à une autre, les deux ont le droit de co-exister... pour le bien des patients. Il s'agit d'articuler un itinéraire singulier, intégrant différentes approches. Mais qui choisit ? Le patient ou le thérapeute ? Si l'on écoute Gérard Ostermann, c'est en fait le patient qui saura choisir la clé qui lui convient dans le trousseau que lui propose le thérapeute, dans une sorte de « bricolo-thérapie »...