

# Restriction cognitive et régimes

## La restriction cognitive face à l'obésité. Histoire des idées, description clinique.

Gérard APFELDORFER , Jean-Philippe ZERMATI.

La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique.

La Presse Médicale, 2001, 30, 32, 1575-1580

© Masson Editeur

Article paru dans La Presse Médicale, mis sur le net avec l'aimable autorisation de La Presse Médicale, éditions Masson.

La prise en charge des obésités et des surcharges pondérales modérées est aujourd'hui l'objet de controverses. En 1959, l'étude de Stunkard et McLaren-Hume n'avait trouvé que 5% des personnes qui parvenaient à perdre du poids sans le reprendre après un traitement amaigrissant. Les résultats plus récents sont à peine meilleurs, qu'il s'agisse de prescriptions diététiques ou de thérapies cognitivo-comportementales. La majorité de ces auteurs s'accordent sur le fait que 90% des personnes qui perdent du poids le reprennent entre 2 et 5 ans, et les plus optimistes parlent de 75 à 80 % de rechutes " seulement "...

Plus grave encore, les prescriptions diététiques, voire les conseils d'hygiène alimentaire en vue de perdre du poids, sont accusés d'être iatrogènes et d'entraîner, ou au minimum d'aggraver, différents troubles du comportement alimentaire et d'autres troubles psychopathologiques. La théorie de la restriction cognitive est la théorie explicative la plus élaborée pour expliquer à la fois l'échec des méthodes amaigrissantes classiques et les problèmes engendrés par leur généralisation à une grande partie de la population occidentale.

## La théorie psychogène de l'obésité

Un rappel de l'évolution des idées concernant la psychopathologie de l'obésité permettra de mieux comprendre la polémique et les enjeux actuels. Dès les années 1930, mais essentiellement au cours des décennies 1960 et 1970, différents auteurs ont proposé des théories fondées sur l'idée que de nombreuses obésités étaient dues à une surconsommation d'aliments, elle-même engendrée par certaines caractéristiques psychologiques propres aux obèses.

La théorie psychanalytique de la fixation-régression au stade oral permet d'expliquer les comportements d'avidité, mais aussi de passivité, de dépendance, les tendances dichotomiques et manichéennes des personnes en demande d'amaigrissement. Hilde Bruch attribue les troubles du comportement alimentaire des obèses à une non reconnaissance et une confusion des émotions, installées au cours de la prime enfance par une mère gavante. Pour l'école psychosomatique française de Marty, M'Uzan et David, en 1963, les sujets qui présentent des troubles du comportement alimentaire ainsi que les obèses sont caractérisés par une pensée opératoire, dépourvue d'insight, que les américains Nemiah et Sifneos, en 1970, baptisent alexithymie.

À la même époque, deux chercheurs américains, Schachter et Rodin proposent une théorie concurrente, la théorie de l'externalité. Le comportement alimentaire de certaines personnes ne serait pas régulé par des critères internes de faim et de rassasiement, mais par des critères externes. Ces personnes, hypersensibles aux stimuli externes, deviendraient surconsommatrices lorsqu'elles se trouveraient placées dans un environnement riche en signaux alimentaires appétents.

Mais les études menées sur des échantillons de population générale ne parviennent pas à faire émerger de caractéristique propre aux obèses : ceux-ci ne sont pas plus névrotiques, ou anxieux, ou dépressifs que les normopondéraux et n'ont pas de profil de personnalité caractérisable. Dès lors, les théories psychogènes de l'obésité tombent peu à peu en désuétude.

## Les conséquences psychopathologiques des efforts d'amaigrissement

Pourtant, tout médecin ayant l'habitude de prendre en charge des patients obèses ne peut guère nier que ceux-ci présentent divers aspects psychopathologiques particuliers. La théorie de Nisbett propose une première explication du phénomène : les caractéristiques psychologiques relevées ne seraient pas un trait caractériel des obèses, mais seraient dues au fait que bon nombre de personnes en surpoids tentent de rester en dessous de leur poids d'équilibre (set-point) et sont obligées pour cela de se restreindre sur le plan alimentaire. On retrouverait alors chez elles les comportements et états mentaux des personnes en état de privation alimentaire : focalisation sur la nourriture, difficultés de concentration, distractibilité, irritabilité et hyperémotivité.

Selon la théorie de Nisbett, les individus cherchant à maigrir luttent contre des mécanismes de régulation de type biologique. Pour Herman et Polivy le processus est avant tout d'ordre cognitif : les individus en restriction cognitive s'imposent des limites rigides pour réguler leurs prises alimentaires, déterminées par des règles et des croyances concernant les aliments et quantités permis ; ces comportements prennent le pas sur les mécanismes de régulation physiologiques. Quand, pour une raison variable, la limite est transgressée, l'individu perd le contrôle de son comportement alimentaire et mange jusqu'à se sentir mal. Ce ne sont pas seulement les obèses qui sont en état de restriction alimentaire, mais aussi un certain nombre de personnes de poids normal.

L'expérience princeps de Herman et Mack, en 1975, mérite d'être décrite : on donne aux sujets de l'expérience un repas constitué de crèmes glacées sans limitation de quantité, précédé ou non d'un ou deux milk-shakes. Les individus ayant une régulation alimentaire satisfaisante mangent moins au repas après avoir consommé deux milk-shakes. Mais d'autres personnes réagissent différemment : elles mangent davantage après deux milk-shakes. Ces personnes, qui sont en restriction cognitive, présentent donc un phénomène d'inversion de la régulation alimentaire (counter-regulation). Elles le justifient par le fait qu'ayant désobéi à leurs interdits, il ne sert plus à rien de se restreindre : c'est l'effet de transgression de l'interdit ou abstinence violation effect.

La perte de contrôle alimentaire n'est pas due à un mécanisme biologique, mais à des facteurs cognitifs : la désinhibition est tributaire des croyances concernant les valeurs caloriques des aliments et non pas de leur valeur calorique réelle. Ainsi une précharge à faible contenu calorique mais présentée comme hypercalorique provoque la désinhibition. En pratique, l'abandon du contrôle est généralement déclenché par des événements stressants, des émotions, de l'anxiété, de l'alcool, tout malaise physique ou psychologique.

Polivy et Herman en viennent à définir la pratique des régimes comme " le fait de remplacer un comportement alimentaire régulé par des critères internes, par des comportements alimentaires planifiés et déterminés selon des critères cognitifs, ou des comportements alimentaires modelés sur des régimes définis, ou encore une restriction alimentaire globale. " Heatherton et Baumeister sont dans la même lignée : ils considèrent que le comportement boulimique chez le sujet en restriction alimentaire est un comportement d'échappement à la conscience de soi. La focalisation sur des sensations immédiates et non distancées permet temporairement d'échapper à la conscience douloureuse de l'incapacité à vivre selon des standards élevés.

Citons encore le modèle de Lowe qui réalise une synthèse de plusieurs modèles précédents. Dans ce modèle, c'est la succession des amaigrissements et des reprises pondérales qui entraîne les diverses anomalies décrites par Herman et Polivy sous le nom de restriction cognitive. L'individu en restriction cognitive ne ressent pas de faim ou de satiété nette et se situe dans une " zone d'indifférence biologique ". Hypersensible aux facteurs extérieurs, émotionnels et sociaux, il mange en fonction de l'environnement, ou en se guidant sur des croyances (" comment et combien on doit manger ") ou sur l'attente supposée des personnes qui l'entourent. Ainsi, il mange davantage après un prérepas parce qu'il induit de la situation expérimentale que c'est ce que les expérimentateurs attendent de lui. Les expériences de restriction cognitive mesureraient donc surtout la compliance à l'expérience de sujets

hypersensibles aux signaux externes.

Lorsqu'il se décide à suivre un régime, l'individu devient temporairement moins vulnérable aux facteurs extérieurs de désinhibition du comportement alimentaire, mais est confronté à des envies de manger dues à des facteurs biologiques (faim) et psychologiques (pensée dichotomique) entraînés par la déprivation alimentaire. S'il échoue dans son régime et reprend du poids, il redevient un restreint ; si au contraire il réussit, il devient un contrôleur aminci, contrôlant son appétit et témoignant d'un dégoût pour le sucré.

## Sémiologie de la restriction cognitive

Nous proposons dans cet article une description clinique détaillée de la restriction cognitive. En premier lieu, il ne s'agit pas d'un état stable, mais de deux états alternant entre eux avec une périodicité variable. Le premier état se caractérise par un hypercontrôle au cours duquel le sujet inhibe ses sensations alimentaires et maîtrise son comportement alimentaire. Le second consiste en un état de désinhibition et de perte de contrôle, prenant la forme d'accès hyperphagiques, de compulsions ou de crises boulimiques.

### 1 - L'état d'inhibition sans perte de contrôle.

On peut distinguer deux phases dans l'état d'inhibition sans perte de contrôle : la phase volontariste et la phase inconsciente.

#### a) La phase volontariste

Cette première phase, que nous appellerons " phase volontariste ", est dominée par des cognitions. Au cours de celle-ci, l'individu renonce délibérément à écouter ses sensations alimentaires de faim et de satiété pour s'en remettre à des règles devant permettre de contrôler le poids. Les règles générales les plus fréquemment évoquées aujourd'hui par les patients sont celles prônées par les professionnels de santé et reprises par les différents médias : il faut faire des repas équilibrés ; il faut faire trois repas par jour et surtout ne pas en sauter ; il faut manger copieusement le matin et alléger le repas du soir ; il faut manger beaucoup de certains aliments qui ne font pas grossir et éviter tous ceux qui font grossir. L'application de règles alimentaires rigides conduit à un comportement alimentaire en décalage avec les systèmes physiologiques de régulation de la prise alimentaire. La faim, les appétits spécifiques et le rassasiement ne sont plus pris en compte et ne guident plus les prises alimentaires. L'individu lutte contre ses envies de manger et doit leur opposer différentes stratégies afin de ne pas y céder.

Il peut pour cela :

- 1) proscrire partiellement ou totalement certains aliments considérés comme " grossissants " ;
- 2) développer un système de gestion des " écarts " alimentaires, selon un système de punition-récompense ;
- 3) mettre en place des stratégies d'évitement des situations dans lesquelles il existerait un risque de perte de contrôle ou de transgression des règles amaigrissantes, par exemple des repas socialisés, ce qui peut conduire à une marginalisation ou une désocialisation. L'installation d'un régime organisé, définissant précisément ce que l'on doit manger et ce qui est interdit, avec ou sans l'aide d'un professionnel de santé, apparaît comme un processus de renforcement des stratégies de contrôle et de mise en place de mécanismes de défense permettant de maintenir l'hypercontrôle nécessaire au projet d'amaigrissement.

Citons, parmi les mécanismes de défense non encore cités :

- 1) l'identification à un gourou amaigrisseur ou à certains de ses adeptes qui sont parvenus à maigrir, ce qui favorise le déni des sensations de faim et des envies de manger ;
- 2) le déni de la privation et l'institution de tabous alimentaires, qui consistent à déclarer les aliments interdits non comestibles (on n'en est donc pas privé et on peut déclarer qu'on a accès à tous les aliments comestibles sans limitation) ;
- 3) les rituels et pratiques fétichistes (consommation ritualisée de certains aliments, médicaments ou appareillages amaigrissants fétichisés, pesée ritualisée, participation à des groupes d'entraide, appel à Dieu) ;
- 4) la rigidification et l'obsessionnalisation du comportement alimentaire.

#### b) La phase inconsciente

La phase volontariste de l'état d'inhibition sans perte de contrôle consiste en une lutte identifiée par l'individu. Dans cette seconde phase de l'état d'hypercontrôle, que nous nommerons " phase inconsciente ", les sensations alimentaires de faim, de rassasiement et de satiété sont brouillées et le comportement alimentaire est gouverné par des processus cognitifs inconscients et des émotions. Les processus cognitifs incitent la personne, à son insu, à manger au-delà de sa faim et viennent se substituer à ses sensations alimentaires.

Ils pourraient être exprimés de la manière suivante :

" Si je mange beaucoup d'aliments autorisés, je n'aurai pas envie des aliments interdits ". Il s'agit d'un processus cognitif fréquemment rencontré, qui conduit à la surconsommation d'aliments " autorisés ".

" Si je consomme un aliment interdit, je dois en manger beaucoup car je n'y aurai plus droit ensuite ", ou " si je ne mange pas tel aliment au moment où il est à ma disposition, je n'en aurai plus jamais par la suite " sont des processus cognitifs courants eux aussi, aboutissant à la mise en place d'une situation de pénurie artificielle que le sujet anticipe, le conduisant ainsi à la surconsommation d'aliments " interdits ".

Les émotions induites par les cognitions et les processus cognitifs incitent également à surconsommer en venant brouiller la perception des sensations alimentaires. Le mangeur finit par organiser son comportement alimentaire autour de la peur de manquer, du couple frustration-culpabilité et du trouble du réconfort.

- La peur de manquer est constamment présente. Elle se manifeste par la peur de la faim, la peur de succomber à ses envies d'aliments autorisés, la peur de manquer des aliments interdits et la peur de la disparition des aliments :

L'individu surconsomme les aliments " autorisés " au cours des repas par crainte de transgresser les règles amaigrissantes qu'il s'impose. Il mange ainsi en excès afin de ne pas succomber à ses envies d'aliments " interdits " ou à la faim qui pourrait survenir entre les repas et ainsi ne pas s'exposer aux pertes de contrôle qu'il redoute. Les peurs engendrées par les processus cognitifs prennent le pas sur les sensations de rassasiement et de satiété. Le sujet ne mange plus en fonction de ces dernières, mais pour se rassurer et perd ainsi la capacité de percevoir correctement ses seuils de rassasiement.

Enfin, bien des mangeurs restreints éprouvent de grandes difficultés à laisser de la nourriture dans leur assiette alors même qu'ils ont conscience de ne plus avoir faim. Lorsqu'ils consomment des aliments interdits, ils se comportent comme s'ils les mangeaient pour la dernière fois.

Dans certains cas, la peur de la faim prend les caractéristiques d'un état phobique pouvant déboucher sur des attaques de panique. Les symptômes de nervosité, de sueurs, de tremblements, de tachycardie, de malaise général, de peur de perdre connaissance sont parfois interprétés à tort comme hypoglycémies fonctionnelles. Des conseils nutritionnels incitant le patient à manger avant d'avoir faim jouent alors le rôle de renforceurs de l'anxiété phobique.

- Le couple frustration-culpabilité est un dérégulateur puissant des mécanismes de régulation. La lutte permanente du sujet contre ses envies de manger provoque une frustration gonflant comme une vague qui viendra ensuite éclater dans une compulsion d'autant plus bruyante que la frustration aura été longue et péniblement vécue. Le rattrapage calorique n'est pas proportionnel au déficit dû à la restriction préalable. À l'opposé, la culpabilité conduit le mangeur restreint à tenter de surcompenser ses écarts alimentaires par une privation exagérée, sans rapport avec la régulation physiologique exigée par l'organisme, mais davantage proportionnelle à l'intensité de la culpabilité ressentie.

- Le trouble du réconfort dénature profondément la relation affective du mangeur avec sa nourriture. On considère habituellement que les individus obèses mangent en excès parce qu'ils viennent puiser dans les aliments une forme de réconfort. Il se pourrait, au contraire, que l'anomalie ne réside pas dans le fait de chercher à se réconforter en mangeant, mais dans l'incapacité à y parvenir. Des travaux ont

pu démontrer chez l'animal, aussi bien que chez l'humain, que les prises alimentaires constituaient une réponse ordinaire au stress. La restriction cognitive empêche que la prise alimentaire soit réconfortante dans la mesure où le mangeur ne peut penser du bien d'aliments qu'il juge néfaste au contrôle de son poids, voire à son état de santé. Il est donc conduit à poursuivre vainement sa consommation à la recherche d'un réconfort qu'il pressent sans jamais pouvoir l'obtenir.

## 2 - L'état de désinhibition ou de perte de contrôle

Quoique dans certains cas, et durant une période de temps variable, l'état de restriction cognitive se résume à la phase d'hypercontrôle, dans la plupart des cas, on assiste à une alternance avec un état de désinhibition et de perte de contrôle. Ces pertes de contrôle sont habituellement considérées comme l'élément prépondérant, caractéristique de la restriction cognitive, par la plupart des auteurs.

Les facteurs déclenchants sont divers : exposition à des aliments interdits, émotions et dysphorie, prise d'alcool ou de médicaments, variations physiologiques, accès de fatigue, événements de vie entraînant une rupture de l'équilibre psychologique de la personne.

Selon leur intensité, leur fréquence et leurs conditions de survenue, elles sont décrites comme des accès hyperphagiques, des compulsions ou des crises boulimiques, et peuvent correspondre à un diagnostic de Bulimia nervosa ou, plus fréquemment, d'Hyperphagie boulimique (Binge eating disorder). Nous ne reviendrons pas sur leur description clinique.

## Les relations entre le poids et la restriction cognitive

Face à un tel polymorphisme sémiologique, il sera difficile de prévoir les conséquences pondérales de la restriction cognitive. Le poids du sujet apparaît comme la résultante de la fiabilité de ses sensations alimentaires et de ses capacités à résister à ses pertes de contrôle. Les individus en état de désinhibition permanent (type 1 du tableau 1) présenteront généralement un poids élevé consécutif à leur surconsommation calorique. Les individus en état d'inhibition permanent ou alternant les deux états (type 2) auront un poids imprévisible. On peut ainsi envisager que certaines personnes totalement inhibées et en dehors de toute perte de contrôle soient sujettes à des surconsommations caloriques et donc à un surpoids du fait des processus cognitifs et des émotions qui auraient altéré la fiabilité de leurs sensations alimentaires. Mais on peut également concevoir qu'un hypercontrôle sans faille s'associe à une restriction calorique sévère et un poids bas, comme on le voit chez certains restreints chroniques ou chez les personnes anorexiques mentales. Enfin, ceux qui alternent les deux états présenteront un poids variable, évoluant parfois en yoyo, selon l'intensité des réductions caloriques compensatoires qu'ils parviendront à s'imposer.

## Le dilemme de l'aide à l'amaigrissement

On constate qu'en quelques décennies, la compréhension des troubles psychopathologiques des personnes obèses a profondément évolué, de même que la stratégie thérapeutique qui en découle.

À l'époque où on considérait que certaines caractéristiques psychologiques pouvaient induire des obésités, il était logique de proposer un travail psychothérapeutique en guise de préalable, ou en parallèle à une prise en charge nutritionnelle. La théorie de l'externalité, considérant qu'on était externaliste par construction, soit pour des raisons génétiques, soit en raison d'apprentissages précoces, orientait quant à elle vers un effort de maîtrise du cadre environnemental.

Mais si ce sont les régimes amaigrissants et la restriction cognitive qu'ils induisent qui conduisent à l'apparition ou l'aggravation de troubles du comportement alimentaire, à une baisse de l'estime de soi, une labilité de l'humeur, des états dépressifs, une augmentation de l'impulsivité, des troubles anxieux et des troubles obsessionnels-compulsifs, les approches nutritionnelles et de renforcement du contrôle deviennent peu défendables.

Cette position est renforcée par la prise de conscience de l'inefficacité des méthodes amaigrissantes courantes sur le long terme, voire la responsabilité des régimes dans l'aggravation du surpoids.

Cependant, le corps médical considère de son devoir de combattre l'obésité, à la fois maladie et facteur de risque. Il est aussi soumis à une demande pressante de la part des personnes en surpoids, qui en raison de la pression sociale en faveur d'une esthétique du corps mince, considèrent que maigrir est une condition nécessaire à leur bien-être physique et psychique. Si bien que le corps médical est placé dans une situation de névrose expérimentale, ce qui conduit à des positions bancales, voire incohérentes.

Certains auteurs s'efforcent de démontrer que les alternances de pertes et de reprises pondérales n'aggravent pas la restriction cognitive, ne modifient pas les syndromes d'hyperphagie boulimique (BED), n'aggravent pas les états dépressifs. Dans ces conditions, pourquoi ne pas poursuivre la prescription de régimes, certes inefficaces, mais pas aussi nocifs qu'on l'aura prétendu ?

D'autres auteurs, allant plus loin, considèrent que la restriction cognitive, malgré ses inconvénients, constitue dans bien des cas la seule issue existante pour perdre du poids : il s'agit alors d'aider le patient à devenir un meilleur contrôleur. On ne lutte pas contre la restriction cognitive, mais au contraire on la prescrit.

D'autres encore proposent de lutter contre la restriction cognitive par le moyen de conseils diététiques, sans remarquer que c'est justement le fait de distinguer les " aliments grossissants " des aliments autorisés qui constitue la trame de la restriction cognitive (" Devant un patient en restriction cognitive, qu'il soit ou non obèse, il est inutile voire néfaste de prescrire un régime ; (...) [on encouragera] la consommation ad libitum de glucides avec des conseils portant uniquement sur la manière de diminuer l'apport des graisses. "

## Pour une nouvelle stratégie thérapeutique

Il nous semble au contraire que d'autres voies thérapeutiques méritent d'être explorées, qui pourraient se révéler des solutions alternatives aux régimes amaigrissants et à la restriction cognitive.

Face à un patient en restriction cognitive, la première tâche pourrait être de lui permettre de retrouver un comportement alimentaire guidé par ses préférences alimentaires, ses systèmes de régulation physiologiques de faim et de rassasiement. Un travail de thérapie cognitive pourra être entrepris sur les distorsions cognitives et processus cognitifs dysfonctionnels décrits ci-dessus, qui aboutissent à négliger les sensations de faim et de rassasiement, et manger selon des critères externes.

Il s'agira aussi de repérer les facteurs immédiats de pertes de contrôle, d'entreprendre un travail de fond sur les facteurs de maintien, tels que l'estime de soi ou les difficultés affectives et relationnelles. Cette approche aboutit au fait que ce n'est plus le poids qui est placé au centre des préoccupations du thérapeute et bientôt de son patient, mais l'amélioration d'un certain nombre de facteurs aggravants, ainsi que le mieux-être général. Le fait de manger, non plus en fonction de cognitions dysfonctionnelles, d'états émotionnels, de critères environnementaux, mais en fonction de critères internes, de ses préférences alimentaires, de ses sensations de faim et de rassasiement, devrait permettre aux personnes de revenir à leur poids d'équilibre (set-point), lui-même dépendant de leurs antécédents génétiques, de leur mode de vie ainsi que de leur histoire alimentaire et pondérale. Ce poids d'équilibre est, objectivement, le poids souhaitable, même s'il ne correspond pas à celui des tables de poids idéal ou aux critères de mode.

Ce travail sur le comportement alimentaire en vue de quitter la restriction cognitive doit dans bien des cas s'accompagner d'un travail psychothérapeutique visant à devenir apte à trouver des réponses non alimentaires à des problèmes de nature non alimentaire (émotionnels et relationnels), ainsi qu'à accepter et assumer son poids d'équilibre.

La restriction cognitive se présente donc comme un trouble fréquemment associé aux états de surpoids et d'obésité, ainsi qu'à divers troubles du comportement alimentaires. Lorsque c'est le cas, la prise en charge de ces pathologies passe par un abord spécifique de la restriction cognitive.

## Résumé

La prise en charge des obésités et des surcharges pondérales modérées à l'aide de prescriptions diététiques ou de thérapies cognitivo-comportementales donne des résultats décevants et est accusée de favoriser différents troubles du comportement alimentaire et d'autres troubles psychopathologiques. Ceci peut être expliqué à partir de la théorie de la restriction cognitive.

Après la remise en cause de l'origine psychogène de l'obésité, on en est venu à considérer les troubles psychopathologiques observés chez les personnes en surpoids comme dus à leurs efforts d'amaigrissement. Herman et Polivy considèrent que la pratique des régimes amaigrissants induit un état de restriction cognitive, c'est-à-dire une façon de s'alimenter gouvernée par des croyances concernant les conséquences pondérales des choix et des modalités alimentaires, et non plus par des critères internes de faim et de rassasiement.

La personne en restriction cognitive peut être dans un état d'inhibition sans perte de contrôle, ou de désinhibition avec perte de contrôle. Dans l'état d'inhibition sans perte de contrôle, on peut distinguer :

a) une phase volontariste où l'individu renonce délibérément à écouter ses sensations alimentaires de faim et de satiété pour s'en remettre à des règles devant permettre de contrôler le poids ;

b) une phase inconsciente où les sensations physiologiques sont brouillées et où le comportement alimentaire est gouverné par des processus cognitifs inconscients et des émotions. Le mangeur finit par organiser son comportement alimentaire autour de la peur de manquer, du couple frustration-culpabilité et du trouble du réconfort.

L'état d'inhibition alterne fréquemment avec des pertes de contrôle décrites comme des accès hyperphagiques, des compulsions ou des crises boulimiques. Certains auteurs, confrontés à la nécessité d'un amaigrissement pour leurs patients, s'efforcent de défendre les méthodes restrictives malgré tout, ou considèrent que la restriction cognitive, malgré ses inconvénients, constitue la seule issue existante pour perdre du poids.

Une autre stratégie thérapeutique mérite d'être explorée : celle consistant à aider la personne en difficulté avec son poids et son comportement alimentaire à quitter l'état de restriction cognitive. Le premier objectif pourrait être de rétablir un comportement alimentaire guidé par ses préférences alimentaires, ses systèmes de régulation physiologiques de faim et de rassasiement. Cela nécessite de remettre en question les processus cognitifs dysfonctionnels, d'entreprendre un travail de fond sur les facteurs de maintien, tels que l'estime de soi ou les difficultés affectives et relationnelles.

Gérard APFELDORFER , Jean-Philippe ZERMATI.

La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique.

La Presse Médicale, 2001, 30, 32, 1575-1580

© Masson Editeur