

Nutrition-obésité

Gérer l'impulsivité dans l'obésité par la résolution de problème

Managing impulsivity in obesity with problem solving

C. Crépin^a, I. Carrard^a, A. Perroud^b, M. Van der Linden^c, A. Golay^a

^aService d'Enseignement Thérapeutique Pour Maladies Chroniques, HUG, 1211 Genève 14, Switzerland

^bClinique Belmont Sarl, Route de Chêne 26, 1207 Genève, Switzerland

^cUnité de Psychopathologie et Neuropsychologie Cognitive, FAPSE, Université de Genève, 1205 Genève, Switzerland

KEYWORDS: Binge eating disorder; Emotion; Impulsiveness; Obesity; Obsession; Perseveration; Problem solving

ABSTRACT

Parmi les facteurs impliqués dans les épisodes de suralimentation de nos patients obèses, l'impulsivité tient une place importante. Le modèle de Whiteside et Lynam décrit quatre facettes à l'impulsivité (urgence, manque de préméditation, manque de persévérance et recherche de sensations). Cette conceptualisation multifacettes nous offre un éclairage particulier sur les conduites impulsives de nos patients vis-à-vis de la nourriture.

Pour aider nos patients à gérer leur impulsivité, la technique de résolution de problème est décrite en détail. Elle peut s'avérer efficace pour aider les patients à faire face à leurs compulsions alimentaires puisqu'elle initie l'action et le changement des habitudes.

Among factors involved in binge eating episodes of our obese patients, impulsivity plays an important role. The model of Whiteside and Lynam describes four facets of impulsivity (urgency, lack of premeditation, lack of perseverance, sensation seeking). This multifaceted construct sheds light on our patients' impulsive behaviours towards food.

To help our patients manage their impulsivity, problem solving technique is described in details. It can be effective in helping patients to cope their binge eating episodes since problem solving can initiate action and change habits.

QUELS LIENS ENTRE IMPULSIVITE ET OBESITE ?

La nécessité de prendre en charge les personnes obèses est devenue aujourd'hui un enjeu de santé publique. Plusieurs études montrent que 30% au moins des personnes obèses souffriraient d'un trouble du comportement alimentaire, telle l'hyperphagie boulimique.¹⁻³ Cette psychopathologie associe des crises de boulimie avec un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire.⁴ Les patients souffrant d'hyperphagie n'ont pas de comportements compensatoires qui pourraient limiter les effets des crises sur la prise de poids.

De nombreux facteurs interviennent dans ces crises alimentaires, certains sont plus ou moins stables chez un individu donné, l'impulsivité en fait partie. Nos patients obèses expriment souvent leur désir d'une perte de poids efficace mais surtout rapide. Or, l'impulsivité vis-à-vis de la nourriture peut amoindrir la capacité d'un individu à planifier des repas, à manger de façon régulière ou encore à résister aux fortes envies d'aliments sucrés et/ou gras,⁵ déjouant ainsi leurs efforts pour perdre du poids

QUATRE FACETTES POUR DÉCRIRE L'IMPULSIVITÉ (figure 1)

Le concept d'impulsivité englobe diverses manifestations notamment comportementales et motivationnelles. Le modèle à quatre facettes de Whiteside et Lynam⁶ recouvre à la fois des aspects exécutifs (trois facettes) et motivationnels de l'impulsivité (une quatrième facette). Pour rappel, les fonctions exécutives constituent un ensemble de processus *cognitifs* de haut niveau tels que la planification de l'action, la mémorisation ou encore l'attention sélective qui rendent possible la mise en place d'un *comportement* flexible et adapté au contexte.

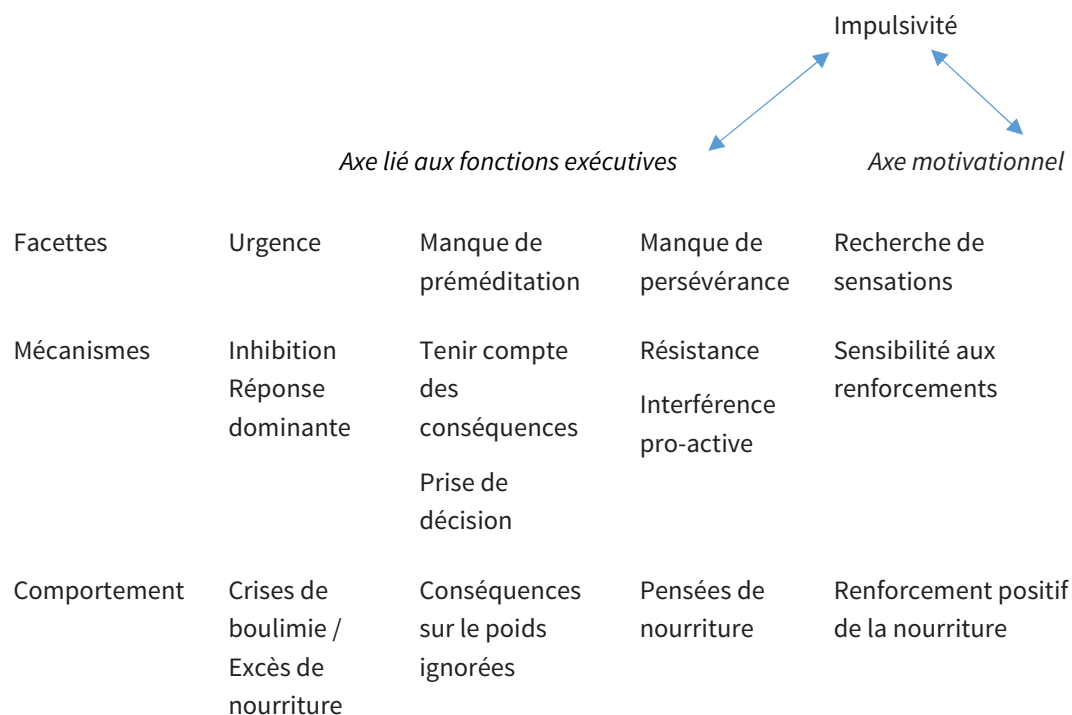
L'URGENCE: UNE DIFFICULTE A RESISTER A LA NOURRITURE EN CAS D'EMOTIONS

Cette première facette est décrite comme *la difficulté à résister à de fortes impulsions dans un contexte émotionnel* (négatif ou positif). Elle est reconnue comme un facteur de risque pour les crises de boulimie. Bechara et Van der Linden⁷ ont proposé que l'urgence pouvait être reliée à une forme d'inhibition:⁸ l'inhibition d'une réponse automatique ou dominante. La réaction boulimique serait considérée comme une réponse devenue dominante et automatique mise en place pour limiter les effets des affects négatifs. Nos patients désirant perdre du poids n'auraient-ils alors pas des difficultés à inhiber leur comportement de «manger» devenu automatique pour faire face à leurs émotions négatives ?

Des recherches menées avec des tâches comportementales ont montré que des femmes en restriction cognitive (ayant des règles strictes concernant la nourriture) avaient des capacités d'inhibition de réponses automatiques moindres que leurs homologues non restreintes.⁹ Ces personnes, en alternant les régimes sans succès et les comportements alimentaires impulsifs,

ne sont-elles pas aux prises de leur «urgence» ? Seraient-ce des difficultés d'inhibition comportementale à la base qui sous-tendraient le maintien des crises de boulimie et autres grignotages pour faire face aux difficultés quotidiennes ?

Figure 1 – Les quatre facettes de l'impulsivité



LE MANQUE DE PREMEDITATION ET L'INCAPACITE A PRENDRE EN COMPTE LES CONSEQUENCES

Il s'agit de la *difficulté, voire l'incapacité, pour un sujet de prendre en compte les conséquences positives et négatives d'une action*. Cette capacité dépendrait d'une combinaison de processus de prise de décision et de processus exécutifs.¹⁰ Peser le pour et le contre peut s'avérer très laborieux quand on a des difficultés à prendre des décisions. Des études ont montré que les patients obèses choisissaient les récompenses immédiates même si celles-ci ont des répercussions à long terme négatives.^{11, 12} Dans le cadre de la perte de poids, nos patients n'auraient-ils pas certaines difficultés à entrevoir les conséquences positives à long terme de leurs efforts (bénéfices sur leur santé, mobilité accrue, meilleure estime d'eux-mêmes...) en préférant celles à plus court terme de leurs dérapages (soulagement, anesthésie émotionnelle.) ? Ce manque de préméditation ne porterait-il pas préjudice à leur motivation ? Ne banaliseraient-ils pas les conséquences négatives à terme de leurs écarts alimentaires sous

prétexte d'un besoin immédiat de se sentir mieux dans l'ici et maintenant ?

LE MANQUE DE PERSEVERANCE ET L'OBSESSION DE LA NOURRITURE

Cette facette décrit la *capacité à rester concentré sur une tâche qui peut être ennuyeuse ou difficile*. Elle refléterait la capacité à résister à l'interférence pro-active,⁷ qui permet l'inhibition de pensées ou de souvenirs non pertinents. La résistance à l'interférence pro-active est impliquée dans la capacité de faire face à l'intrusion en mémoire d'informations précédemment pertinentes, mais qui ne le sont plus pour l'activité en cours. Plusieurs travaux ont montré que la suppression de ce type de pensées pouvait augmenter la fréquence de ces mêmes pensées et contribuer à l'apparition et au maintien de symptômes boulimiques. Ainsi, la tentative de suppression de pensées est contre-productive puisqu'elle augmente le nombre d'obsessions et aboutit à une perte de contrôle sur le comportement alimentaire.¹³⁻¹⁵ Les personnes hyperphagiques pourraient avoir des difficultés à inhiber des pensées relatives à la nourriture ou encore au poids et à la silhouette. En cela, elles constitueraient des pensées intrusives pouvant perturber les autres activités en cours.

L'ASPECT MOTIVATIONNEL DE L'IMPULSIVITE : LA RECHERCHE DE SENSATIONS

La recherche de sensations renverrait plutôt à un versant motivationnel du comportement. Elle est définie comme la *tendance à apprécier et à rechercher des activités qui sont excitantes ; l'ouverture d'esprit pour essayer de nouvelles expériences qui peuvent ou non être dangereuses*. Cette dimension serait le reflet d'une hypersensibilité aux renforcements positifs par rapport aux renforcements négatifs.¹⁶ En effet, cette sensibilité aux récompenses n'est pas contrebalancée par une sensibilité adaptée aux renforcements négatifs (punition). Les personnes impulsives ne sont alors pas capables de différer les gratifications.¹⁷ Il a été montré que cette tendance à rechercher des renforcements positifs partageait des liens particulièrement forts avec les crises de boulimie et la prise de poids. Les individus obèses semblent préférer de petites récompenses immédiates qu'une plus grande plus tard. Le plaisir de la nourriture tout de suite serait-il donc plus fort que les bénéfices de leur potentielle perte de poids ? L'incapacité de différer une récompense imminente ou immédiate pour recevoir plus tard une récompense plus importante mettrait-elle en péril les plans de nos patients pour perdre du poids ?

QUE FAIRE POUR AIDER NOS PATIENTS ?

Bien souvent, l'impulsivité du patient provoque chez le soignant la réaction tout aussi impulsive de dispenser des «bons conseils» et des stratégies souvent inutilisables telles quelles pour le patient. Nous connaissons tous l'escalade en parallèle des «oui mais...».

Pour aider nos patients à trouver leurs propres stratégies, nous exposons ici une technique qui a déjà fait ses preuves dans de nombreux domaines¹⁸ et qui permet à chacun de discuter du problème avec l'aide d'un cadre, garant de la démarche.

LA RÉOLUTION DE PROBLÈME EN SEPT ÉTAPES (tableau 1)

La technique que nous proposons ici est une technique de résolution de problèmes dérivée directement de D’Zurilla et Goldfried¹⁹ et présentée en détail par Perroud.²⁰

IDENTIFIER LE PROBLEME

Contrairement à ce qu’on pourrait croire, il n’est pas si évident pour le patient d’identifier clairement qu’il y a un «problème à résoudre» dans ce qu’il nous rapporte. Il s’agit d’abord de mettre le doigt sur le problème et d’être convaincu qu’il est possible d’agir dans ce contexte. Cela sous-entend aussi de faire le deuil de certaines croyances telles que «cela ne devrait pas m’arriver» qui mènent à une attitude fataliste. Le soignant a déjà un rôle à jouer dès cette étape, tant dans l’identification du problème que dans la croyance en la possibilité d’y faire face (tableau 2).

Tableau 1. Les sept étapes de la résolution du problème

1.	Identifier le problème
2.	En faire l’analyse
3.	Définir ses objectifs
4.	Faire la liste des moyens possibles
5.	Choisir sa stratégie
6.	Passer à l’action
7.	Evaluer le résultat

Tableau 2. Illustration clinique, l’exemple de Mathilde

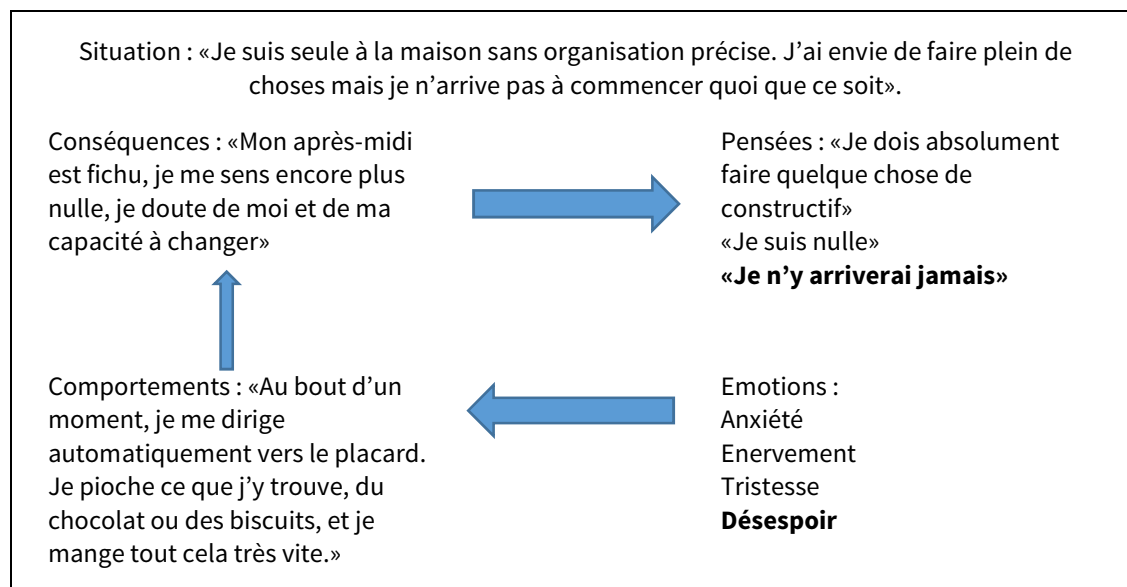
Mathilde est une jeune femme qui souffre de crises de boulimie. Parfois, elle est poussée à manger de grandes quantités de nourriture sans faim, ce qui la fait beaucoup souffrir et se sentir extrêmement coupable. Ses crises de boulimie ont des conséquences sur son poids, sa santé et sa vie sociale. Elle connaît différentes situations qui la poussent à faire des crises de boulimie et décide de s’attaquer à une circonstance très précise qui se répète régulièrement.
Le problème de Mathilde «J’ai enfin réussi à demander un après-midi de congé à mon travail. J’ai tellement envie d’avoir du temps pour faire des choses pour moi. Mais, chaque fois que j’ai congé, impossible d’utiliser ce temps à bon escient. Je tourne en rond et je finis par faire des compulsions alimentaires. Je me sens terriblement coupable.»

EN FAIRE L’ANALYSE

Les problèmes présentés par les patients sont la plupart du temps confus et vagues, ils manquent d’informations pour suggérer un but précis ou une direction pour la résolution du problème. Dans cette étape, la personne doit décrire le plus précisément possible le problème en termes de situation, pensées, émotions, comportements consécutifs et conséquences tant

négatives que positives. Parfois, on peut même reconstruire un véritable cercle vicieux dans lequel le patient s'est enfermé, les conséquences de ses actions renforçant ses croyances (figure 2).

Figure 2. Analyse du problème de Mathilde



DEFINIR SES OBJECTIFS

Après avoir analysé le problème, il est essentiel de se fixer des objectifs (tableau 3). Ils sont, en général, déductibles de l'analyse des conséquences et répondent aux questions : dans l'idéal, qu'est-ce que je voudrais changer ? quelles seraient mes attentes ? comment voudrais-je que les choses se passent désormais ?

Tableau 3. L'objectif de Mathilde

« Profiter de mon après-midi, faire des activités qui me plaisent ».

FAIRE LA LISTE DES MOYENS POSSIBLES

Cette étape est inspirée de la méthode du *brainstorming*. On souhaite la génération des idées même les plus folles, c'est une étape de créativité. Plus la quantité d'idées est grande, plus il y a de chance qu'il y ait des idées utiles. Il est recommandé que les stratégies proposées soient formulées en termes d'actions spécifiques et non de principes vagues, de la même manière que l'on favorise une description spécifique du problème.

Un truc utile pour les soignants : les stratégies générées par les individus peuvent être classées en quatre catégories (tableau 4).

Tableau 4. Les quatre catégories de stratégie

1. Le training, l'exposition, le comportemental
2. Le social
3. L'hygiène de vie
4. La restructuration cognitive

Spontanément, une personne va plutôt avoir des idées qui se rapportent à une ou deux catégories (tableau 5). Ces catégories peuvent aider le soignant à orienter le patient vers d'autres champs et vers des idées nouvelles.

CHOISIR SA STRATEGIE

La prise de décision est un processus complexe qui demande de tenir compte de nombreux aspects comme le coût, l'effort, et le bénéfice ou les conséquences escomptées. Tous ces aspects mis ensemble sont très difficiles à estimer pour un individu d'autant plus qu'il s'engage dans un comportement nouveau. A cette étape, le soignant peut aider le patient à évaluer chaque idée en termes d'avantages et d'inconvénients (tableau 6), puis à lui donner une note sur 10, 10 correspondant à une très bonne stratégie qui atteint l'objectif et qui demande peu d'efforts.

Tableau 5. Les stratégies de Mathilde

Mathilde a spontanément différentes idées qui peuvent être classées en deux catégories de stratégies: social et comportemental.

- Proposer à mon amie Alice de passer l'après-midi ensemble Social
- Aller au fitness Comportemental
- M'inscrire à un atelier de fabrication de bijoux
- Reprendre le travail à 100%

On aidera Mathilde à trouver des stratégies supplémentaires en la guidant avec les deux catégories qu'elle n'a pas abordées spontanément : hygiène de vie et restructuration cognitive.

Prévoir une collation à 16 h, manger assez à midi Hygiène de vie

J'ai également le droit de parfois traîner sans rien faire, c'est une manière de prendre du Restructuration cognitive

temps pour moi, pas besoin d'être toujours si ambitieuse

PASSER A L'ACTION

Une fois la meilleure solution choisie, c'est-à-dire la plus réaliste et la plus efficace, il est important de préparer concrètement les étapes à accomplir afin de l'appliquer : quand agir ? comment faire ? que dire ? On peut choisir une combinaison de différentes solutions (tableau 7). Certains comportements et craintes tels qu'une remise à plus tard, la peur du jugement ou des critiques peuvent faire hésiter le patient à mettre en application la stratégie choisie. Il est important d'en prendre conscience. Passer à l'action amène un sentiment de satisfaction et augmente sa confiance en soi.

Tableau 6. L'évaluation de Mathilde

Idées	Avantages	Inconvénients	/10
Travail à 100%	«Etre occupée»	«Ce n'était pas mon but, cela va me frustrer de ne pas avoir réussi à garder du temps pour moi et je vais manger»	0
Fitness	«Ainsi, je bouge...»	«C'est irréaliste, je sais que j'irai deux fois et ensuite j'arrêterai »	2
Traîner	«Cela me permettrait d'apprendre à être moins ambitieuse»	«J'ai l'impression de perdre mon temps»	6
Alice	«Etre avec quelqu'un est une bonne stratégie, cela me permet de lutter contre mon isolement»	«J'ai peur de demander ou qu'elle refuse»	7
Atelier bijoux	«Cela me permet d'essayer quelque chose que j'ai toujours voulu faire»	«Il faut que la mise en place soit facile, que ce soit près de chez moi»	8
Collation	«Prendre une collation me permet de ne pas avoir trop faim et limite le fait de craquer»	«Il faut prévoir et avoir toujours la collation avec soi »	9

Tableau 7. Le plan d'action de Mathilde

«Je pense qu'il est plus réaliste d'anticiper mes activités pour mieux profiter de mon après-midi. Je vais chercher un atelier de fabrication de bijoux. En attendant de trouver, je vais essayer de proposer à Alice qu'on fasse des choses ensemble. Je dois me rappeler de manger suffisamment aux repas, de ne pas sauter la collation.»

A ce stade, on aidera Mathilde à précisément anticiper comment demander de l'aide à Alice (quand, comment, que dire ?), on l'encouragera à aller chercher des informations sur les activités près de chez elle. Une fois que le plan d'actions est décidé, il est très utile de programmer très concrètement comment les choses vont se passer.

EVALUER LE RESULTAT

Une fois la solution mise en place et testée, il s'agit d'évaluer le résultat comme satisfaisant ou non (tableau 8). S'il n'est pas satisfaisant, il faut recommencer le processus de résolution de problème. Attention toutefois car dans la «vraie» vie, il faut parfois se contenter d'une solution modérément satisfaisante. Le soignant peut alors aider le patient à être réaliste.

CONCLUSION

Cette technique de résolution de problème est à faire avec le patient, elle demande d'être extrêmement concret, de planifier et de programmer précisément comment mettre en place les solutions envisagées. Visualiser par avance permet de contrer l'urgence du patient, son manque de préméditation et d'aller au-delà de la récompense immédiate palliant sa recherche de sensations. Une répétition des stratégies adoptées est nécessaire afin de créer de nouvelles habitudes. On encouragera le patient à recommencer encore et encore : souvenons-nous que le manque de persévérance est également une facette de l'impulsivité. Cette technique prend du temps, elle peut être réalisée en plusieurs séances ou utilisée par étapes. C'est une bonne méthode pour contrer l'impulsivité, tant du patient que du soignant !

Tableau 8. Le bilan pour Mathilde

«J'ai cherché un atelier de fabrication de bijoux mais je n'ai rien trouvé qui me convenait près de chez moi. Par contre, j'ai trouvé un cours de danse orientale, ce que j'avais également très envie de faire. Alice était ravie que je lui propose de faire des choses avec elle, elle vient avec moi à la danse orientale. Je fais attention de manger régulièrement. Je ne fais plus de compulsions alimentaires à ce moment et je suis fière de moi.»

Il est important de souligner que Mathilde n'a pas résolu entièrement son problème de crises de boulimie, mais qu'elle s'est attelée à une situation précise et bien identifiée et que son objectif est atteint.

Bibliographie

1. Spitzer RL, et al. Binge eating disorder : Its further validation in a multisite study. *Int J Eating Disord* 1993; 13:137-53

2. de Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25(Suppl. 1):S51-5.
3. Spitzer RL, et al. Binge eating disorder : A multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eating Disord* 1992;11:191-203.
4. American Psychiatric Association, D.S.M. IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson, 1996.
5. Lyke JA, Spinella M. Associations among aspects of impulsivity and eating factors in a nonclinical sample. *Int J Eating Disord* 2004;36:229-33
6. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Pers Individ Diff* 2001;30: 669-89
7. Bechara A, Van der Linden M. Decision-making and impulse control after frontal lobe injuries. *Curr Opin Neurol* 2005;18:734-9.
8. Friedman NP, Miyake A. The relations among inhibition and interference control functions : A latent variable analysis. *J Exp Psychol Gen* 2004;133:101-35.
9. Nederkoorn C, van Eijs Y, Jansen A. Restrained eaters act on impulse. *Pers Individ Diff* 2004;37:1651-8.
10. ** Billieux J, Rochat L, Van der Linden M. Une approche cognitive, affective et motivationnelle de l'impulsivité, in *Traité de psychopathologie cognitive*, M. Van der Linden et G. Ceschi, Editor. Marseille: Editions Solal, 2008.
11. Elfhag K, Morey LC. Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eat Behav* 2008;9:285-93.
12. Davis C, et al. Decision-making deficits and overeating: A risk model for obesity. *Obes Res* 2004;12: 929-35.
13. Johnston L, Bulik CM, Anstiss V. Suppressing thoughts about chocolate. *Int J Eat Disord* 1999;26:21-7.
14. Soetens B, Braet C. «The weight of a thought»: Food-related thought suppression in obese and normalweight youngsters. *Appetite* 2006;46:309-17.
15. Ward T, Bulik CM, Johnston L. Return of the suppressed : Mental control in bulimia nervosa. *Behaviour Change* 1996;13:79-90.
16. Bechara A, Dolan S, Hinds A. Decision-making and addiction (part II): Myopia for the future or hypersensitivity to reward ? *Neuropsychologia* 2002;40:1690- 705.
17. * Davis C. Psychobiological traits in the risk profile for overeating and weight gain. *Int J Obes* 2009;33 (Suppl. 2):S49-53.
18. Poinot R, Antoine P. Une approche psychothérapique méconnue: la résolution de problèmes sociaux. *Ann Med Psychol* 2007;165:638-44.
19. * D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol* 1971;78:107-26.
20. ** Perroud A. Faire face à la boulimie. Paris : Retz, 2001.

* à lire

** à lire absolument