

A woman wearing a blue hijab, sunglasses, and a blue long-sleeved dress is walking on a wet beach. She is holding a pair of black shoes in her left hand. The background shows other people walking on the beach, and their reflections are visible in the wet sand. The text is overlaid on the right side of the image.

# THÉRAPIES BRÈVES dans les problématiques de poids

Colloque CSO, ROUEN, 10 Novembre 2016

Dr Hervé ABEKHZER, pédopsychiatre

Chef de pôle NHN, Evreux

# Introduction des exposés

- Je me charge de présenter les Thérapies Brèves, appelées aussi Thérapies Stratégiques. D'expérience, elles sont utiles pour **mettre en forme le problème** de la personne et **l'aider à trouver des solutions**.
- La recherche de solutions est parfois plus pertinente lorsqu'elle s'effectue dans une expérience plus large que le seul cognitif, comme dans la transe hypnotique (expérience de pleine conscience faisant aussi intervenir le vécu corporel et sensoriel; c'est Mme PICAMOLES qui développera cette partie).

## Position haute ...

- Dans les obésités morbides, j'ai remarqué que les tandems thérapeutiques sont les organisations qui amènent les meilleurs résultats : les somaticiens qui s'occupent des problèmes de poids, et les « psys » qui traitent des blocages. La question étant : comment traiter les blocages?
- Dans ces prises en charge complexes, j'ai pu constater qu'il y a nécessité d'utiliser des outils différents de « d'habitude » :
  - L'habitude c'est celle du **prescripteur** qui propose un programme thérapeutique pour lutter contre la maladie : diagnostic, traitements (psychothérapies diverses, etc.).
  - Et le patient devrait suivre le programme du thérapeute. Et ça devrait marcher... et ça ne fonctionne pas toujours.
  - C'est ce que les systémiciens appellent la position haute : elle montre ses limites quand le patient est ambivalent, qu'il attend un traitement « magique », qu'il n'a pas confiance, et qu'il a surtout une histoire chronique, faite d'échecs, de régimes yoyo, par exemple.

## ... versus Alliance thérapeutique – 1 -

- D'expérience, **changer de modèle**, c'est adopter une construction différente : au plus près de l'expérience de vie du patient, avec une perception relationnelle du problème.
- Cette position basse des systémiciens est aussi celle des théoriciens de « l'alliance thérapeutique ».
- Avec l'apport des thérapies brèves, j'ai observé combien cela a eu un effet **entraînant** : plus de fluidité, moins de patients soumis à la fatalité de leur maladie, plus de collaboration, plus de vie ...
- **Dans cette position le thérapeute est actif** : il pose des questions et construit avec le patient le chemin vers une résolution du problème, où **la solution est celle du patient**. Pas forcément celle du thérapeute.

# L'alliance thérapeutique – 2 -

- Le travail **se fait dans le présent** et **dans la projection dans le futur**.
  - Quels sont les éléments qui maintiennent le problème maintenant? Y a-t-il des événements de vie, ou des relations qui participent au maintien du problème?
  - Par exemple les “petits coups de déprime” qui font dévorer un paquet de gâteaux, et “la déprime” qui est liée à des difficultés familiales.
- L'objectif est de **faire basculer la vision du patient** : de l'impuissance et la rumination à y rester bloqué, vers l'action et le changement. Aller de **l'espace « problème »** vers **l'espace « solution »**.

# Mise en forme du problème

- **Un problème** au sens des thérapies brèves doit être perceptible dans **la vie quotidienne du patient, et défini de manière concrète.**  
« Obèse? Sleeve? Qu'est-ce que cela veut dire pour vous? ».
- **Utiliser les mots du patient** en les reprenant c'est entrer dans son monde, sans compter l'effet hypnotique que cela a.
- C'est aussi sortir de l'étiquette : « **je suis** obèse, dépressif ... »

## « L'entonnoir »

- **On utilise « l'entonnoir ».**
  - C'est-à-dire un processus qui **consiste à partir d'un « grand problème flou »**, dur voire impossible à traiter, pour **arriver au plus petit des problèmes** représentatif du malaise et qui sera plus facile à traiter. Toujours sur l'obésité : « je suis gros et je veux devenir normal, et j'ai fait ceci et cela, mais ça n'a pas réussi ; d'ailleurs ... ».
  - **Je focalise le patient sur ce qui semble le plus représenter son problème** : « être gros c'est quoi : c'est la honte? C'est gênant? C'est mal vécu par qui? On vous a parlé de problèmes de santé, ça veut dire quoi pour vous? » Le patient répond ce qui lui semble le plus adapté, et **on continue**, par exemple : « la honte, c'est quoi pour vous? Ce que vous vivez quand ou vous regarde ou ce que vous pensez que les autres pensent de vous – ou autre chose? »

# Outils d'ancrage dans le présent – 1 -

- Ce sont **des outils communs à ceux utilisés en hypnose.**
- Une fois que thérapeute et patient sont plus au clair avec ce qui fait problème, **on explore plus avant les aspects** de ce problème dans la vie du patient :
  - Qu'est-ce qu'il empêche de faire? Cela est-il définitif? Le patient espère en sortir? et à combien sur 10?
  - Quelles conséquences sur lui, sur ses proches? Qui entretient le problème ? Comment? Que fait-il? Le patient a-t-il essayé d'y résister? Comment? On peut lui demander de **décrire** un exemple typique de ce qu'il rapporte.



## Outils d'ancrage dans le présent – 2 -

- **Les échelles** donnent de l'ampleur au vécu, à ce que la personne croit.
  - « Si l'obésité c'est un problème pour vous et que ce que je représente c'est 100 % de votre vie, l'obésité y tient combien de place ? »
  - « Sur une échelle de 0 à 10, 10 étant un espoir absolu, à combien pensez-vous que le « honte prison » va vous enfermer encore longtemps? ».
  - On peut ainsi **coter beaucoup de choses** : l'ampleur du problème, l'espoir d'en sortir, la croyance qu'on a dans la solution proposée...
- **Ancrer les sensations corporelles** : « comment ça réagit en vous quand votre mère vous regarde? Cela serre? A contrario, quand vous êtes avec votre fils, vous vous sentez bien, le « être bien » c'est où en particulier dans votre corps ? »

## Outils d'ancrage dans le présent – 3 -

- **Les validations du thérapeute, la reformulation** (« si je comprends bien, vous venez car vous êtes mal à l'aise d'être considérée comme grosse? Cette honte qui vous enferme sans liberté aucune, c'est comme une galère ?»).
- **Valoriser les réponses** : « très bien, ..., oui, bien, ... ».
- **Le recadrage** permet à la personne de percevoir **quelque chose dans un contexte différent (changer de cadre, donc de regard)**. Il permet en général un décentrement : « vous faites des régimes pour ne pas être obèse, c'est très bien, mais quels changements **avez-vous observé** dans votre famille **depuis** que vous avez décidé de vous prendre en main pour ce corps que vous ne supportez plus ?»

# Qu'est-ce qu'un problème ?

- **En thérapie brèves, un problème** se réfère à un contexte dans lequel le patient est bloqué, figé. Le patient a tenté quelques stratégies pour s'en sortir, mais elles ne sont guère voire pas du tout opérantes. On l'entend souvent dire « je n'y arrive pas, c'est compliqué ». **Il garde cependant l'espoir que ça va changer.**
- C'est le cas **des difficultés relationnelles, des changement de vie.** Il est question de ruptures, de jugements, de conflits, d'absences de soutien....
- Ce sont les cas les plus simples. Ils ne nécessitent pas toujours l'intervention d'un thérapeute spécialisé.

# Les vécus de monde enfermant – 1 –

- La plupart des obésités morbides relèvent de problématiques chroniques, et elles sont bien plus difficiles à traiter que la prise de poids banal et temporaire. Le travail entre équipes est alors une option indispensable. Ce sont ceux qui font des régimes yoyo, qui n'ont jamais changé leurs habitudes, **qui restent cloués aux traditions et croyances familiales.**
- C'est souvent sur le mode **de la plainte** qu'ils nous abordent.
  - **Ils ont souvent une carte de visite, ou une carte d'identité** (« l'obésité c'est génétique » ... , « Papa était gros et je suis comme lui », « j'ai fait dix ans de régime, ça n'a servi à rien »).
  - Les mots employés renvoient presque toujours à **une définition de la personne** : « je suis ceci, on m'a toujours rejeté, je suis moche et nul, etc. ». Ajoutons à cela **la honte que les patients nous cachent.**

## Les vécus de monde enfermant – 2 -

- **Leur vécu est souvent celui d'un corps prison**, en référence à un **Monde** dans lequel ils **se vivent enfermés** : il s'agit de mondes pathologiques, monde de la dépression, monde de la fatalité, etc.
- Ils se considèrent en général comme « pas fous » : malheureux certes, mais aussi « victimes des circonstances et des autres ».

**Le problème ici, ce sont les relations de la personne avec ce Monde :**

- **Peut-elle, veut-elle en sortir? Et si oui, à quel prix?**
- **Et que faudrait-il pour qu'elle en sorte?**

## Les vécus de monde enfermant – 3 –

- **Ces perceptions déformées** du monde relèvent toujours de **problématiques d'attachement sévères** et de **processus transgénérationnels**.

D'où la difficulté de les travailler : c'est parfois en famille que le travail s'opère le mieux.

- Dans **le cas de maladies mentales chroniques**, le questionnement est plus délicat à travailler : le thérapeute posera plus **la question des relations de la personne à sa maladie**.

« Votre dépression empêche quoi dans votre vie? Est-ce que vous êtes d'accord d'en sortir? Cela vous fait-il souffrir quand vous dites aux autres que vous êtes dépressif? ».

# Un repérage essentiel : les tentatives de solution

Dans l'exploration des problèmes de la vie du patient, il est essentiel de repérer deux éléments importants. Ils ne sont pas du même ordre : l'un parle des stratégies du patient (**les tentatives de solution**). L'autre des moments de sortie du problème (**les exceptions**).

- **Les tentatives de solution**

- Ce sont des tentatives qui n'ont pas abouti, et le plus bel exemple, ce sont les régimes répétitifs.
- Mais il est important **d'en valoriser les effets positifs** (« qu'est-ce que cela vous a apporté et permis de faire de différent? »).
- Elles ont pour but de supprimer le problème ou d'en limiter les effets. Leur exploration objective fréquemment les racines relationnelles du problème : croyances, regards des intimes sur la personne, événements de vie, etc.

# Un autre repérage : les exceptions

- **Une exception**, ce n'est pas un moment où la personne se vit sans problème de poids, mais un moment où **elle vit positivement** autre chose, sans référence à son poids (c'est passer de « je souffre de mon image de gros » à « j'ai vécu une soirée sympa avec des amis », par exemple).
- Il est **très important de les amplifier et les ancrer** : « décrivez moi cette soirée, et ce qu'elle vous a fait vivre de différent ». On insiste alors sur les relations à ce moment-là qui ont eu un rôle important : « Vos amis, ils ont de l'importance pour vous? Qu'avez-vous fait ensemble qui a tant d'importance pour vous ? ». Cela s'appelle **épaissir l'expérience**.
- Cela signifie que **des « sorties du monde pathologique » sont possibles**.



# Pour conclure cet exposé

- Et pour conclure je reprendrai la célèbre phrase de Milton ERICKSON « **Observez, observez, observez** » ...
- ... qui est aussi une règle d'or des cousines voisines de l'hypnose éricksonienne que sont les thérapies brèves tout comme l'HTSMA les thérapies narratives, etc.
- Et je passe la parole à Mme PICAMOLES.